



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y  
MUNICIPIOS**

**HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL.**

**“DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE  
14 A 18 AÑOS DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL  
NEZAHUALCOYOTL QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA”**

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

**PRESENTA:**

**DRA. SUÁREZ GUZMÁN ALENY**

**NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO. 2014**



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.

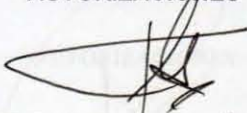
**“DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES  
DE 14 A 18 AÑOS DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL  
REGIONAL NEZAHUALCOYOTL QUE ACUDEN A LA  
CONSULTA EXTERNA”**

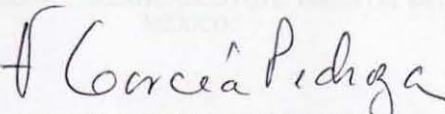
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA:

  
**DRA. SUÁREZ GUZMÁN ALENY**

**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 JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

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

DEDICATORIA

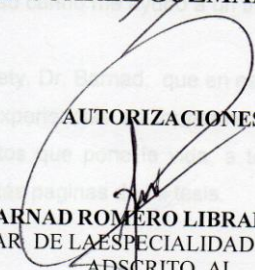
**“DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES  
DE 14 A 18 AÑOS DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL  
REGIONAL NEZAHUALCOYOTL QUE ACUDEN A LA  
CONSULTA EXTERNA”**


TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

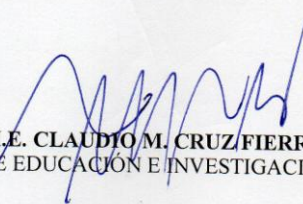
  
PRESENTA:

**DRA. SUÁREZ GUZMÁN ALENY**

AUTORIZACIONES

  
**DR. BARNAD ROMERO LIBRADO CARLOS**  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
ADSCRITO AL  
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL ISSEMYM, ESTADO DE  
MEXICO.

  
**DRA. MARÍA BEATRIZ FLORES ORTEGA**  
ASESORA METODOLÓGICA DE TESIS

  
**M.E. CLAUDIO M. CRUZ FIERRO**  
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

## DEDICATORIA.

A DIOS TODOPODEROSO:

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a Dios.

A la memoria de mis abuelos que siempre estuvieron a mi lado, con su amor y su fuerte voluntad me enseñaron a luchar y alcanzar sueños los amo y siempre estarán en mi corazón.

A la persona que me dio la vida, la que a pesar de que nunca estuvo físicamente conmigo siempre está en mi corazón, en mi esencia mi madre.

A mi tío pepe que con su cariño me ayudo a un triunfo mas.

A mis maestros Dra. Bety. Dr. Barnad, que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida, a todos y cada uno de ellos les dedico cada una de estas paginas de mi tesis.

A mi amiga Norma que con su paciencia sus consejos me ayudo a terminar este gran proyecto





# “DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 14 A 18 AÑOS DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA”

## 3.-INTRODUCCIÓN.

La familia es la institución básica que influye en el desarrollo emocional y brinda los cimientos para el desarrollo social de cada uno de los integrantes.<sup>1</sup> Como sistema social, estimula y promueve el estado de salud y bienestar de los miembros que hacen parte de ella<sup>2</sup>. Del grado en el cual una familia cumpla o deje de cumplir sus funciones básicas se hablará de funcionalidad o disfuncionalidad familiar.<sup>3</sup>

El estudio de la salud y la enfermedad se ha orientado hacia una nueva línea que toma en cuenta el ciclo vital, al considerar que la exposición a experiencias y entornos nocivos se va acumulando a lo largo de toda la vida, aumentando el riesgo de enfermedad y muerte prematura.<sup>4</sup>

Las enfermedades que representan un alto impacto en la vida de las personas y un problema de salud pública, son resultado de factores que interactúan entre sí formando un complejo sistema biopsicosocial.<sup>5</sup>

La adolescencia, etapa trascendental en el desarrollo del individuo, constituye una de las épocas de mayor vulnerabilidad. El cumplimiento de esta etapa no depende sólo del joven y las características de su personalidad en consolidación, sino también, del equipamiento biológico y del ambiente social y cultural. En este último se incluyen el apoyo, la orientación y los recursos que ofrecen la familia y las instituciones educativas<sup>6</sup>.

Con la maduración y el efecto de los cambios hormonales<sup>7</sup>, el o la adolescente tiende a experimentar variaciones en su estado de ánimo, más intensos que en otras edades, y que pueden producirse como respuesta a hechos que a otros pueden parecer insignificantes. Dicha relativa variabilidad de los estados de ánimo puede ser pasajera en algunos casos, y en otros, de duración más prolongada. Algunos estudios muestran que más del 50% de los adolescentes mencionan haberse sentido muy tristes con mucha frecuencia, y más del 80% de ellos han pensado fugazmente en el suicidio<sup>8</sup>. Las enfermedades que representan un alto impacto en la vida de las personas y un problema de salud pública, son resultado de factores que interactúan entre sí formando un complejo sistema biopsicosocial.

Durante el último siglo la esperanza de vida del hombre ha aumentado considerablemente, no obstante, las enfermedades mentales han adquirido una mayor dimensión.

No son mortales por sí mismas, pero provocan discapacidades prolongadas. Para el 2020 las enfermedades mentales ocuparán el segundo lugar como generadoras de más años de discapacidad.<sup>9</sup>



En la sociedad moderna aquellos grupos que tradicionalmente apoyaban a sus miembros más necesitados por medio de los vínculos familiares y sociales, actualmente se ven limitados para ejercer sus roles culturales tradicionales provocando dificultades importantes en los procesos de atención y tratamiento de las enfermedades crónicas.

En los padecimientos psiquiátricos suelen presentarse más dificultades por los tabúes y mitos relacionados con ellas y a pesar de que la familia es considerada como uno de los más importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la calidad de vida, cuando su funcionamiento se altera debido a situaciones emergentes o a la presencia de un miembro identificado con el padecimiento, se requiere que el sistema familiar sea asistido y capacitado para afrontarlos.

Hoy en día, los médicos familiares, necesitamos más que nunca conocer los problemas psicosociales de los pacientes que se encuentran bajo nuestro cuidado, y no solo sus problemas biológicos. No debemos olvidar que estamos viviendo tiempos donde se están poniendo de manifiesto los cambios socioculturales, económicos y espirituales en la población, sobre todo en los que tienen problemas relacionados con la salud.

Es de conocimiento general que problemas en el ámbito de la interacción familiar generan cambios emocionales y psíquicos entre sus miembros y la funcionalidad de la familia se altera.

Actualmente en la consulta diaria del médico de familia se enfrenta cada vez más a este tipo de padecimiento, los adolescentes hoy en día están expuestos a un sin fin de procesos y crisis que dan una respuesta emocional la cual es de nuestro interés estudiar. En los procesos de la disfunción familiar influyen notoriamente las situaciones actuales de desempleo y de carencia de medios materiales que obliga a ambos padres e inclusive a sus hijos a trabajar fuera del hogar, situación que a su vez es un “círculo vicioso”, pues exacerba aún más los conflictos familiares subyacentes.<sup>10</sup>

Hasta antes de la década de los setenta del recién siglo pasado, la depresión en adolescentes fue un tema controversial, sin embargo, investigaciones en las dos últimas décadas dejaron claro que también se presenta en este grupo etario,<sup>11</sup> asociada incluso con mayor comorbilidad que cuando inicia en la edad adulta, pues antes de los 18 años hay mayor riesgo de desarrollar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a drogas.<sup>12</sup>

Puesto que México es un país de población joven, con una edad mediana de 22 años, y que 34% de la población es menor a 15 años, el estudio de la depresión que se inicia en la infancia o adolescencia es particularmente relevante.<sup>13</sup>

En estudios realizados en otros países, como Estados Unidos de América (EUA), se estima una prevalencia de depresión mayor entre niños de 9 a 17 años de edad de alrededor de 5% en los últimos seis meses. En México, si bien

se cuenta con estudios realizados en población escolar éstos se han hecho con instrumentos que miden la sintomatología y no el diagnóstico, y tienen una cobertura limitada.<sup>14</sup>

Conjuntamente con los logros y adelantos científico-técnico aplicados a la Salud Pública, los cuales están encaminados a elevar la calidad y el modo de vida de la comunidad , hoy se convierte en tarea fundamental la identificación y prevención de la depresión , así como las secuelas psicológicas emocionales y afectivas que desencadena la misma en la conducta social de nuestros adolescentes.

Particularmente importante es estudiar la depresión en la adolescencia no sólo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta. El tener un episodio de depresión durante una etapa que sobresale por definir la formación académica, el inicio de la vida profesional u ocupacional, el comienzo de la vida sexual y la elección de pareja tiene consecuencias a largo plazo en muchos ámbitos de la vida, mucho más allá del ámbito de la salud.<sup>15</sup>

#### **4. MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES.**

##### **4.1 DEFINICIONES DE FAMILIA.**

La familia es la institución básica que influye en el desarrollo emocional y brinda los cimientos para el desarrollo social de cada uno de los integrantes

La familia es la institución social básica en donde se determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la población.<sup>16</sup>

##### **CONCEPTO FAMILIA**

**OMS:** miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial."

**CANADIENSE:** Marido y mujer con o sin hijos, padre o madre con 1 o más hijos que vivan bajo un mismo techo.

**AMERICANA:** Grupo de 2 o más personas que viven juntas y están relacionadas entre sí por sangre, matrimonio o adopción.

**MINUCHIN:** Grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia el 1ro. Influído por el hecho de sentirse miembro de una familia, 2do. El hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extra familiares.<sup>17</sup>

La familia es la institución social que recibe al ser humano desde su nacimiento y del cual emerge más tarde la adolescencia constituyéndose en la fuente de sus relaciones más duraderas y su primer sustento económico. La familia tiene el poder de producir más recursos para lograr cambios en los adolescentes en ella aprenden valores, principios, normas y costumbres que le afectaran por toda la vida a los adolescentes.

La familia es la unidad social, y se la considera como una organización social primaria que se caracteriza por sus vínculos, y por las relaciones afectivas que en su interior se dan, constituyendo un subsistema de la organización social. Los miembros del grupo familiar cumplen roles y funciones al interior de esta, funciones y roles que son los que permiten relacionarse con otros sistemas externos, tales como el barrio, el trabajo, la escuela, etc.

Es dentro del grupo familiar en donde se aprenden los valores y se transmite la cultura, la cual será filtrada y orientada por cada sistema. La ubicación geográfica de este sistema familiar (rural o urbano) determina también ciertas características de la organización y los roles que en ella se dan.

La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos. En su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia. Sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición de ella. Ello indica que la familia está ligada a los procesos de transformación de la cultura contemporánea.

### **CONCEPTO DE FAMILIA (DESDE LA PERSPECTIVA DEL MÉDICO FAMILIAR)**

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad

Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad.

La familia es un grupo social primario de individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o de matrimonio, que interactúan y conviven permanentemente manteniendo en forma común y unitaria relaciones personales directas.

Poseen formas de organización y acciones tanto económicas como afectivas con el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza, y comparten factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que puedan afectar su salud individual y colectiva.<sup>18</sup>

Cuando tomamos a la familia con un enfoque sistémico, esta perspectiva hace necesario tener en cuenta sus características, como sistema en su totalidad, con una finalidad, formado por seres vivos, complejos en sí mismos, en el que se debe tener en cuenta que este sistema familiar es más que la suma de cada

uno como individuo, que en él se genera un proceso de desarrollo, que permite su crecimiento en complejidad y en organización; que debe tomar en cuenta una perspectiva multigeneracional en el que un evento histórico o situacional afectará a los miembros del sistema familiar, en diferente grado, pero al final todos serán de cierta manera modificados por esta situación.

La funcionalidad familiar juega un papel importante en el desarrollo social y psicológico de los miembros que constituyen el núcleo familiar, y depende no sólo del altruismo que lleva a los seres sociales a unirse para sobrevivir, sino también, de la plasticidad operacional conductual que permita a los miembros operar consensualmente, como condición para la realización de sus ontogenias particulares, mediante la pertinencia al sistema. De acuerdo con esto, las perturbaciones o situaciones estresantes que comprometan el sistema familiar puede producir un desequilibrio, ya sea en los planos físico o emocional de él o los integrantes que hacen parte de él.<sup>19</sup>

La funcionalidad familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o aparición de una enfermedad entre sus miembros.<sup>20</sup>

La familia es la responsable, de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa, y depende del contexto en el que se ubique.<sup>21</sup>

Por otro lado en medicina familiar es importante, establecer el diagnóstico de salud de los grupos familiares, y debe considerarse que es más apropiado preocuparse por definir el grado de funcionalidad familiar. Es tarea del médico fomentar en la familia, la idea de autorresponsabilidad en la salud de este colectivo y de sus miembros, así, como, desarrollar y utilizar todas las potencialidades del grupo en mejora de su salud.<sup>22</sup>

En cierta forma, la evaluación de la familia, es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención. Se puede decir es el proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas, a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejos y tratamientos, y en su caso rehabilitación o paliación.

A su vez considerar a la familia como sistema, implica que ella constituye, una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, es decir, la familia no se debe ver como una suma de individualidades, sino como, un conjunto de interacciones. Esta concepción de la familia como sistema aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales, tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa- efecto), siendo un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un culpable sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a diferencias en la interacción familiar, a la disfunción de la familia como sistema.

Así pues, el efecto sistémico nos permite sustituir el análisis causa- efecto, por el de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, siendo esto, lo que nos va a permitir llegar al centro de conflictos familiares, y por tanto, a la causa de la disfunción familiar.<sup>23</sup>

Por lo anterior se denomina familia funcional, cuando es capaz de cumplir con sus funciones básicas que le están encomendadas de acuerdo al ciclo vital en que se encuentre, y en relación con las demandas que percibe de su entorno.<sup>24</sup>

#### **4.2 FUNCIONES DE FAMILIA**

El funcionamiento familiar consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve. Estas deben de cumplir con las siguientes demandas:

**Socialización:** promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.

**Afecto:** interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.

**Cuidado:** protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.

**Estatus:** participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.

**Reproducción:** provisión de nuevos miembros a la sociedad con el desarrollo y ejercicio de la sexualidad.<sup>25</sup>

#### **4.3 CRISIS FAMILIARES**

Durante las diferentes etapas del desarrollo familiar, la familia enfrenta diferentes momentos críticos del ciclo evolutivo, que implican cambios tanto individuales como familiares, los que pueden constituir un período de crisis.

En estos períodos de transición de una etapa del ciclo vital a otra hay indefinición de las funciones, porque los miembros de la familia están asumiendo un nuevo rol. El querer conciliar ambos funcionamientos produce en ocasiones fluctuaciones, inestabilidades, transformaciones, que se expresan en ciertos niveles de desorganización de la familia, y es lo que se denomina como crisis evolutiva.

Durante las diferentes etapas del desarrollo familiar, la familia enfrenta diferentes momentos críticos del ciclo evolutivo, que implican cambios tanto individuales como familiares, los que pueden constituir un período de crisis.

En estos períodos de transición de una etapa del ciclo vital a otra hay indefinición de las funciones, porque los miembros de la familia están asumiendo un nuevo rol. El querer conciliar ambos funcionamientos produce en ocasiones fluctuaciones, inestabilidades, transformaciones, que se expresan en

ciertos niveles de desorganización de la familia, y es lo que se denomina como crisis evolutiva.

Según *Blaustein S.* estas crisis son llamadas evolutivas, porque están en relación con los cambios biológicos, psicológicos y sociales de cada uno de los miembros de la familia, y con los cambios, en consecuencia, de las pautas de interacción en el contexto familiar. En estas crisis evolutivas se cambian las viejas pautas de interacción por otras nuevas que posibilitan, a cada uno de los miembros de la familia, el desempeño de nuevas funciones en sus roles, poniendo de manifiesto un desarrollo cada vez más acabado de individuación y de una estructura familiar cada vez más compleja y diferente a la anterior, lo que da lugar al crecimiento y desarrollo de la familia.<sup>26</sup>

Por su parte *Louro I.* plantea que en este proceso de cambio predominan las tareas denominadas de desarrollo, las que están relacionadas con las etapas del ciclo vital que necesariamente tiene que atravesar la familia para desarrollarse, crecer y madurar. Cuando cada uno de los miembros de la familia tiene bien definidas sus funciones y los roles correspondientes al ciclo vital cronológico, va creándose una estructura familiar organizada que le permite tener un desarrollo en su identidad familiar y en la individualidad personal de sus componentes. Ahora bien, si en el esfuerzo de reorganización familiar la propia estructura familiar, por su falta de flexibilidad, no lo permite, aparecen entonces las disfunciones familiares.<sup>26</sup> Estas crisis son denominadas normativas o transitorias. El término transitoria está utilizado, en función de que posibilite o no el paso de una etapa a la otra del ciclo vital y no se refiere en ningún sentido al tiempo de duración de la crisis".<sup>26</sup>

Sin embargo, la dinámica familiar como todo proceso en desarrollo no es lineal y ascendente. Este proceso se ve afectado en muchas ocasiones por situaciones, que introducen cambios en su estructura y funcionamiento, debido a la existencia de hechos que actúan como fuentes generadoras de estrés, como es el caso del divorcio, padecimiento de una enfermedad crónica, o el fallecimiento de un miembro de la familia, los cuales tienen una expresión particular en cada familia en dependencia de su historia, su propia dinámica, de la significación que asigna al evento o situación, y de los recursos con que cuenta para hacerle frente. En este caso las tareas que debe desarrollar la familia, son tareas de enfrentamiento que se derivan de las llamadas crisis no transitorias o paranormativas. Las crisis familiares están asociadas tanto a la ocurrencia de determinadas situaciones transitorias de la vida familiar como el matrimonio, el nacimiento de un hijo, la jubilación, que dan lugar a las llamadas crisis normativas; como también por situaciones o hechos accidentales, que desencadenan las crisis no transitorias o paranormativas, que generalmente tienen un mayor costo para la salud. Las crisis familiares han sido abordadas por algunos autores dados la importancia que le atribuyen en la salud familiar.

Al término crisis se le han dado diferentes significados, según la intencionalidad de los estudios de los diferentes autores. Es una palabra que arrastra, desde siglos, un significado dramático y negativo, del cual, recién en los últimos tiempos y con el desarrollo de las nuevas concepciones sobre las crisis evolutivas, se ha tratado de dar un concepto más positivo. Derivada

etimológicamente de un vocablo griego, crisis significa separación y elección, definiéndose con estas 2 acciones un proceso dinámico compuesto por un período, en el que deben producirse una separación (de algo - alguien), antes de que pueda darse una elección (de algo-alguien) como expresión de una evolución madurativa; y entre ambos un tiempo, un antes y un después. La comunidad científica, que considera la crisis como un fenómeno evolutivo que da lugar a nuevos estados organizacionales, plantea haber rescatado este concepto, considerándola como una expresión de interrelación, donde no se puede concebir un tiempo sin el otro, donde no hay elección si no hay separación y ésta tiene que ser previa en aquella.

*Hamilton, Mc Cubbin y Fegley* en su libro *Stress and Family* conceptualizan las crisis como un aumento de la disrupción, desorganización o incapacidad del sistema familiar para funcionar. La familia en crisis se caracteriza por la inhabilidad a retornar a la estabilidad, y a la constante presión a hacer cambios en la estructura familiar y en los modelos de interacción.<sup>26</sup>

*Patterson J.* plantea que la crisis familiar se caracteriza por una desorganización familiar, donde los viejos modelos y las capacidades no son adecuados por largo tiempo y se requiere un cambio. Para este autor muchas crisis familiares son normativas que requieren cambios en la estructura y reglas familiares. Otras crisis son previamente promovidas por decisiones familiares para hacer mayores cambios; por ejemplo, cuando se hace un plan para mejorar el funcionamiento familiar y lograr una mejor satisfacción de las necesidades individuales y familiares. En otras situaciones la familia es impulsada hacia la crisis por la ocurrencia de eventos estresores no normativos, tales como, un accidente fatal en un miembro de la familia. Este modelo ve las crisis familiares como una variable continua que refleja la total ruptura del sistema, como por ejemplo, cuando ocurre un divorcio; también considera que existen crisis menores, que son virtualmente imperceptibles por la familia. Las crisis familiares representan el final del viejo sistema familiar, emergiendo nuevas formas de interacción.

*Cohen y Ahearn* definen la crisis como una situación vital que incluye cambios, amenazas o dificultades, que originan desequilibrio personal. Puede derivarse de factores del desarrollo, como la pubertad, embarazo o edad madura; o de factores accidentales, incluidos un accidente automovilístico, incendio o desastre natural.

Pusimos en su consideración diferentes acepciones del término crisis, algunas más próximas al significado de catástrofe, disrupción, destrucción, con mayor énfasis en los aspectos negativos de éstos, y otros que le dan un valor positivo que implica maduración, desarrollo y crecimiento.

*Louro I.* señala que el vocablo crisis no implica la vivencia de circunstancias negativas o la máxima expresión de un problema, sino también la oportunidad de crecer, superar la contradicción con la consiguiente valencia positiva. Las crisis no son señales de deterioro, suponen riesgos y conquistas, son motores impulsores de los cambios. La familia en crisis no es necesariamente una

familia disfuncional o problemática. El hecho de vivir en crisis no es necesariamente la causa de disfunción familiar, sino el modo cómo se enfrenta.

Ahora bien, existen las crisis paranormativas, que no son más que aquellos cambios o transformaciones que experimenta la familia en cualquiera de sus etapas de desarrollo, que no están relacionadas con los períodos del ciclo vital, sino con hechos situacionales o accidentales; por ejemplo, divorcio, separación, abandono, muerte. Estas crisis suelen tener un impacto más desfavorable en la familia y un costo mayor para la salud.

*Ortiz T.* plantea que los eventos que desencadenan estas crisis son:

1. Eventos de desmembramiento: son aquellos eventos vitales familiares, que constituyen separación de algún miembro y que provocan crisis por esta pérdida familiar (hospitalización, separación, divorcio, muerte).
2. Eventos de incremento: son aquellos, que provocan crisis por incremento a causa de la incorporación de miembros en la familia (adopciones, llegadas de familiares).
3. Eventos de desmoralización: son los que ocasionan crisis de este tipo por constituir hechos que rompen con las normas y valores de la familia (alcoholismo, infidelidad, farmacodependencia, delincuencia, encarcelamiento, actos deshonorosos).
4. Eventos de desorganización: son aquellos hechos que obstaculizan la dinámica familiar, y que por su naturaleza y repercusión facilitan las crisis familiares por desorganización (pareja infértil, divorcio, accidentes, enfermedades psiquiátricas, graves y retraso mental).<sup>26</sup>

Las crisis paranormativas se clasifican en crisis por incremento, desmembramiento, atendiendo a la estabilidad de la membresía y de desorganización y desmoralización, por el efecto que causan en la dinámica familiar.

En el caso de la familia es importante, no sólo medir la ocurrencia del evento vital familiar, sino la vivencia que tiene la familia del evento. Un evento vital no genera por sí solo crisis familiar, sino que éste es un proceso en el cual se implican otros elementos:

- La significación que la familia asigna al evento vital familiar.
- Los recursos con que cuenta la familia para hacer frente a las exigencias de ajuste del evento vital familiar.

El significado que la familia asigna al evento va a depender de cómo la perciba ésta. La repercusión del evento varía en dependencia de la atribución del significado que tenga en cada familia. Tanto la significación, como los recursos pueden hacer variar la dimensión y el sentido de la crisis.

Entre los recursos familiares más importantes se encuentra la cohesión, que se expresa en el nivel de apoyo mutuo, afecto y confianza entre los miembros de la familia. Cuando la familia puede contar con esta posibilidad de decisión conjunta, cuenta con un recurso muy positivo para el enfrentamiento a las



diferentes problemáticas de la vida familiar. Otro puntal importante es la flexibilidad, ya que en la medida que la organización interna de la estructura familiar sea más flexible, permitiendo adoptar nuevos roles y reglas, se facilitará la solución de los conflictos. Esta capacidad del sistema da lugar al recurso de adaptabilidad, que no es más que la capacidad de la familia para enfrentar los cambios y adaptarse al medio social; es decir, la habilidad para cambiar de la estructura de poder, las relaciones de rol y las reglas en dependencia de la nueva situación.

La permeabilidad es otro recurso familiar que se refiere a la capacidad de la familia de abrirse hacia otras instituciones de la sociedad, permitiendo la relación prudente de sus miembros con otros subsistemas. Se manifiesta en la posibilidad de solicitar y permitir la ayuda desde fuera del sistema familiar. La apertura del sistema facilita el apoyo social de otras familias, de los amigos y compañeros más cercanos, y de otras instituciones sociales como pudiera ser el Médico de la Familia.

El apoyo social es un recurso que se puede referir al propio sistema cuando es la familia la que actúa como sistema de apoyo, brindando ayuda a todos sus miembros, o cuando la recibe de otras personas, grupos o instituciones.<sup>27</sup>

Tanto los eventos normativos como los paranormativos, tienen algunas especificidades que los caracterizan: por ejemplo, algunos eventos normativos se pueden prever, lo que permitiría hacer análisis con antelación, y redundaría en una preparación mejor para enfrentarlo; mientras que algunos eventos paranormativos pueden ser esperados, como es el caso de una hospitalización planificada, o una muerte después de un período largo de enfermedad. Muchos no se pueden prever como el caso de la muerte súbita, o por accidente, y el suicidio.

En ambos existen experiencias previas con algunos eventos: en los normativos se transmiten las experiencias de una generación a otra, como es el caso del embarazo, o la adolescencia; en los eventos paranormativos, la experiencia previa es menor, aunque en el divorcio, o la muerte de un miembro de la familia, es posible la existencia de experiencias anteriores en la familia.

La persistencia en el tiempo de las crisis que desencadenan los diferentes eventos, varía en dependencia del evento. Generalmente en los normativos el tiempo de la duración de las crisis es más breve, aunque por las características de algunos eventos, como la adolescencia, que está contemplada en un rango de edad mayor en estos momentos, pudiera considerarse con mayor tiempo de duración. En el caso de las paranormativas el período de duración de las crisis puede ser más prolongado y su recuperación más tardía. Esto no descarta que por la forma de enfrentamiento positivo de algunos de estos eventos se recuperen más rápido de la crisis.

El sentido de pérdida se tiene que ver también en dependencia del evento, aunque normalmente los normativos son menos drásticos en cuanto a la pérdida, hay que tener en cuenta la viudez, que sí tiene un gran sentido de pérdida. En los eventos paranormativos, el sentido de pérdida es más

impactante en los eventos de desmembramiento, y no así en el resto. El impacto emocional y el daño a que se expone la familia, en los eventos normativos, puede tener menor intensidad, que en los paranormativos.

Estos elementos pueden brindar, en alguna medida, una valoración de los posibles pronósticos de la capacidad adaptativa de la familia.

Entre los objetivos fundamentales, a los que deben ir encaminados la intervención podemos citar reforzar o fomentar los mecanismos adaptativos de la familia; ayudar a reordenar y a organizar el funcionamiento familiar; y ayudar a la familia a reconocer sus propios recursos protectores, que le permitan el reordenamiento familiar.

#### **4.3.1 CRISIS PARANORMATIVAS.**

Se definen como experiencias adversas o inesperadas.

Eventos provenientes del exterior (Inter sistémicos), que generalmente resultan impredecibles para la familia.

Estas crisis se asocian con grandes periodos de disfunción, durante los cuales los miembros de la familia presentan dificultades en la comunicación y para la identificación de los recursos necesarios para resolverlas.

Ejemplo: divorcio, alcoholismo u actividades criminales.

Tanto las crisis normativas como las paranormativas, pueden ser de 2 tipos; Instrumentales y afectivas.

Instrumentales: Aspectos dinámicos y mecánicos de la vida diaria.

Afectivos: Aquellos que amenazan las situaciones emocionales de la vida familiar.

Las características instrumentales o afectivas no se muestran aisladas, si no que con frecuencia interactúan y se potencian entre sí. Aquí se niegan o no se desean reconocer, se evaden responsabilidades, mal interpretación.

Todo tipo de crisis implica un importante peso sobre el funcionamiento familiar y requiere de un proceso de adaptación capaz de mantener la continuidad de la familia y de consentir el crecimiento de sus miembros.

Las crisis pueden suceder simultáneamente, así como presentarse varios eventos críticos a la vez.

Cada una de las etapas del ciclo vital familiar conlleva crisis.

La familia requiere tantos periodos de adaptación como crisis se presenten.

Se debe investigar la forma en cómo la familia identifica y aborda las crisis, así como nivel de conflicto alcanzado, cambios adoptados, grado de compromiso, solidaridad y apoyo entre la pareja y el resto de la familia.

La familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas, lo que las hace diferentes es el manejo que hacen de sus conflictos<sup>27</sup>

Minuchin basa su modelo estructural en la idea de que la familia es un sistema que opera por medio de pautas transaccionales como son la forma, el cuándo y con quién relacionarse, centrándose en las expectativas de los diversos

miembros de la familia de acuerdo con el grado de cohesión que guardan entre sí.<sup>27</sup>

Cada uno de estos modelos enfatiza la importancia que tiene la estabilidad y buen funcionamiento del sistema familiar para lograr un óptimo desarrollo de sus miembros. Este desarrollo puede verse obstaculizado por la incapacidad de la familia para modificar sus patrones de funcionamiento en los momentos de crisis, por lo que quedan atrapadas en interacciones mal adaptativas que no les permiten dar soluciones definitivas a los problemas que están presentando.<sup>28</sup>

#### **4.4 LA FAMILIA COMO SISTEMA**

Desde la perspectiva de la teoría general de sistemas, la familia es considerada como un sistema dinámico viviente que está sometido a un continuo establecimiento de reglas y de búsqueda de acuerdo a ellas.

##### **DEFINICIÓN:**

Sistema: Conjunto de reglas o principios sobre una materia, relacionados entre sí. Conjunto de cosas que ordenadamente relacionadas entre sí contribuyen a un fin determinado. Se destacan la interacción y el orden a una finalidad.

Si se toma a la “teoría general de sistemas”, bajo la concepción de Von Bertalanffy, caracteriza al sistema por un estado estable, dinámico, que permite un cambio constante de componentes mediante asimilación y desasimilación.

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

Consideramos a la familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por múltiples subsistemas de funcionamiento interno e influido por una variedad de sistemas externos relacionados.

Desde el punto de vista sistémico, la familia es considerada como un cibernético, y por ello, autocorrector, en el que las modalidades transaccionales que caracterizan las relaciones entre los miembros dependen de las reglas o leyes a partir de las cuales funcionan los miembros del sistema en relación recíproca.

En el grupo familiar, el comportamiento de cada sujeto está conectado de un modo dinámico con el de los otros miembros de la familia y al equilibrio del conjunto.

Por lo tanto la familia ha de ser contemplada como una red de comunicaciones entrelazadas en la que todos los miembros influyen en la naturaleza del sistema, a la vez que todos se ven afectados por el propio sistema.

Cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de éstos, pero por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y defiende mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar.<sup>28</sup>

#### **4.4.1 OBJETIVOS DEL SISTEMA FAMILIA.**

La finalidad por excelencia, determinada por la especie, es la reproducción, es decir generar nuevos individuos a la sociedad. Para alcanzar esta finalidad debe cumplir con una serie de objetivos intermedios:

- Dar a todos y a cada uno de sus miembros seguridad afectiva.
- Dar a todos y a cada uno de sus miembros seguridad económica.
- Proporcionar a la pareja pleno goce de sus funciones sexuales, dar a los hijos la noción firme y vivenciada del modelo sexual, que les permita identificaciones claras y adecuadas.
- Enseñar respuestas adaptativas a sus miembros para la interacción social.

Partiendo del paradigma sistémico, el análisis del grupo familiar se centra en la observación de las relaciones que se han establecido entre sus componentes.

La familia es al mismo tiempo, un sistema abierto y por lo tanto, en continuatransformación, viviendo cambios y modificaciones que son distintos en cada momento de su evolución.<sup>29</sup>

#### **4.4.2 LA COMUNICACIÓN EN EL SISTEMA FAMILIAR.**

En la familia hay sujetos que se comunican aquí y ahora independientemente de que tal comunicación tenga que ponerse en relación con la biografía personal que cada uno ha ido elaborando a lo largo de su pasado. Las experiencias pasadas no dejan de influir en el tipo de interacción.

Ver la interacción de los distintos miembros de la familia, supone, que no es suficiente con tener una idea de los acontecimientos que actúan sobre lo que "ahora mismo" es percibido como un conflicto familiar.

La comunicación transporta las reglas que prescriben y limitan los comportamientos individuales en el seno familiar. La comunicación también establece como deben ser expresados, recibidos e interpretados los sentimientos y emociones de sus miembros.<sup>30</sup>

#### **4.4.3 LA TEORÍA ESTRUCTURAL DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.**

El modelo estructural se define como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia" (Minuchin, 1977), estas pautas establecen como, cuando, y con quien cada miembro de la familia se relaciona, regulando la conducta de los sus miembros.<sup>31</sup>

La estructura familiar debe ser relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, protegiéndola de las fuerzas externas y dando un sentido de pertenencia a sus miembros; pero al mismo tiempo debe aceptar un grado de flexibilidad para poder acomodarse a los diversos

requerimientos de las situaciones de vida y de las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la familia, con lo que facilita el desarrollo familiar y los procesos de individuación.

El sistema familiar se diferencia en subsistemas así puede desempeñar sus funciones, estos subsistemas no son absolutos, también se superponen y entran en funcionamiento según el momento familiar con sus roles, funciones y tareas específicas, los principales los forman el subsistema conyugal, el subsistema parental y el subsistema fraterno o de hermanos, otros subsistemas son: según roles, sexo, edad, etc.

El paradigma contemporáneo del conocimiento, implica manejar las polaridades inherentes a la condición humana, por cuanto los procesos socio-familiares dan cuenta de movimientos en ambas direcciones, en razón de su característica básica de ser sistemas abiertos, dinámicos, permeables, en los que se maneja en forma incesante una situación de normalidad-anormalidad, función-disfunción, vida-muerte, salud-enfermedad, mente-cuerpo.

Como todo sistema debe poseer reglas o normas y estas pueden ser universales y claramente explícitas (respeto a los padres, rol de padre, rol de hijo), y otras implícitas e idiosincrásicas (lealtad a la familia), los roles definen las tareas de los miembros del grupo familiar.

Este sistema debe además tener límites, los que están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de qué manera lo hacen en una situación determinada, su función es la de proteger la diferenciación de los sistemas y subsistemas en funcionamiento. La claridad de los límites dentro de una familia es un parámetro útil para evaluar su funcionamiento.

Los extremos serán un aumento desmedido de la comunicación y la preocupación de los unos sobre los otros, perdiendo la distancia entre sus miembros, entonces los límites desaparecen y la diferenciación se hace difusa (Familias Aglutinadas), Estas familias presentan una pérdida de la autonomía, reaccionan en forma exagerada y tienen una baja capacidad de adecuación.

En el otro extremo se encuentran aquellas familias en las que sus miembros tienen una mínima dependencia entre sí, límites muy rígidos, sus mecanismos de apoyo se activan solo cuando existe un nivel muy alto de estrés.<sup>32</sup>

Estos movimientos extremos pueden ser observados solo en algunos subsistemas del funcionamiento familiar, y variar según el momento del ciclo familiar.

La estructura familiar opera con diferentes "alineamientos", para resolver las tareas a las que se enfrenta. Los alineamientos constituyen la unión de dos o más miembros del sistema para llevar a cabo una operación. Esta dimensión incluye los conceptos de alianza o colusión -unión de dos o más personas para lograr una meta o interés común- y la coalición -proceso de unión en contra de un tercero, estos alineamientos pueden ser funcionales o disfuncionales según respeten o no los límites, los subsistemas, y según sea su duración.

Un sistema funcional se organiza de una forma jerárquica. El poder es la capacidad de influencia que tiene un individuo determinado para controlar la conducta de otro, idealmente el poder debe ser empleado por quien tiene la posición de autoridad, pero en ocasiones un miembro de la familia puede tener el poder pero no la autoridad. En cualquier interacción del sistema familiar se define quien o quienes son los miembros que participan (límites), con o contra

quien (alineamientos) y, la energía que motiva y activa el sistema para llevar a cabo la acción (poder).

El modelo centrado en la estructura enfatiza los aspectos jerárquicos en la familia. Las reglas interaccionales son presentadas a través de fronteras entre miembros, que pueden formar subsistemas (parental, fraterno, etc.). Con la realización de mapas familiares se esquematiza la existencia de fronteras demasiado rígidas, laxas permeables, etc.

Minuchin sitúa a las familias según su estructura en una continua aglutinación-desligamiento, según la intensidad de relación entre sus miembros. En las familias aglutinadas existe gran apoyo mutuo y la afectación de un miembro del sistema afecta a todo el sistema, mientras que en las familias desligadas predomina la independencia. A través de intervenciones directas, indirectas o paradójicas, el terapeuta intenta modificar la estructura del sistema familiar.

La familia es el principal contexto en el que se desarrollan los niños y los adolescentes, y éstos, especialmente, están en una etapa crítica de formulación de las creencias con las que van a abordar la vida más adelante, de modo que sus problemas van a afectar a los otros miembros de la familia (padres y hermanos). Por eso, las sesiones de familia son indispensables cuando se quiere trabajar con adolescentes.<sup>32</sup>

Las creencias guían nuestras acciones y nos llevan a abordar de determinada manera los problemas que tienen los adolescentes dentro de la familia.

## 4.5 CLASIFICACIÓN DE FAMILIAS

Con el propósito de facilitar la clasificación se identificaron cinco ejes fundamentales:

- Parentesco
- Presencia física en el hogar o convivencia
- Medios de subsistencia
- Nivel económico

Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales.<sup>33</sup>

### 4.5.1 TIPOLOGÍA FAMILIAR

En base a su **ESTRUCTURA**:

Nuclear: padre, madre e hijos.

Extensa: mas abuelos.

Extensa compuesta: mas otros consanguíneos o de carácter legal, (tíos, primos, yernos, cuñados)

Monoparental: padre o la madre y los hijos.<sup>33</sup>

En base a su **DESARROLLO**:

Primitiva: clan u organización tribal.

Tradicional: patrón tradicional de organización familiar.

Moderna: padres comparten derechos y obligaciones, hijos participan en la organización familiar y toma de decisiones.

En base a su **INTEGRACION**:

Integrada: cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente.

Semi-integrada: no cumplen sus funciones

Desintegrada: falta uno de los cónyuges por muerte, abandono, separación, divorcio.

En base a su **DEMOGRAFIA**:

Urbana: Estas corresponden a las que habitan y se desarrollan en las grandes urbes de nuestros territorios, presentando características tales como:

- Población mínima debe sobrepasar los 500 habitantes
  - Existe un mejor nivel educacional y cultural
  - Tienen una mayor información sobre leyes y normas que rigen la comunidad disfrutan de un mejor servicio asistencial, transporte, comunicacional etc.
- El numero de hijos es reducido debido a factores como el costo habitacional, costo de la vida, y nivel cultura

Rural: Se localizan en las zonas cercanas o periféricas de las principales ciudades y entre sus características tenemos:

- La población máxima no sobrepasa los 2500 habitantes
  - El nivel educativo y cultural de la mayoría es bajo por la insuficiencia de centros formativos en las diversas áreas
- La instrucción o conocimiento sobre normas y leyes que los respaldan es deficiente
- Los servicios médicos, transportes, comunicacional etc. son insuficientes
  - El tipo de viviendas corresponde a casas, ranchos etc.
  - Los ingresos que perciben están muy por debajo que los del área urbana
  - El analfabetismo es un problema que afecta a un gran porcentaje de dicha población
  - Por múltiples razones el numero de hijos es muy elevado
- Es aquella familia que vive en un lugar de menos de 1, a 500 habitantes.<sup>33</sup>

Clasificación de las familias con base en el parentesco

El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta. La trascendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso salud-enfermedad. cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco.

Clasificación de las familias con base en la presencia física y convivencia

La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la medicina familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles. La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias. por lo cual se menciona la siguiente clasificación:

Clasificación de las familias con base en sus medios de subsistencia

La inserción de las familias en los procesos productivos puede propiciar una clasificación basada en los medios que son origen esencial de su subsistencia. De esta manera, se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas:

- Agrícolas y pecuarias
- Industrial
- Comercial
- Servicios

Las diversas posibilidades de origen de los recursos que permiten la subsistencia de las familias, combinaciones de las cuatro fuentes mencionadas. Se asignará la clasificación correspondiente al origen de los recursos de subsistencia aportada por el jefe de la familia.

#### Clasificación de las familias con base en su nivel económico

El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud. Se han identificado enfermedades fuertemente relacionadas con la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar.

La clasificación de las familias desde el punto de vista económico debe tomar en cuenta los diversos elementos que interactúan en esta perspectiva. Por su importancia y efectos sobre la salud-enfermedad, la pobreza es el indicador que el médico familiar debe evaluar, para lograrlo deberá tomar en cuenta los elementos que integren una visión multifactorial de este fenómeno.

Con base en el estudio realizado por el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza creado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en 2001, y publicado por Cortés y Hernández-Laos, se sugiere utilizar diversos indicadores monetarios y no monetarios para medir la pobreza en el nivel familiar.<sup>33</sup>

#### Pobreza familiar nivel 1

- Ingreso per capita **suficiente** para cubrir el valor de la canasta básica. Recursos **suficientes** para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.

- **Carencia** de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

#### Pobreza familiar nivel 2

- Ingreso per capita **suficiente** para cubrir el valor de la canasta básica.
- **Carencia** de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.

- **Carencia** de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

#### Pobreza familiar nivel 3



- Ingreso per capita inferior al valor de la canasta básica.
- **Carencia** de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.
- **Carencia** de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

La escala establece que el nivel 3 de pobreza es el más grave de todos y el nivel 1 es el menos grave. Las familias que puedan cubrir los rubros mencionados en los tres niveles no se consideran pobres.

Nuevos estilos de vida personal-familiar originados por cambios sociales Se deben tomar en consideración los cambios que se han presentado en las sociedades modernas y que han representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar.

### **Con parentesco Características**

Nuclear: Hombre y mujer sin hijos

Nuclear simple: Padre y madre con 1 a 3 hijos

Nuclear numerosa: Padre y madre con 4 hijos o más

Reconstruida (binuclear): Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior

Monoparental: Padre o madre con hijos

Monoparental extendida: Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco

Monoparental extendida compuesta: Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco

Extensa: Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco

Extensa compuesta: Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco

No parental: Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, Abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera)

### **Sin parentesco Características**

Monoparental extendida sin parentesco Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco

Grupos similares a familias Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares.

Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos.<sup>33</sup>

## **4.6 FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

Una familia es mucho más que la suma de sus partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante.

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, Satir emplea los siguientes criterios:

1) Comunicación: En una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente; características opuestas en una disfuncional.

2) Individualidad: La autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no sólo se toleran, sino que se estimula para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.

3) Toma de decisiones: La búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por su poder. En las familias disfuncionales importa más quien va a “salirse con la suya” y consecuentemente los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere perder.

4) Reacción a los eventos críticos: Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio, en una disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan romper el equilibrio.<sup>33</sup>

Principios fundamentales del funcionamiento familiar

1. Que cada uno de los padres estén bien diferenciados y hayan desarrollado suficientemente su independencia emocional antes de separarse de sus familias de origen para fundar un nuevo hogar.

2. Que exista una separación clara de los límites generacionales en la familia, es decir, que los padres se comporten como padres y los hijos como hijos.

3. Que sean realistas las percepciones y expectativas que los padres tengan de ellos mismos y de sus hijos

4. Que sea mayor la lealtad a la familia de procreación que a la familia de origen.

5. Que lo más importante para cada esposo sea su pareja, y que los niños no sientan que al acercarse a uno de sus padres se separan del otro.

6. Que el desarrollo de la autonomía y de la identidad personal sea favorecida en todos los miembros de la familia. El desarrollo adecuado de los hijos significa que, a determinada edad, deberán abandonar su hogar para formar uno nuevo.

7. Que existan expresiones de cariño y afecto no posesivo entre padres, hijos y

hermanos.

8. Que sean capaces de comunicarse en forma honesta y clara

9. Que los padres tengan con sus propios padres y hermanos una relación de respeto y cuidado de tipo adulto.

10. Que la familia sea lo suficientemente abierta como para permitir que sus miembros se involucren con otras personas, tales como miembros de la familia extensa y amigos.

Homeostasis familiar

Equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior.

Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez.<sup>33</sup>

Familia funcional

Son familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que son funcionales son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida, por ninguno de los miembros; y donde todos laboran, trabajan y contribuyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo.<sup>34</sup>

Satisfacción familiar

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

La Satisfacción Familiar es un juicio valorativo de distintos aspectos de la vida, en el que los sentimientos que se despiertan en el sujeto encuentran su origen en las interacciones (verbales y/o físicas) que se producen entre éste y los demás miembros de la familia; de este modo puede apreciarse la relación entre la Satisfacción Familiar y la Satisfacción Vital.<sup>34</sup>

#### **4.7 DINAMICA FAMILIAR.**

Es el conjunto de pautas transaccionales que establece de que manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que esté atravesando dicha familia. Es la totalidad de fuerzas tanto positivas como negativas, determinantes del buen o mal funcionamiento de éste sistema y al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar. Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le son encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las

demandas que percibe desde su ambiente externo. Es aquella en que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante; no obstante lo cual presenta aspectos de ambivalencia, sentimientos negativos e insatisfacciones de un miembro respecto al otro. Por lo tanto, la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamiento y expectativas entre cada miembro de la familia, que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.(Huerta,1999) La manera en que el sistema familiar considera la amplia gama de los sentimientos humanos es de importancia básica para su propio bienestar, por ello, explora como son los patrones familiares referentes a la expresión emotiva y al compromiso familiar y cuáles son los sentimientos expresados en la familia, permite conocer el grado de satisfacción que resulta de vivir dentro del grupo familiar.La funcionalidad familiar es dinámica, ya que las familias no son estáticas y por lapsos o circunstancias pueden caer en crisis, y en ese momento ser disfuncionales en mayor o menor grado, y recuperarse posteriormente. Sin embargo algunas familias ante un problema no consiguen su homeostasis y la disfunción se vuelve irreparable o llegan a la desintegración, no obstante el mayor porcentaje de familias recuperan su funcionalidad sin ayuda técnica específica.<sup>34</sup>

Los incidentes afectan a los miembros de una familia en forma distinta en diferentes momentos, por eso, la homeostasis familiar puede funcionar adecuadamente para ellos durante algunos periodos de la vida familiar y no durante otros. El mantenimiento de éste equilibrio es un requisito indispensable para que la familia cumpla con sus funciones eficazmente. Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez.

#### **4.8 DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR**

A nivel comunicacional, la disfuncionalidad puede estar dada en la perturbación severa del tipo de intercambios establecido (dobles mensajes, bloqueos, desplazamientos, doble vínculo).

La disfunción familiar influye en la génesis de las depresiones en la adolescencia. Las depresiones en la adolescencia en grupos de determinada edad, procedencia y nivel académico son más frecuentes en pacientes provenientes de familias disfuncionales que en aquellos con límites familiares claros.<sup>35</sup>

#### **4.9 CICLO VITAL FAMILIAR.**

La familia genera dinámicas propias que cambian en su forma y función. Estos cambios están inmersos en la cultura y costumbres a la que pertenece la familia, por lo en base a este contexto no existen formas correctas o incorrectas de pasar por las diferentes etapas, sin embargo, se considera que el ciclo vital familiar es una secuencia ordenada y universal, predecible en dónde la solución de las tareas de una fase anterior, facilita la superación de una fase posterior.

La tarea primordial de la familia consiste en producir y preparar nuevos conjuntos de seres humanos para ser independientes, formar nuevas familias y repetir el proceso. Así como cada persona cumple un ciclo de vida, que inicia con el nacimiento y culmina con la muerte, la familia también pasa por un ciclo, el cuál está formado por etapas predecibles, pero con diferentes características. Se acepta que, dependiendo de la etapa de la familia, se puede ver afectada la salud de los miembros de diferentes formas. Es por esto que el médico familiar debe de comprender el ciclo vital familiar, así como conocer en qué etapa del ciclo cursa la familia de su paciente. Con esto, el médico podrá elaborar hipótesis y prever cada una de las situaciones que se pueden presentar.

Se puede definir el ciclo vital familiar como un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. Dentro de la familia cada miembro tiene funciones o tareas específicas que deben de realizar antes de pasar a la siguiente etapa, ya que, en general, la no realización de las mismas puede llevar al individuo a conflictos y tensiones. Un aspecto muy importante es que no todas las familias pasan de modo secuencial por el ciclo completo. Cada familia es diferente y en algunos casos es difícil clasificar una familia dentro de alguna etapa predefinida.

En la actualidad el ciclo vital de familia ha presentado ciertas modificaciones en lo que a intervalo del tiempo se refiere debido a: aumento de la esperanza de vida, la jubilación más tardía, la disminución de la natalidad y la demora en la incorporación de la población juvenil a la vida adulta e independiente.

Una misma enfermedad diagnosticada en diferentes etapas del ciclo de vida familiar tiene diferentes implicaciones en lo que respecta a su prevención, atención y tratamiento, tanto de los aspectos físicos como de los psicológicos y sociales

Cada fase del ciclo vital está precedida por una crisis de desarrollo, manifiesta en aspectos desde pequeños hasta provocar cambios permanentes (tolerados o no tolerados).<sup>35</sup>

#### **4.10 ETAPAS DEL CICLO VITAL.**

Son numerosas las clasificaciones que se utilizan para caracterizar las distintas etapas.

##### **4.10.1 EL MODELO DE LA OMS.**

Seis etapas evolutivas.

- I. Formación Matrimonio El nacimiento del primer hijo
- II. Extensión Nacimiento del primer hijo Nacimiento del último hijo
- III. Extensión completa Nacimiento del último hijo Primer hijo abandona el hogar
- IV. Contracción Primer hijo abandona el hogar Último hijo abandona el hogar
- V. Contracción completa Último hijo abandona el hogar Muerte del primer cónyuge
- VI. Disolución Muerte del primer cónyuge Muerte del cónyuge sobreviviente

#### 4.10.2 CICLO VITAL SEGÚN HUERTA

Etapa	Fase	Duración
Constitutiva	Preliminar	Indefinida
	Recién casados	Hasta el nacimiento 1er hijo
Procreativa	Expansión	Hijo mayor de 0 a 6 años
	Consolidación y apertura	Hijo mayor de 6 a 20 años
Dispersión	Desprendimiento	Inicia con la salida del hogar del primer hijo y termina con la salida del último
Final	Independencia	Cónyuges nuevamente solos hasta la jubilación o retiro
	Disolución	Hasta la muerte del cónyuge <sup>35</sup>

**Constitutiva.-** Es cuando la pareja deciden vivir juntos impeditamente de si viven con la familia de origen o no. Termina con el nacimiento del primer hijo. La fase preliminar constituye el noviazgo, es decir, donde se lleva a cabo la elección de pareja. Puede haber muchas causas para la unión de la pareja: atracción sentimental y sexual, deseo de independizarse de la familia, embarazo no planeado, temor a la soledad, etc. La pareja se enfrenta a la negociación de su relación con la familia del cónyuge. En la fase de recién casados la pareja debe de lograr mayor estabilidad personal y del matrimonio y una independencia progresiva de sus padres sin romper lazos familiares.

**Procreativa.-** Se inicia la expansión del grupo familiar ya sea por embarazo o adopción, incluyendo la crianza y desarrollo de los hijos en los primeros años. La pareja debe de adaptarse al embarazo para posteriormente modificar sus roles maritales para adaptarlos a la paternidad. En esta etapa también se da la fase de consolidación, la cual consiste en la apertura hacia el exterior por parte de los hijos. En esta etapa se da lo que se conoce como socialización secundaria, es decir, la relación de los hijos con los maestros, compañeros de clase, grupos de amigos, etc.

**Dispersión.-** Al llegar a esta etapa, los padres tienen que lidiar con la tarea de aceptar la diferenciación de roles de los hijos mayores, así como su paulatina separación de la familia. En esta etapa los límites familiares deben de ser más flexibles para permitir al adolescente o joven moverse dentro y fuera del sistema familiar. El desprendimiento ocurra cuando el hijo mayor sale de forma definitiva del hogar; esto se puede dar inclusive cuando la familia no ha terminado la etapa procreativa. Esta etapa finaliza con la salida de los últimos de los hijos y la pareja debe de adaptarse al final del período parental.

**Etapa familiar final.-** Con la salida de los hijos, la pareja debe de redefinir sus roles y deben de ser capaces de afrontar la fase del “nido vacío”. Esta etapa puede llevarlos a fortalecer aún más la relación o a simplemente llevarlos a una separación o a un intolerable relación. La primera fase de esta etapa constituye la de independencia, la cual inicia en el momento en que la pareja queda sola y debe de llevarse a cabo un ajuste final del rol del proveedor por jubilación o retiro. La segunda fase es la de disolución en donde la pareja debe de enfrentarse a la pérdida de sus habilidades, a la dependencia de otros y al fallecimiento del cónyuge, amigos y familiares.

#### 4.10.3 CICLO VITAL FAMILIAR DE DUVALL

ETAPA	DESCRIPCION
I	Comienzo de la familia (“nido sin usar”)
II	Familias con hijos (el hijo mayor hasta 30 meses)
III	Familias con hijos pre escolares (el hijo mayor entre 30 meses y 6 años)
IV	Familias con hijos escolares (hijo mayor entre 6 y 13 años)
V	Familias con adolescentes (hijo mayor entre 13 y 20 años)
VI	Familias como “plataforma de colocación” (desde que se va el primer hijo hace que lo hace el ultimo)
VII	Familias maduras (desde el “nido vacío” hasta la jubilación)
VIII	Familias ancianas (desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos esposos) <sup>35</sup>

**Primera etapa.-** Se caracteriza por la autonomía de la pareja de sus familias de origen, además de la imposición de límites de poder e intimidad.

**Segunda etapa.-** Se caracteriza por la llegada del primer hijo, la cual puede originar situaciones de estrés en la pareja.

**Tercera etapa.-** El hijo mayor se encuentra entre los dos años y medio (30 meses) y seis años de edad.

**Cuarta etapa.-** El hijo mayor se encuentra entre los 6 y 13 años de edad. Los hijos acuden a la escuela y contrastan su sistema familiar con el de sus amigos y compañeros.

**Quinta etapa.-** Hijo mayor entre 13 y 19 años. En esta etapa existe la necesidad de permitir mayor autonomía a los hijos, sobre todo a los más grandes.

**Sexta etapa.-** Hijo mayor con más de 20 años de edad. Se empiezan a formar familias colaterales al empezarse a casar los hijos, surgiendo lo que se llama “nido vacío”.

**Séptima etapa.-** Los padres se encuentran solos nuevamente, se enfrentan a la vejez y a la aparición o complicaciones de enfermedades crónicas. Disminuye el atractivo físico y la capacidad para laborar.

**Octava etapa.-** Los padres están en la tercera edad y pueden cursar por situaciones como angustia por la separación de los hijos, por el envejecimiento pronunciado y por la muerte. Tienen extrema necesidad de apoyo y afecto.

#### 4.10.4 CICLO VITAL FAMILIAR DE GEYMAN

Fase de matrimonio	Se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo
Fase de expansión	Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. como su nombre lo indica la familia se dilata, se “expande”
Fase de dispersión	Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.
Fase de independencia	Etapa en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen
Fase de retiro y muerte	Etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono. <sup>36</sup>

**Matrimonio.-** Inicia con la consolidación del vínculo matrimonial y concluye con la llegada del primer hijo a la familia. En esta etapa hay ajustes en la vida de pareja.

**Expansión.-** Es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Esto genera la necesidad de un adecuada organización o coordinación entre la pareja para atender las necesidades de los hijos sin descuidar la relación en el sistema conyugal.

**Dispersión.-** Se caracteriza porque todos los hijos asisten a la escuela y se presenta el camino para la próxima independencia de los hijos mayores, los cuales se encuentran en plena adolescencia. En esta etapa los padres deben de ajustar sus pensamientos a los de los jóvenes, lo cual puede generar conflictos.



**Independencia.-** Se caracteriza porque los hijos de la familia han formado nuevas familias. En esta etapa los lazos entre padres e hijos debe de fortalecerse ante el riesgo del distanciamiento que pueda surgir; esto sin olvidar el respeto hacia las nuevas familias que están formando los hijos.

**Retiro y muerte.-** Esta etapa se caracteriza por los sentimientos de incertidumbre y nostalgia. Se presentan situaciones difíciles de afrontar como la incapacidad de laborar, el desempleo, la falta de recursos y, en ocasiones, abandono por parte de los hijos.<sup>36</sup>

#### 4.10.5 CICLO VITAL SEGÚN BARRAGÁN

1.- Selección	Duración variable
2.- Transición y adaptación temprana	1er a 3er año de la unión.
3.- Reafirmación como pareja y paternidad	3ero al 8vo año
4.- Diferenciación y realización	8vo al 15vo año
5.- Estabilización	15vo al 30vo año
6.- Enfrentamiento a la vejez, soledad y muerte	30vo año en adelante. <sup>37</sup>

**Selección.-** Consiste en la selección de una persona para compartir el resto de la vida con ella. Esto se da por el enamoramiento y de forma voluntaria.

**Transición y adaptación temprana.-** Constituye la adaptación a la vida de pareja, a los cambios que implica la salida de la familia de origen y a la adaptación a las nuevas demandas, satisfacciones y hábitos del cónyuge.

**Reafirmación como pareja y paternidad.-** Es la etapa de la paternidad y es donde surgen serias dudas en relación a la adecuada selección del cónyuge. En consecuencia, la relación puede fortalecerse o debilitarse terminando en la separación. En esta etapa se pueden dar tres tipos de relaciones en el matrimonio:

- Relación simétrica.- Ambos esperan dar y recibir órdenes.
- Relación complementaria.- Un miembro es el que predomina como la autoridad mientras que el otro se somete.
- Relación paralela.- Es una combinación de las dos anteriores y que va a estar determinada por la circunstancia actual en la que se encuentre la pareja.

**Diferenciación y realización.-** Se consolida la estabilidad del matrimonio y la terminación de las dudas acerca de la selección del cónyuge. En esta etapa se diferencian 5 tipos de matrimonio:

- Matrimonio habituado al conflicto.- Hay controles rígidos, tensión y conflicto permanente.
- Matrimonio desvitalizado.- Hay expresiones aisladas de insatisfacción debida a actividades e intereses diferentes.
- Matrimonio que congenia en forma pasiva.- El matrimonio es placentero para ambos pero hay una interacción distante.
- Matrimonio con relación vital.- Los cónyuges trabajan juntos con entusiasmo, su relación es satisfactoria y comparten intereses en varios aspectos.

-Matrimonio total.- Es similar al anterior, pero los intereses se comparten en más aspectos. Todas las actividades son compartidas y uno indispensable para el otro.

**Estabilización.-** La pareja reorganiza sus prioridades para estabilizarse ambos y a la unión. Pueden resurgir dudas en relación a la selección del cónyuge y a raíz de esto pueden presentarse relaciones extramaritales con personas más jóvenes. Hay comparación de logros y aspiraciones entre los cónyuges.

**Enfrentamiento a la vejez, soledad y muerte.-** Se caracteriza por la vejez, la pérdida de capacidades físicas e intelectuales, la soledad, la partida de los hijos y la muerte gradual de parientes, amigos y cónyuge.<sup>37</sup>

La vida en familia proporciona el medio para la crianza de los hijos, es la influencia más temprana y duradera para el proceso de socialización y en buena medida determina las respuestas de sus integrantes entre sí y hacia la sociedad.<sup>38</sup>

#### **4.11 ESTRUCTURA Y FAMILIA.**

La estructura de una familia está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca, reiterativa y dinámica. En un intento de ahondar en estas interacciones especificaremos algunos parámetros.<sup>39</sup>

**a) Jerarquía:** Son los niveles de autoridad que se establecen dentro del sistema, que varían de acuerdo con la etapa del ciclo vital familiar, las características de personalidad de sus miembros, la dinámica de las relaciones conyugales, el orden de nacimiento, etcétera. Cada individuo pertenece a varios subsistemas y en ellos adopta diversos niveles de autoridad (por ejemplo, el subsistema madre hijo, la madre es la mayor jerarquía, esto cambia cuando está el padre). La adecuada distribución de la autoridad requiere de su correcta definición para cada contexto de la vida familiar, esto es reglas y autoridades claras y predecibles. En el caso de los hijos adolescentes es normal que traten de intervenir en las decisiones que les atañen (permisos, dinero, uso del coche, etcétera) ya que se encuentran en proceso de adquirir mayor autonomía; y si los padres son autoritarios, no estarán en disposición para negociar con sus hijos, desencadenando conflictos que afectarán todo el sistema.

En el desempeño de las funciones parentales se requiere el uso de cierta autoridad racional (¿lo que estoy solicitando yo lo aceptaría en una situación análoga?), a pesar de lo deseable de la democracia no existe autoridad sin líderes.

**b) Alianzas:** Se denominan así las asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o más integrantes de la familia; las más apropiadas son las que incluyen miembros de la misma generación o del mismo género. Cuando las alianzas son inadecuadas se llaman coaliciones. Los conflictos conyugales pueden invadir a los hijos y generarlas. Los tipos de acuerdo con S. Minuchin son:

1) triangulación, cada progenitor busca la alianza del hijo y lucha por ella, lo cual genera conflictos de lealtad en el adolescente y luchas intensas de poder;

2) coalición estable, el hijo está aliado con uno de los padres; hay dos variantes, en la primera el padre excluido continúa luchando por el apoyo del hijo, en la segunda se resigna;

3) desviación de ataque, el conflicto conyugal no resuelto se desvía en forma de agresiones al hijo, quien es definido como el adolescente problemático (chivo expiatorio).

4) desviación de apoyo, los padres intentan disminuir el estrés de su pobre relación de pareja y se “vuelcan” sobre el hijo que se convierte en motivo de unión (continuamos por él).

**c) Límites:** Hacen alusión a los aspectos de cercanía/ distancia entre las personas o los subsistemas.

Son fronteras, membranas imaginarias que regulan el contacto que se establece con los demás en términos de permisividad, dependencia emocional, derechos, autonomía, etcétera. Su función consiste en marcar una diferenciación y su clara definición es fundamental. En ocasiones, los límites individuales son difusos, la distancia psicológica entre los miembros escasa, frecuentemente unos responden por otros y se diría que forman una masa amorfa; este tipo de relación amalgamada genera problemas y el adolescente se siente ahogado, culpable, y no sale de su entorno familiar; en otras, los límites son tan marcados o rígidos que anulan la comunicación y forman relaciones desvinculadas, que mantienen al adolescente aislado. Ambos tipos de relación pueden existir en la misma familia.

**d) Roles:** Son conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas en otros miembros de la familia, equivalen a lo que se espera que haga un individuo en determinado contexto.

Para que el sistema familiar funcione se requiere que sean lo suficientemente complementarios, deben ser aceptados y actuados en común acuerdo, lo cual se da si cada miembro se ve a sí mismo como lo ven los demás y existe concordancia sobre lo que se espera de él. Dentro de la etapa de la adolescencia existe una constante redefinición de roles, que si no se elabora de manera conjunta puede generar muchos problemas. (por ejemplo, del niño al adulto, del obediente al rebelde, etcétera)

**e) Redes de apoyo:** La función básica de las redes de apoyo extrafamiliares consiste en las acciones de solidaridad que faciliten el cuidado y crianza de los hijos y compensen las deficiencias del sistema familiar. Están constituidas por miembros de la familia extensa, amigos y vecinos que puedan proporcionar ayuda. Dentro de nuestra sociedad trasciende su importancia en las familias pobres, donde las carencias se compensan mediante el intercambio recíproco de bienes, servicios y apoyo moral.

**f) Comunicación:** Para el correcto desempeño de los roles y la realización de las tareas propias de la vida de la familia, se requiere de la comprensión mutua; esto quiere decir que los mensajes intercambiados sean claros, directos y suficientes y que los receptores estén en disposición y apertura para evitar distorsiones. La comunicación es elemento indispensable para identificar y resolver los problemas, desafortunadamente durante la adolescencia se ve sumamente afectada.

**g) Flexibilidad:** Se encuentra íntimamente relacionada con la anterior y permea todas las facetas de la estructura familiar. Se requiere flexibilidad para respetar las diferencias individuales y facilitar la adaptación del sistema ante las demandas de cambio, tanto las internas (las propias del desarrollo y otras como enfermedades, muerte de algún miembro, etcétera) como las externas que se originan en modificaciones ambientales. Cuando el grado de flexibilidad es adecuado, la familia cuenta con un repertorio conductual suficiente para emplearlo en la solución de sus problemas. En caso opuesto, las demandas en cambio generan estrés, descompensación y formación de síntomas (problemas).<sup>40</sup>

La visión que los adolescentes guardan de sí mismos está ligada a la que tienen de sus familias.

Si la familia es percibida como una entidad positiva, se benefician de sentirse miembros de ella; en caso opuesto tienden a verse de manera negativa y con menor control sobre ellos mismos. Las diferencias propias de cada clase social y el contexto cultural son fundamentales dentro de la vida del adolescente. En gran medida, la capacidad para enfrentar las demandas y adaptarse a la vida se basa en los fundamentos psicológicos de las experiencias familiares tempranas.

En el contexto del adolescente, el grupo familiar entra en competencia con el grupo coetáneo, de donde obtiene pautas sobre valores, sexualidad, vestimenta, estilo de vida, política, diversiones y perspectivas de futuro. El joven demanda cada vez más de sus padres y los temas de autonomía y control deben renegociarse en todos los niveles.

Además, el contexto del núcleo familiar puede verse presionado por otra fuente de conflicto, los abuelos; éstos pueden imbuirse en la dinámica de los padres del adolescente por enfermedad o muerte y ser un elemento de estrés para los padres y el sistema que debe reorganizarse.

#### **4.12 ADOLESCENCIA.**

La adolescencia, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, es una etapa de cambio biológico, social y mental, una crisis personal en el desarrollo del ser humano que va de los 10 a los 19 años. Durante esta época, el adolescente se caracteriza por actitudes impulsivas, poco reflexivas, rebeldía e imprudencia; dadas por su poca experiencia y la búsqueda de una identidad.<sup>2</sup> Se sabe que la adolescencia se dará con riesgos mayores de los necesarios cuando se vive en condiciones poco favorables.<sup>41</sup>

La adolescencia, etapa trascendental en el desarrollo del individuo, constituye una de las épocas de mayor vulnerabilidad. El cumplimiento de esta etapa no depende sólo del joven y las características de su personalidad en consolidación, sino también, del equipamiento biológico y del ambiente social y cultural. En este último se incluyen el apoyo, la orientación y los recursos que ofrecen la familia y las instituciones educativas

Con la maduración y el efecto de los cambios hormonales, el o la adolescente tiende a experimentar variaciones en su estado de ánimo, más intensos que en otras edades, y que pueden producirse como respuesta a hechos que a otros pueden parecer insignificantes. Dicha relativa variabilidad de los estados de ánimo puede ser pasajera en algunos casos, y en otros, de duración más prolongada.

El protagonista vive un prolongado y difícil periodo de inestabilidad con intensos cambios externos e internos (por ejemplo, endocrinos, de imagen corporal, de valores, ambientales, etcétera) que dificultan su interacción familiar, escolar y social. El adolescente es muy sensible a la cultura, su desarrollo depende en gran medida de las normas que rigen su sociedad. Los principales cambios psicológicos propios de esta etapa son cuatro:

- Aumento de la agresividad.
- Aumento de la capacidad para el pensamiento abstracto.
- Intensificación de la imaginación y la fantasía.
- Intensificación del impulso erótico

Además, el adolescente debe cumplir con ciertas tareas psicológicas o procesos internos, que sólo se traducen en conducta observable al fracasar en su manejo, las tareas de acuerdo con la etapa (temprana, media, tardía) son:

Adolescencia temprana (12-14 años): la aceptación del cuerpo que crece y cambia, con los cambios en auto percepción de la imagen y la autoestima.

Por ejemplo, la menarca a menor edad de inicio implica mayor psicopatología.

Adolescencia intermedia (14-16 años), la separación psicológica de la familia, para lo cual las relaciones con “el grupo” de coetáneos marcan la pauta en la delimitación de la individualidad del sujeto.

Por ejemplo el uso y abuso de drogas y alcohol por “pertenecer” y ser aceptado por sus compañeros.

Adolescencia tardía (16-18 años), la adquisición de un sentido estable de la identidad, sobre todo en lo que se refiere a la sexualidad y la vocación. Por ejemplo la permanente búsqueda de carrera o la inestabilidad emocional.

Si el desarrollo del adolescente no progresa normalmente, resultarán dificultades en sus relaciones interpersonales familiares, escolares y sociales.

El concepto de normalidad psicológica en la adolescencia ha sido motivo de controversia. Hemos tendido a destacar los aspectos conflictivos de esta etapa y, si bien es cierto que uno de cada cinco adolescentes desarrolla alguna entidad nosológica diagnosticable desde la psicopatología contemporánea,

también lo es que el resto sigue diferentes rutas de desarrollo emocional; se han propuesto tres constelaciones dentro de la “normalidad”:<sup>42</sup>

**a) Grupo de crecimiento continuo:** Estos adolescentes poseen un ego (yo) fuerte, manejan adecuadamente sus demandas internas y externas y son capaces de posponer gratificaciones. Aceptan las normas culturales predominantes y mantienen relaciones con mutuo respeto y afecto con las generaciones adyacentes.

No presentan problemas serios en el manejo de reglas, autoridad, valores, ni conciencia moral, y desarrollan ideales importantes y realistas. Como mecanismos de afrontamiento ante las tensiones externas utilizan preponderantemente la negación y el aislamiento, lo que les permite menguar la intensidad del estímulo. No experimentan periodos prolongados de ansiedad o depresión. Lo más distintivo entre los miembros de este grupo es que se muestran felices con ellos mismos y con su lugar en la vida.

**Grupo de crecimiento agitado:** Este patrón es el más comúnmente seguido por los adolescentes normales. No manejan tan fácilmente el estrés inesperado como los del grupo anterior. Sus estrategias de afrontamiento son la proyección, el enojo y la depresión. Sus antecedentes ambientales y genéticos no se encuentran tan libres de problemas.

Con mayor frecuencia sus familias han sido afectadas por eventos estresantes, tales como separaciones, muertes o enfermedades graves. Las relaciones con sus padres están marcadas por conflictos de opiniones. Son menos introspectivos y menos orientados a la acción que los del primer grupo y típicamente tienden a suprimir o reprimir sus emociones.

**Grupo de crecimiento tumultuoso:** Aquí se ubican aquellos adolescentes cuyos conflictos internos se manifiestan en problemas de conducta en la escuela y en el hogar. En sus familias hay menos estabilidad que en la de los grupos previos, con problemas conyugales y quizás enfermedades mentales. El separarse de sus familias les genera conflictos. Muchos de ellos son sumamente sensibles e introspectivos, con gran conciencia de sus necesidades emocionales. Emplean demasiada energía para enfrentar los problemas cotidianos y les cuesta mucho tolerar las frustraciones. Dependen más de sus amigos y compañeros, tal vez debido a que reciben menos gratificaciones dentro de su núcleo familiar. Inician su vida sexual frecuentemente antes que los jóvenes de los grupos anteriores.

Los criterios de normalidad en la vida del adolescente incluyen, ausencia de psicopatología grave, dominio de las tareas previas del desarrollo, flexibilidad en los afectos y en el manejo de conflictos inevitables, buenas relaciones interpersonales y aceptación de valores y normas sociales.<sup>43</sup>

## **DIFICULTADES EN LAS RELACIONES FAMILIARES.**

Cuando los hijos llegan a la adolescencia los problemas familiares pueden centrarse en la diferenciación de roles y en asuntos relacionados con la

separación. Para los padres puede ser difícil desligarse de los hijos y establecer un nuevo equilibrio en el sistema conyugal. Las dificultades en la relación padres-hijos, pueden ocurrir principalmente alrededor de tres áreas: la autoridad, la sexualidad y los valores. La interacción entre el adolescente y sus padres frecuentemente se caracteriza por una pobre comunicación y una expresión afectiva negativa, que resultan en un manejo inadecuado de los recursos para el control de la conducta. Frecuentemente, los padres reaccionan ante sus hijos de manera consistente con los estereotipos que los adolescentes esperan; éstos van de ver al joven como un victimario (poderoso, violento, rudo, sexualmente agresivo) o como una víctima (pasivo, impotente, desprotegido, indefenso, incapaz). Los padres más jóvenes (menores de 38 años) tienden a percibir al adolescente, especialmente si es el primogénito de manera más negativa que los padres de mayor edad. Además, los padres ansiosos tienden a exigir pautas más elevadas para sus hijos.

Estos factores promueven las barreras de comunicación e invitan al adolescente a excluir a los adultos de su mundo volviéndose silenciosos o refugiándose con sus amigos. Los padres con dificultades para disminuir gradualmente su “autoridad paternal” pueden contribuir a un problema de adaptación en el adolescente.

Desgraciadamente muchos padres se muestran reticentes a dejar su rol protector y a permitir al adolescente adquirir autonomía por medio de la libertad y la responsabilidad, lo cual se convierte en un campo de conflicto, donde el adolescente se enfrenta de manera desorganizada y en muchas ocasiones autodestructiva a un autoritarismo sin concesiones. Como los padres evaden la confrontación directa, facilitan la expresión afectiva de rebeldía y desacuerdo en el adolescente por medio de conductas que “sí toleran”; por ejemplo, al adolescente que no puede salir con sus amigos a una fiesta, “se le tolera” que escuche la música a todo volumen o que rompa alguna cosa, en su cuarto, porque “así son ellos”.

La pobre habilidad de los padres para manejar la crianza en esta etapa al parecer se relaciona con un ambiente adulto que se muestra indiferente o/y hostil a las necesidades del adolescente. Dentro de esta atmósfera, los jóvenes muestran un mayor deseo de escapar o agredir y un mayor rechazo a los valores de los padres, como el rendimiento escolar y un descuido de los atributos personales esperados para ellos. Lo anterior provoca un mayor enojo y hostilidad en los padres, que empeora aún más la situación. En contraste, los padres que manejan adecuadamente la relación se caracterizan por mantener una comunicación directa y honesta, el interés franco por ayudar a resolver problemas, y el deseo de mantener un contacto emocional cercano; los adolescentes en este medio familiar son respetados en espacio, tiempo y privacidad y en los intereses que persiguen.

Los adolescentes de manera abierta o encubierta utilizan las conductas de rebelión para:

- 1) probar los límites,
- 2) buscar autonomía y capacidad,
- 3) separarse de los parámetros y estándares parentales y

4) desarrollar un sistema de valores independiente.

Según Erikson, el adolescente desarrolla su propia identidad por medio de asimilar sus experiencias pasadas y aplicarlas a las situaciones nuevas. Este autor considera que las oscilaciones en el afecto, las conductas impulsivas y la “marginación” social son el resultado de la dispersión del rol que acompaña esta forma de “probar” el mundo. A diferencia del adulto, el adolescente debe involucrarse en estos “excesos” porque no posee otro mecanismo para asimilarlos del exterior y ponerlos en orden.

Algunos adolescentes permanecen relativamente libres de afecto negativo y rebeldía sin efectos nocivos. El nivel de afecto negativo y rebeldía es más una medida del monto de fuerza que se requiere para superar por parte del adolescente los lazos que le atan a sus padres y separarse de ellos, que una verdadera hostilidad para con sus progenitores.

El joven busca la individuación; sin embargo, sus recursos son limitados y en un proceso sin comunicación salen lastimados.

La rebeldía también puede manifestarse en la escuela al desobedecer reglas o disminuir el rendimiento escolar; sin embargo, el ambiente escolar en la secundaria cambia mucho y las exigencias de la preparatoria son aún mayores.

Esto provoca confusión y miedo en el adolescente que percibe el aumento de demandas sobre de él, si a ello le agregamos que el grupo de coetáneos le puede rechazar sólo por ser diferente. El conflicto de los padres con el adolescente por lo regular se desarrolla cuando el adolescente luce “desmotivado” o preocupado más por los aspectos sociales que por los académicos, por eso es de capital importancia determinar adecuadamente la naturaleza de la problemática escolar, que suele ser un punto de fricción frecuente.

La adolescencia es un periodo de exploración de la sexualidad recientemente descubierta, por lo que son comunes los conflictos acerca de los valores sexuales y su expresión. Existe una clara y franca dificultad de los padres para discutir abierta y francamente las cuestiones sexuales, los padres temen una confrontación negativa con sus hijos; como resultado, muchos adolescentes desconocen las actitudes de sus padres hacia los asuntos sexuales. La comunicación juega un papel primordial, y una buena relación entre padres e hijos se ve coronada por una acertada toma de decisiones en lo que respecta a los tópicos sexuales.

En este aspecto, la información no basta; es indispensable la cercanía emocional y sobre todo la libertad para que se desarrolle la confianza.

Los adolescentes tienen muchas dudas y angustia alrededor de su sexualidad en desarrollo. Cada adolescente debe tomar decisiones con respecto a la expresión sexual, que va desde la supresión total, hasta la máxima promiscuidad. La actividad sexual indiscriminada puede ser un indicador de un pobre autoconcepto y/o sentimientos de minusvalía.



De la misma manera, las conductas de actuación sexual (acting outs) pueden ser un elemento de venganza contra los padres o de atraer y retener amigos. Por desgracia, los adolescentes "creen", por aspectos que se relacionan con su desarrollo cognoscitivo y emocional, ser invulnerables y entonces su riesgo de enfermedad sexual (el SIDA es la tercera causa de muerte en adolescentes) y de embarazo es muy eleva.<sup>43</sup>

#### 4.13 DEPRESIÓN.

Numerosos textos antiguos contienen descripciones de lo que hoy conocemos como trastornos del estado de ánimo. La historia del rey Saúl en el Viejo Testamento y la del suicidio de Ajax en la Iliada de Homero describen síndromes depresivos. Aproximadamente en el 400 a.C., Hipócrates utilizó los términos de "manía" y "melancolía" para describir trastornos mentales. Cerca del año 30 d.C. el médico romano Aulus Cornelius Celsus describió el concepto de melancolía utilizado por los griegos (melan [negra] y cholé [bilis]) en su texto De medicina, como una depresión causada por la bilis negra. El término continuó siendo utilizado por otros autores médicos, como Areteo (120-180), Galeno (129-199) y Alejandro de Tralles en el siglo VI. El médico y filósofo judío Moisés Maimónides en el siglo XII consideró a la melancolía como una entidad clínica discreta. En 1686 Bonet describió una enfermedad mental a la que llamó maniaco-melancholicus.<sup>44</sup>

En 1854 Jules Falret llamó folie circulaire, a una patología en la que el paciente experimentaba de forma cíclica estados depresivos y maníacos. En 1882, el psiquiatra alemán Karl Kahlbaum, mediante el término ciclotimia, describió la manía y la depresión como fases de una misma enfermedad.

En 1899, Kraepelin, basándose en trabajos previos de diversos psiquiatras franceses y alemanes, definió una psicosis maníaco-depresiva con la mayoría de los criterios que los psiquiatras utilizan actualmente para diagnosticar el trastorno bipolar I. La ausencia de una evolución que llevara al deterioro y a la demencia diferenciaba la psicosis maníaco depresiva de la demencia precoz (tal como se denominaba entonces a la esquizofrenia). Kraepelin también describió una forma de depresión denominada melancolía involutiva y que se ha considerado desde entonces una forma de trastorno del estado de ánimo de inicio tardío; el trastorno empieza tras la menopausia en las mujeres y en los últimos años de la edad adulta en los hombres."

Ya en años más recientes el trastorno depresivo mayor fue descrito en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) y actualmente en el DSM-IV en el que se especifica que los dos principales trastornos de este grupo son el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar.<sup>44</sup>

##### 4.13.1 Definición

La depresión se trata de un trastorno psíquico, habitualmente recurrente, que causa una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo (tristeza) a menudo acompañado de ansiedad, en el que pueden darse, además, otros síntomas psíquicos de inhibición, sensación de vacío y desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño (insomnio tardío) agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio, etc. así como síntomas somáticos diversos.

En casos severos, puede llevar al suicidio. Se pierden casi un millón de vidas al año por suicidio, lo cual se traduce como 3000 suicidios por día. Por cada suicida, hay 20 o más que intentan terminar con su vida (OMS,2012).<sup>45</sup>

Las dos clasificaciones más ampliamente aceptadas por la comunidad médica y científica internacional son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el DSM-IV

De acuerdo con el CIE-10 un episodio depresivo típico se caracteriza, tanto en los casos leves como moderados o graves, porque: "el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deteriora la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas "somáticos", tales como la pérdida de interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas".<sup>45</sup>

#### **4.13.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA DEPRESIÓN-CIE 10.**

En los episodios depresivos típicos, por lo general, el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil.
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos de sueño.
- g) La pérdida de apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

. De acuerdo con la clasificación que plantea el DSM-IV "los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos, trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Los trastornos bipolares implican la presencia de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia de episodios depresivos mayores.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

El trastorno distímico se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo o con síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria.

La característica básica del episodio depresivo mayor es un período de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o

ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

El grado de incapacidad asociado a un episodio depresivo mayor es variable, pero hasta en los casos más leves ha de haber un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Si la incapacidad es grave, el sujeto puede perder su capacidad para relacionarse o trabajar. En casos extremos el sujeto puede ser incapaz de cuidar de sí mismo o de mantener una mínima higiene personal.

Es esencial una buena entrevista clínica para descubrir los síntomas de un episodio depresivo mayor. La información puede verse comprometida por los problemas de concentración, el deterioro mnésico o la tendencia a negar, quitar importancia o justificar los síntomas. La información de otras fuentes puede ser especialmente relevante para clarificar el curso de los episodios depresivos mayores actuales o pasados y para valorar si ha habido episodios maníacos o hipomaníacos. La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando se presentan en un sujeto que tiene además una enfermedad médica (cáncer, accidentes vasculares cerebrales, infarto de miocardio, diabetes). Algunos de los criterios de un episodio depresivo mayor son idénticos a los síntomas y signos característicos de las enfermedades médicas. Este tipo de síntomas se deben atribuir a un episodio depresivo mayor, excepto cuando son clara y completamente atribuibles a una enfermedad médica.

Por definición, un episodio depresivo mayor no es debido a los efectos fisiológicos directos de las drogas, a los efectos secundarios de los medicamentos o a la exposición a tóxicos. Asimismo, el episodio no es debido a los efectos fisiológicos directos de ninguna enfermedad médica. Además, si los síntomas empiezan antes de transcurrir dos meses de la pérdida de un ser querido y no persisten más allá de estos dos meses, generalmente se consideran resultado de un duelo, a menos que estén asociados a un deterioro funcional importante o incluyan preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.<sup>45</sup>

#### **4.13.3 LOS CRITERIOS PARA USO ESPECÍFICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, PARTIENDO DEL D.S.M. IV, SON LOS SIGUIENTES.**

1.- Estado de ánimo deprimido:

Se requiere que esté presente, sea objetiva o subjetivamente la mayor parte del día y casi todos los días. En las y los adolescentes deprimidos, el estado de ánimo se puede describir como un sentimiento inespecífico como sentirse malo, malhumorado, e irritable, y no necesariamente triste. En las niñas y los

niños puede ser un estado de ánimo irritable. El estado de ánimo y el afecto parecieran ser más influenciados por el medio ambiente en adolescentes que en adultos(as).

#### 2.- Anhedonia:

Se define como el interés o el placer disminuido en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del tiempo. En las y los adolescentes, la anhedonia se manifiesta por la deserción de actividades usuales, tales como el deporte y las actividades recreativas, así como en el cambio de relaciones interpersonales con sus pares. Es muy frecuente que las y los adolescentes sean capaces de decir que antes disfrutaban de ciertas actividades específicas, pero no lo logran hacerlo ahora. Una anhedonia total es muy difícil encontrar en un adolescente, pero sí reportan con frecuencia el cambio de intereses y de placer. En relación a la interacción social, las y los adolescentes pueden no aislarse socialmente, pero pueden cambiar los grupos de amigos(as) a grupos menos aceptados por las madres y los padres.

3.- Pérdida o ganancia de peso: Cambios en el apetito y el peso son reportados menos frecuentemente en adolescentes que en adultos(as), y puede confundirse con los cambios evolutivos alrededor de la pubertad. Muchos adolescentes y sus madres y padres desconocen que el aumento de peso debe ir en conjunto con el aumento de la estatura. En las niñas y los niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4.- Insomnio o hipersomnio .Para entender los cambios en los patrones de sueño de las y los adolescentes, es importante conocer sobre los patrones de sueño de las y los adolescentes normales. Estos tienden a dormir menos de lo necesario durante la semana, y duermen más de la cuenta durante los fines de semana.

Se ha comprobado que este tipo de patrón de sueño puede disminuir su rendimiento cognitivo. El insomnio medial y terminal son poco frecuentes en adolescentes, aunque el insomnio inicial y problemas para despertarse se reportan con frecuencia.

5- Agitación o retardo psicomotor: Este síntoma requiere ser valorado por otras personas, no sólo un sentimiento subjetivo del o la joven. En ellas y ellos, esta información es difícil de obtener si uno no conoce al o la adolescente en su estado no depresivo, y si la madre o el padre tiene dificultad para atribuir el cambio a algo más que ser algo normal.

#### 6.- Fatiga o pérdida de energía:

Las y los adolescentes pueden confundir la fatiga y la pérdida de energía con otros síntomas de depresión y con sueño. Debe establecerse una diferencia entre la "pereza" de realizar los quehaceres domésticos vs. las actividades placenteras, y no se deben confundir entre sí la fatiga con la pérdida de energía. La fatiga es un síntoma subjetivo de sentirse cansado o teniendo baja energía la mayor parte del tiempo, aún con suficiente sueño. Una queja constante de las y los adolescentes es "estoy aburrido", que incluye a ambos o a cualquiera de los dos.

7.- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día (no los simples auto-reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo). Las y los adolescentes frecuentemente externalizan sus sentimientos con expresiones como que los tienen de encargo.

8.- Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, o indecisión, casi cada día. Este es uno de los medidas más confiables de la depresión en adolescentes por su habilidad para hacer preguntas sobre el rendimiento escolar, cuando el paciente no es capaz de reportar lentificación de su pensamiento, cavilaciones o síntomas semejantes. Las clases proveen un espacio finito de tiempo en el cual hacer la tarea. Una o un adolescente quien previamente era capaz de terminar su trabajo durante el período de clase permitido, cuando está deprimido(a), es incapaz de completar los trabajos, llevándolo a aumentar las tareas a llevar a casa por el trabajo incompleto de la clase. Puede durar horas largas haciendo una tarea con resultados mínimos. Sus notas pueden reflejar una caída.

9.- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. Como en las y los adultos, si se les pregunta, directamente admiten los deseos de morirse y articulan planes e ideación suicida específicas. El peligro en las y los adolescentes es que su relativamente reciente adquisición del pensamiento abstracto tiende a llevarlos a percibir como una mayor catástrofe lo que un adulto o adulta llame un evento menor. Más difícil para evaluar en adolescente es la preocupación con la muerte y los temas mórbidos. Algunas madres y padres pueden mostrar preocupación con la música y el arte relacionado con temas de muerte, pero también otros lo pueden considerar propio de adolescentes.

El diagnóstico de depresión mayor requiere de al menos 5 de estos síntomas presentes durante el mismo período de dos semanas, con al menos uno de los síntomas sea humor depresivo o pérdida de interés o placer. El primer fracaso al diagnosticar la depresión en las y los adolescentes es la falla en directamente entrevistar a las y los adolescentes sobre la presencia o ausencia de tales síntomas específicos y la tendencia de tomar el valor externo de las racionalizaciones superficiales para los síntomas.<sup>46</sup>

Para algunos autores, los síntomas de la depresión en el adolescente son: aburrimiento, fatiga, nerviosismo, falta de concentración, llamadas de atención, conducta sexual anárquica, hipocondría y agresividad,<sup>47</sup> sin embargo, se centra más en trastornos del comportamiento: desobediencias, faltas injustificadas a clase, cólera, fugas injustificadas, auto destructividad, tendencias masoquistas y predisposición a los accidentes, conceptos (agresividad, problemas escolares e inestabilidad) que ya citaba Bakwin, H. en 1956. De todos modos, existe un infra diagnóstico de la depresión en la adolescencia, debido a la interpretación de la variabilidad de los estados de ánimo como cambios hormonales propios de esta etapa.<sup>47</sup>

Durante este período de la vida hay muchas interrogantes, pocas respuestas y desconcierto ante los cambios en general, tal hecho provoca en ciertos

adolescentes malestar emocional, como la sintomatología depresiva, que surge como resultado del propio proceso de la adolescencia.

A este respecto Conger (1980), considera que la depresión en los adolescentes suele manifestarse de una manera distinta a la que se encuentra entre los adultos que la padecen. Los adolescentes pueden mostrarse renuentes a expresar abiertamente sus sentimientos, de manera que la depresión en los adolescentes puede tomar una de las siguientes dos formas: el adolescente puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío, más no es que carezca de sentimientos, sino que no puede manejar o expresar los que ahora tiene. El segundo tipo de depresión, se basa en las repetidas experiencias de derrota o fracaso, este tipo de depresión se acentúa ante la pérdida de una relación querida.

Diversos autores coinciden en señalar que entre las causas implicadas en esta enfermedad contribuyen circunstancias socioeconómicas y políticas que dan lugar a que en la población haya altos índices de desempleo, violencia, pobreza e incertidumbre laboral, con pocas expectativas ocupacionales, lo que genera inseguridad, alto consumo de alcohol y otro tipo de adicciones, con repercusiones sociales, laborales, académicas que conducen a numerosas personas a padecer depresión.

La autoestima ha sido repetidamente señalada en la literatura como un factor predisponente al desarrollo de la depresión Nieger y Hopkins (1988), por ejemplo, señalaron que uno de los mejores predictores de la depresión en adolescentes es su baja autoestima, la cual se asocia con actitudes autopunitivas y altamente críticas.

Se han ofrecido diversas explicaciones de esta relación entre autoestima y depresión; sin embargo, y a pesar de estar bien documentada, existe aún controversia en cuanto a la cualidad de la interdependencia entre estas dos variables; y más aún en el medio latinoamericano, en el cual los investigadores sociales están dando cada vez más importancia a la identificación de los factores socioculturales en los problemas particulares inherentes al niño y al adolescente, que constituyen una población mayoritaria.

Las mujeres adolescentes tienden a presentar tasas de depresión más altas que los hombres de su edad.<sup>47</sup> uno de los elementos que podría relacionarse con las diferencias encontradas entre hombres y mujeres en relación a las tasas de depresión que presentan es que las mujeres adolescentes cuentan con un número más limitado de medios socialmente aceptados para canalizar los impulsos agresivos y sexuales (que juegan un papel importante en el desarrollo de la depresión), como serían las relaciones sexuales premaritales, el uso de alcohol y otras sustancias y la conducta agresiva. Estas observaciones concuerdan con los hallazgos donde encontraron que en los hombres adolescentes, el establecimiento de expectativas personales rígidas y extremadamente perfeccionistas, correlacionó positivamente con el abuso de alcohol y drogas, mientras que en las mujeres correlacionó con síntomas depresivos.<sup>47</sup>

Una consecuencia de las diferencias en los procesos de socialización entre géneros es que a los hombres adolescentes se les brinda más libertad de explorarse a ellos mismos y a su mundo circundante, reforzando en ellos su curiosidad e independencia, mientras que a las mujeres se les tiende a circunscribir a las esferas personales y sociales que los adultos deciden y se encargan de supervisar y no en base a sus preferencias personales. Cabe pensar que como consecuencia de estas diferencias, los hombres adolescentes tienen más libertad de aprender a través del ensayo y error sin sentirse fracasados o extremadamente culpables al cometer un error, mientras que las exigencias sociales hacia la mujer adolescente son más altas e inflexibles, lo que puede afectarle directa y negativamente, favoreciendo el desarrollo de un cuadro depresivo. Como resultado de este proceso, las mujeres adolescentes no llegan a desarrollar los atributos de asertividad, iniciativa, habilidad y destreza personal al mismo nivel que los hombres adolescentes

#### **4.13.4 ETIOLOGÍA Y GENÉTICA DE LA DEPRESIÓN.**

En la depresión mayor se consideran tres tipos de factores etiopatogénicos: genéticos, los biológicos y los sociales

##### **Genéticos**

Los datos indican que un factor genético está implicado claramente en el desarrollo de los trastornos del estado de ánimo, pero el patrón de transmisión genética sigue mecanismos complejos. No sólo resulta imposible excluir los efectos psicosociales, no genéticos los cuales, probablemente desempeñan un papel causal de estos trastornos, al menos en algunas personas. El componente genético desempeña un papel más importante en la transmisión del trastorno bipolar I que en la del trastorno depresivo mayor.

Los estudios familiares han confirmado de manera repetida que los familiares de primer grado de los pacientes con un trastorno bipolar I tienen una probabilidad de sufrir este trastorno entre 8 y 18 veces superior a la de los familiares de primer grado de sujetos control y de 2 a 10 veces más de padecer un trastorno depresivo mayor. Estos estudios también han encontrado que la probabilidad de que los familiares de primer grado de sujetos con un trastorno depresivo mayor padezcan un trastorno bipolar I es de 1.5 a 2.5 veces superior a la de los familiares de primer grado de sujetos control y es de dos hasta tres veces más probable que sufran un trastorno depresivo mayor. También han señalado que la probabilidad de sufrir trastornos del estado de ánimo decrece a medida que se aleja el grado de parentesco. La heredabilidad del trastorno bipolar también ha sido corroborada por el hecho de que el 50% de los pacientes con este trastorno tienen por lo menos un familiar con un trastorno del estado de ánimo, generalmente un trastorno depresivo mayor. Si uno de los padres sufre un trastorno bipolar I, existe una probabilidad del 25% de que alguno de los hijos sufra un trastorno del estado de ánimo; si ambos padres padecen un trastorno bipolar I, existe una probabilidad del 50 al 75% de que su hijo desarrolle un trastorno un trastorno del estado de ánimo.

Los estudios con gemelos han mostrado que la tasa de concordancia entre gemelos monocigóticos para el trastorno bipolar I oscila entre el 33% y el 90%,



dependiendo de cada estudio en particular; para el trastorno depresivo mayor, la concordancia entre gemelos monicigóticos es aproximadamente de un 50%. En contraste, la concordancia entre gemelos dicigóticos oscila entre el 5% y el 25% para el trastorno bipolar I y entre el 10% y el 25% para el trastorno depresivo mayor.

### **FACTORES BIOLÓGICOS:**

Se ha demostrado que en personas deprimidas aparece una disminución de monoaminas biógenas como la serotonina, noradrenalina y dopamina a nivel del sistema nervioso central; además de alteraciones neuroendocrinas, modificaciones neuroanatómicas y desarreglos de interacción entre los sistemas inmune y neuroendocrino.

#### La Hipótesis de las Aminas Biógenas

Se fundamenta en la observación de que la reserpina, alcaloide usado en el tratamiento de la hipertensión en los años 50, producía síntomas depresivos en un 15% de los pacientes tratados. Este efecto se asoció con una disminución de la serotonina, noradrenalina y dopamina en el cerebro por inhibición de la captación del transmisor a través de las vesículas sinápticas en la célula presináptica.<sup>48</sup>

Para comprender con mayor facilidad la importancia de la observación anterior, es necesario definir la serotonina, su origen y metabolismo.

La serotonina o 5 Hidroxitriptamina (5HT) es una amina biógena que se aisló por primera vez en sangre periférica y posteriormente en el sistema nervioso central<sup>49</sup>. Las neuronas que contienen serotonina han sido localizadas, por procedimientos histoquímicos fluorescentes y por técnicas autoradiográficas, a nivel del tallo encefálico, principalmente en aquellas ubicadas en los núcleos del rafe. Sus axones se proyectan hacia varias regiones y de forma notable, hacia la corteza cerebral. La serotonina se produce en el sistema nervioso central y en la periferia: médula suprarrenal, intestino, plaquetas y también en linfocitos, como se ha demostrado recientemente. Presenta diversidad de funciones en los sistemas nerviosos central y periférico. Este neurotransmisor se sintetiza a partir del L-Triptófano, aminoácido esencial que se adquiere fundamentalmente en la dieta y se encuentra en alimentos como el jamón, la carne, las anchoas, los quesos maduros, los huevos y las almendras. La disponibilidad de este aminoácido a nivel sérico se asocia con la síntesis de serotonina en neuronas del tallo encefálico<sup>50</sup>. Durante su biosíntesis, el Triptófano, por acción de la enzima triptófano (Try) hidroxilasa, se transforma en 5-Hidroxitriptófano y luego éste, por acción de la 5- hidroxitriptófano (5-HTP) descarboxilasa, se transforma en serotonina, la cual es almacenada en vesículas presinápticas o metabolizada en ácido 5-Hidroxitriptacético (5-HIAA) por acción de la monoaminoxidasa mitocondrial de neuronas ubicadas en los núcleos del rafe del tallo encefálico<sup>50</sup>.

#### **Neurotoxicidad.**

Se ha postulado que el trauma temprano produce neurotoxicidad en el hipocampo, lo que lleva a pérdida neuronal. La pérdida neuronal hipocámpica se ha reportado en roedores y en primates no humanos criados en condiciones de privación, comparados con sus pares normalmente criados. Asimismo, la administración directa de glucocorticoides a dosis que se aproximaban a los niveles inducidos por estrés, resultó en similar atrofia neuronal en el hipocampo, aunque otros investigadores encontraron resultados discrepante. A destacar, estudios clínicos han sugerido una reducción en el volumen del hipocampo en adultos con historia de abuso infanti.<sup>51</sup>

### **Alteraciones neuroanatómicas de la depresión.**

Se ha propuesto un modelo neuroanatómico que comprende la corteza prefrontal, el complejo amígdala-hipocámpico, el tálamo, los ganglios basales y las abundantes conexiones de estas estructuras. Se piensa que los dos principales circuitos neuroanatómicos involucrados en la regulación de la afectividad son: el circuito límbico-talámico-cortical, que incluye la amígdala, los núcleos dorsales del tálamo, y la corteza prefrontal tanto la medial como la ventrolateral; así como el circuito límbico-estriado-palidotalámico-cortical. De acuerdo con este modelo las alteraciones de la afectividad podrían ser el resultado de disfunción o anomalías en diferentes partes de estos circuitos.

Se han reportado anomalías estructurales en ganglios basales, lóbulo frontal, lóbulo temporal y cerebelo, en estudios controlados hechos en pacientes con desórdenes afectivos.

El hallazgo en neuro imagen funcional más consistente ha sido la disfunción de la corteza prefrontal, como lo sugiere la disminución en el flujo sanguíneo y en el metabolismo de la glucosa en esta área. También se sugieren anomalías en los ganglios basales, el lóbulo temporal y estructuras límbicas relacionadas.

La depresión parece estar caracterizada por disfunción primaria en la corteza prefrontal y los ganglios basales.<sup>51</sup>

### **Psicosociales**

Una observación clínica clásica, reiteradamente confirmada, indica que los acontecimientos estresantes preceden con más frecuencia a los primeros episodios de trastornos del estado de ánimo que a los episodios posteriores. Esta asociación se ha puesto de manifiesto tanto en el trastorno depresivo mayor como en el trastorno bipolar I. Una de las teorías propuestas para explicar esta observación es que el estrés que acompaña al primer episodio produce cambios a largo plazo en la biología cerebral. Estos cambios de larga duración pueden producir variaciones en el funcionamiento de diferentes neurotransmisores y sistemas de señales intraneuronales y una disminución exagerada de conexiones sinápticas. Como consecuencia, la persona resulta más vulnerable para sufrir episodios posteriores de trastornos del estado de ánimo, incluso sin factores estresantes externos.

Algunos clínicos están convencidos de que los acontecimientos vitales desempeñan un papel esencial o primario en la depresión; otros sugieren que estos acontecimientos tienen sólo un papel relativo en el inicio y en la

temporalización del trastorno. Los datos más convincentes indican que el acontecimiento vital más frecuentemente asociado al desarrollo posterior de una depresión es la pérdida de uno de los progenitores antes de los 11 años. El factor estresante ambiental más relacionado con el inicio de un episodio depresivo es la pérdida del cónyuge.

Algunos artículos teóricos y numerosos casos individuales se han interesado por la relación entre el funcionamiento familiar y el inicio y curso de los trastornos del estado de ánimo, en particular el trastorno depresivo mayor. Algunos trabajos indican que la psicopatología observada en la familia cuando un paciente diagnosticado es sometido a tratamiento, tiende a permanecer tras la recuperación del paciente. Además, el grado de psicopatología en la familia puede afectar a la tasa de mejoría, las recaídas y la adaptación tras la recuperación del paciente. Los datos clínicos recalcan la importancia de evaluar la vida familiar del paciente e identificar los posibles factores estresantes relacionados con el entorno familiar.<sup>52</sup>

Una depresión importante no tratada se resuelve en forma espontánea en el 40% de los casos en un lapso de 6 a 12 meses. Aproximadamente en el 20% de los casos, la resolución no es completa y los síntomas subclínicos pueden subsistir durante años. Otro elemento importante que debe ser tomado en cuenta son las probabilidades acumuladas de recurrencia (PAR) después de la recuperación de un episodio de depresión mayor unipolar

### **Comorbilidad**

De acuerdo al DSM-IV el trastorno depresivo mayor puede asociarse a enfermedades médicas crónicas. Hasta un 20-25% de los sujetos con determinadas enfermedades médicas (por ejemplo, diabetes, infarto de miocardio, carcinomas, accidentes vasculares cerebrales) presentarán un trastorno depresivo mayor a lo largo del curso de su enfermedad médica. Si hay un trastorno depresivo mayor, el tratamiento de la enfermedad médica es más complejo y el pronóstico, menos favorable.

Se observan síntomas depresivos significativos hasta en el 36% de todos los pacientes clínicamente enfermos. Aquellos que sufren demencia, diabetes, afección cardíaca e insuficiencia renal, presentan tasas especialmente altas de depresión comórbida. Además, la depresión puede conducir a una importante morbilidad psicosocial con un menor funcionamiento en roles ocupacionales.

La depresión está asociada con un aumento en la morbilidad de casi todas las enfermedades fisiológicas, incluyendo las enfermedades cardiovasculares y los problemas respiratorios así como a un incremento en el índice de muerte repentina por una causa cardiovascular.<sup>46</sup>

### **Suicidio**

La ideación suicida y los intentos suicidas son comunes entre las personas que padecen depresión. Uno de cada ocho intentos suicidas es fatal y alrededor del 3% de las personas que han intentado suicidarse, eventualmente lo logran.

Debido a que la ideación suicida es una característica común de la depresión, es importante evaluar el potencial suicida de cada paciente. La presencia de factores de riesgo epidemiológicos puede proporcionar valiosas pistas que permitan su prevención.

En México, se ha encontrado que el grupo de 15-19 años es el que presenta una tasa mayor de suicidios, siendo para los hombres la tasa de suicidio consumado mayor que la de intento de suicidio: 2.71 vs. 0.10. En las mujeres también se observa el mismo fenómeno, sin embargo los varones presentan las tasas más altas de suicidio consumado en comparación con las mujeres, mientras que éstas presentan una tasa mayor de intento de suicidio. La enfermedad médica concurrente es el principal factor de riesgo de suicidio. Alrededor del 70% de los suicidios ocurre en pacientes con una historia de enfermedad crónica, por ejemplo, las tasas suicidas en personas con SIDA, son de 21 a 36 veces más que en la población general. La depresión, acompañada de mal estado de salud, puede ser el motivo de que el 25% de todos los suicidios que ocurren en ancianos, mismos que constituyen el 10% de la población; el abuso de psicotrópicos, así como el dolor crónico o la incapacidad pueden aumentar el riesgo de suicidio.<sup>47</sup>

La desesperanza es otro factor de riesgo. Cuando el futuro parece no poder mejorar un presente doloroso, la fuga mediante la muerte se vuelve atractiva. Otros factores significativos de riesgo son: sexo masculino, raza blanca, presencia de síntomas psicóticos, aislamiento social, historial de intentos suicidas, abuso constante de alcohol y plan suicida con los medios para llevarlo a cabo.

La depresión persistente con sentimientos acentuados de autodevaluación y pesimismo, está asociada con un incremento en el número de suicidios y en los intentos de suicidio. Se estima que entre el 60% y el 80% de los suicidios están relacionados con la depresión.<sup>46</sup>

Actualmente se reconoce que los trastornos depresivos tienen una alta tasa de recurrencia y que cada nuevo episodio conlleva nuevos riesgos de deterioro psicosocial y de suicidio.<sup>46</sup>

## **Adicciones**

La dependencia del alcohol a menudo coexiste con los trastornos del ánimo. Tanto los pacientes con un trastorno depresivo mayor como los que sufren un trastorno bipolar I es probable que cumplan los criterios del trastorno relacionado con el consumo de alcohol. Los datos a nuestro alcance indican que la dependencia del alcohol en las mujeres está más asociada a una depresión coexistente que en el caso de los hombres. Por el contrario, los datos familiares y genéticos referentes a los hombres que presentan un trastorno del ánimo además de un trastorno por dependencia del alcohol señalan que es probable que sufran dos procesos patológicos, genéticamente distintos.<sup>46</sup>

Trastornos relacionados con el uso de otras sustancias. Los trastornos relacionados con el uso de sustancias también se asocian con frecuencia a los trastornos del estado de ánimo. En cualquier paciente el abuso de sustancias puede haber precipitado un episodio de la enfermedad, o por el contrario, el consumo de estas sustancias puede responder a los intentos del paciente de tratar su propia enfermedad. Los pacientes maníacos raramente utilizan sedantes para reducir su euforia; los pacientes deprimidos a menudo utilizan estimulantes, como la cocaína o las anfetaminas, para aliviar su depresión.<sup>47</sup>

#### 4.13.5 TRATAMIENTO

##### Psicoterapia

La psicoterapia de la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia incluye un diverso número de enfoques, que se diferencian en aspectos como su base teórica, tipo de actividades e implementación de estas, duración y frecuencia del tratamiento o implicación de terceras personas en la terapia. Existe evidencia de eficacia de diferentes intervenciones psicoterapéuticas en este grupo de edad, en especial de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia interpersonal para adolescentes.

#### USO Y UTILIDAD DE LOS ANTIDEPRESIVOS EN EL SIGLO XXI

La depresión es ya también un problema de salud pública y aún cuando existen varias alternativas farmacológicas en el mercado para su tratamiento, las cifras de remisión de son muy bajas, De tal manera, la remisión está ligada a resultados óptimos, menores recaídas y recurrencias, bajos costos, mayor productividad, menores índices de suicidio y de discapacidad,<sup>53</sup>

Actualmente existen antidepresivos, cuya historia comienza con la demostración de que la iproniacida incrementaba las monoaminas cerebrales Teniendo en cuenta las afinidades con sus receptores, los 24 antidepresivos disponibles para el tratamiento de la depresión pueden ser clasificados en 7 categorías

<b>A. Inhibidores De La Recapura De Noradrenalina</b>		
1	<b>Selectivos noradrenérgicos</b>	<b>Maprotilina Nomifensín Amoxapina Reboxetina Amineptine (*) Bupropión (*)</b>
2	<b>Preferentemente noradrenérgicos</b>	<b>Desipramina Viloxazina</b>
<b>B. Inhibidores De La Recaptura De Serotonina</b>		
3	<b>Selectivos</b>	<b>Fluvoxamina</b>

	<b>serotoninérgicos globales</b>	<b>Fluoxetina Paroxetina Sertralina Citalopram Escitalopram (53)</b>
4	<b>Selectivos serotoninérgicos con bloqueo de los receptores 5HT2 y 5HT3</b>	<b>¿En investigación?</b>
5	<b>Preferentemente serotoninérgicos</b>	<b>Clorimipramina</b>
<b>C. Inhibidores De La Recaptura De Serotonina Y Noradrenali na</b>		
	<b>Serotoninérgicos &amp; Noradrenérgicos</b>	<b>Imipramina Amitriptilina Nortriptilina Doxepína Venlafaxina Milnaciprán Duloxetina</b>
<b>D. Antidepresivos Atipicos</b>		
	<b>Inhibidores de los Auto-receptores Noradrenérgicos &amp; Serotoninérgicos</b>	<b>Mirtazapina Mianserina</b>

*(\*) También activan la función de dopamina mediante el bloqueo de su recaptación.<sup>53</sup>*

Genérico	Dosis Inicial	Dosis Óptima	Dosis Máxima
Venlafaxima XR	75 mg /día	75-150 mg / día	225 mg /día
Duloxetina	30 mg	50 mg / qd	60 mg qd
<b>ISRS</b>			
Citalopram	10 mg/ día	20 mg / día	40 mg / día
Escitalopram	10 mg/ día	10 mg/ día	20 mg / día
Fluxetina	10 mg/ día	20 mg / día	40-60 mg / día
Paroxetina	12.5 mg / día	25 mg / día	37.5-50 mg / día
Sertralina	25 mg / día	100 mg / día	150-200 mg / día
<b>Misceláneas</b>			
Mirtazapina	15 mg / día	30 mg / día	45 mg / día
<b>ATC</b>			
Amitriptilina	25 mg 1 a 3 / día	100 mg 1 a	150-300 mg 1 a

Doxepina	25 mg 1 a 3 / día	100 mg 1 a	150-300 mg 1 a
Imipramina	25 mg 1 a 3 / día	100 mg 1 a	150-300 mg 1 a (53)

**antidepresivos tricíclicos** (imipramina, clomipramina, amitriptilina) , *no se recomienda su empleo* en la infancia en la actualidad, al no haberse demostrado una eficacia superior al placebo en ensayos clínicos controlados y poseer, por contra, una capacidad de producir efectos adversos importantes, debido a su cardiotoxicidad, lo que los hace especialmente peligrosos en el caso de un intento de suicidio <sup>54</sup>

Las restricciones alimentarias ineludibles, las interacciones medicamentosas arriesgadas y la ausencia de ensayos clínicos con grandes muestras que apoyen su eficacia, *desaconsejan* asimismo la prescripción de los **inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs)** en niños y adolescentes.

Los antidepresivos mejor estudiados en esta población son los **ISRSs**. De entre ellos, la fluoxetina ha probado su eficacia frente a placebo en tres ensayos clínicos doble-ciego, aleatorizados y controlados <sup>54</sup> .

En el “*Treatment of Adolescent Depression Study (TADS)*” la presentó además frente a otros procedimientos terapéuticos no farmacológicos como la terapia cognitivo-conductual, si bien la combinación de fluoxetina con esta última demostró su superioridad sobre cada una de ellas por separado <sup>54</sup> .

Otros ISRSs cuya eficacia se ha probado en al menos un ensayo doble-ciego, aleatorizado y controlado son: citalopram, sertralina y paroxetina, si bien se ha vinculado a este último con una mayor emergencia de pensamientos suicidas en la adolescencia.

La AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) recomienda que los pediatras y los psiquiatras realicen un **estrecho seguimiento** de los niños que han empezado un tratamiento con antidepresivos para la detección temprana de pensamientos y conductas autolíticas.

Se considera una población vulnerable, en este sentido, a los menores con antecedentes familiares de trastornos afectivos y de suicidio, así como a aquellos con alteraciones graves de conducta e impulsividad y a los que proceden de un medio social degradado.

La propia AACAP señala como “*signos de alarma*” a tener en cuenta por parte de los padres, familiares y cuidadores de los niños en tratamiento con antidepresivos a los siguientes:

- Aparición de ideas de suicidio en el menor (o aumento de su frecuencia si ya existían antes del tratamiento)
- Conducta autodestructiva
- Ansiedad persistente, agitación, agresividad, insomnio o irritabilidad
- Inquietud psicomotriz
- Euforia
- Verborrea
- Aparición de planes o metas fuera de la realidad

Un estudio de casos y controles realizado por Olfson y col <sup>16</sup> encontró que el tratamiento con antidepresivos parecía tener relación con intentos previos o

suicidios consumados en niños y adolescentes gravemente deprimidos, pero no así en el caso de los adultos.

Asimismo, los estudios toxicológicos tampoco apoyan la asociación entre tratamientos con ISRSs y suicidio.

Por lo que a la eficacia de los nuevos antidepresivos se refiere, es decir, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina-noradrenalina (ISRS-Ns) –venlafaxina, duloxetina– no se dispone de estudios rigurosos que la confirmen, por lo que no se recomienda su empleo (al menos de primera elección) en la depresión pediátrica. Otro tanto podría decirse de sustancias como la nefazodona, la mirtazapina, la mianserina, etc

Finalmente, un estudio piloto controlado, doble-ciego, con ácidos grasos omega-3 en la depresión prepuberal permite considerar con atención su posible utilidad terapéutica en los trastornos afectivos infantiles en un futuro

El antidepresivo de *elección* es la *fluoxetina* (tanto la FDA y el NIC como la Agencia Europea del Medicamento<sup>53</sup> recomiendan este principio activo por ser el que mejores resultados de eficacia seguridad ha obtenido en ensayos clínicos controlados). La sertralina y el citalopram se consideran de segunda elección.

La técnica de tratamiento es como sigue: se comienza con 5-10 mg/día de fluoxetina, administrada en el desayuno o el almuerzo, y se va aumentando en la misma proporción cada 2 semanas hasta encontrar la dosis de respuesta del paciente, excepto si se presentan efectos adversos que aconsejen la retirada del fármaco.

La FDA sugiere una revisión clínica semanal del mismo, al menos durante las 4 primeras semanas de tratamiento antidepresivo.

Establecer un procedimiento de intervención inmediata si surge ideación autolítica. Dada la carga emocional que supone esta patología para los pacientes, las familias y la comunidad, la observación de estas medidas de fácil aplicación debería ser tenida en cuenta no sólo por psiquiatras y psicólogos, sino por pediatras, médicos de familia, personal de enfermería y todos aquellos profesionales que puedan contribuir a la detección temprana del trastorno.

#### **4.13.6 EPIDEMIOLOGIA.**

Los trastornos mentales se consideran un problema de salud en casi todo el mundo; se calcula que para el año 2020 la depresión ocupará el segundo lugar como padecimiento incapacitante

El estudio de la OMS, comparativo entre países, encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las de los hombres, y que la asociación entre depresión y sexo no varía entre países de acuerdo con el ingreso.

Las cohortes femeninas más jóvenes mostraron menores puntajes de tradicionalidad en cuanto a roles de género y las nuevas generaciones tuvieron menor riesgo de depresión<sup>54</sup>

1.- Además, se considera que 20% de los niños y adolescentes en el planeta sufre alguna enfermedad mental. En particular, los síntomas depresivos y la



depresión durante la adolescencia se han convertido en problemas de una magnitud notoria.

2.- Lo que genera una genuina preocupación en el sector salud dado su efecto presente y las consecuencias posteriores en la salud de los individuos

Según datos aportados por la OMS la prevalencia alcanza el 8% en las personas jóvenes y cerca de 100.000.000 de personas padecen depresión en algún momento de sus vidas por año, pero solo un pequeño porcentaje es diagnosticado, ya sea por falta de capacitación sanitaria o por desconocimiento de los síntomas. El 80% de los pacientes con patologías crónicas sufren depresión en algún momento.

En los jóvenes se asocia con altos grados de disfunción social, bajo rendimiento académico, abuso de sustancias, casos de intentos de suicidio y suicidios consumados.<sup>54</sup>

En México, una de cada 10 personas que acuden a los servicios públicos de salud cursa con depresión y entre los adolescentes es mayor la probabilidad de padecer la depresión debido a que se encuentran en una etapa de cambios somáticos, fisiológicos, psicológicos y psicosociales, definiendo a su vez su sentido de identidad, autonomía, con escasas expectativas de éxito personal y social cuando en su país no ven posibilidades de superación.

México es un país de población joven con una media de edad de 22 años en la cual el 34% de la población es menor de 15 años según el censo del 2007<sup>55</sup>

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que 8.4% de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV), un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años. Edades tempranas de inicio implican muchos años de sufrimiento y interrupciones en diferentes ámbitos de la vida como la educación, el empleo y el escoger la pareja.<sup>54</sup>

A La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes identificó que 7.2% de los jóvenes de la Ciudad de México, que tienen entre 12 y 17 años, sufrieron un trastorno depresivo en el último año, con prácticamente la mitad de los casos (54.7%) calificados como «graves».<sup>54</sup>

Aunque por mucho tiempo se consideraba que la depresión no existía en niños y que era normativa en la adolescencia, en los últimos 30 años se empezó a reconocer la depresión mayor como un trastorno que también padecen los niños y adolescentes. Puesto que México es un país de población joven, con una edad mediana de 22 años, y que 34% de la población es menor a 15 años, según el censo del año 2007 el estudio de la depresión que se inicia en la infancia o adolescencia es relevante.<sup>54</sup>

## 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El trastorno depresivo en la adolescencia se ha convertido en una de las líneas de mayor importancia a nivel internacional este padecimiento comparte muchas características con la depresión en los adultos.

Así se ha visto que prepuberalmente la depresión se presenta en mujeres y hombres en relación de 1:1 y durante la adolescencia cambia a 2:1 algunos autores piensan que se debe a la liberación hormonal.<sup>47</sup>

Otro tipo de variables, que interfieren en la depresión son la disfunción familiar, baja autoestima, trastorno de déficit de atención no atendido, y el abuso de sustancias.

Debido a la gran cantidad de cambios y procesos que ocurren durante la adolescencia, ésta se convierte en una etapa de vida en la que puede aumentar la exposición a situaciones que resultan difíciles de afrontar para los individuos y, en consecuencia, se vuelven fuentes de estrés; por ello es conveniente analizarla de manera cuidadosa para distinguir entre las expresiones afectivas, cognitivas, somáticas y conductuales atribuibles al periodo y las que pueden relacionarse con un malestar y que tendría consecuencias en la salud emocional a corto y mediano plazos.

A pesar del cúmulo de investigaciones existentes, no hay acuerdo, por la falta de datos concluyentes, sobre el cuadro clínico específico de la depresión en la adolescencia.

La escuela o las situaciones escolares insatisfactorias, es uno de los agentes más relacionados con depresiones en la adolescencia; sin embargo, los estudios al respecto son escasos. Los trabajos que tratan la relación entre depresión y rechazo escolar se centran mayoritariamente en si deben considerarse síndromes o síntomas. El fracaso escolar o los problemas de aprendizaje suele configurar casi siempre el cuadro sintomatológico depresivo.

Tomando en consideración los factores de riesgo antes mencionados y sabiendo que la depresión no tratada de manera oportuna y eficaz en el adolescente puede volverse crónica o ser el inicio de otras comorbilidades como la drogadicción o incluso llevarlo al suicidio, la bibliografía internacional señala que la familia en esta etapa del ciclo vital que no cumple sus funciones en forma adecuada puede llevar a sus miembros a la depresión.

Ante esta problemática es necesario conocer:

¿Qué relación existe entre la disfunción familiar y la depresión que presentan los adolescentes derechohabientes del hospital regional Nezahualcoyotl?

## 6. JUSTIFICACION.

En los últimos años se ha asistido a un importante aumento de la prevalencia de la depresión a nivel mundial y, de forma paralela, a una disminución de su edad de comienzo, de modo que se ha convertido, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en un importante problema de salud pública que afecta a unos 120 millones de personas, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos. Además, una de cada cinco personas llegará a desarrollar un trastorno depresivo a lo largo de la vida, proporción que aumentará si concurren otros factores, como enfermedades médicas o situaciones de estrés. Por este motivo, y según algunas estimaciones, la depresión pasará a convertirse en el año 2020 en la segunda causa de discapacidad.<sup>56</sup>

La Encuesta Mundial de Salud Mental determinó que, en el caso específico de México, las personas que padecieron algún trastorno de salud mental en el último año perdieron en promedio 27 días productivos si el trastorno fue grave y alrededor de siete si la gravedad fue moderada

En la pirámide poblacional del Estado de México se identifica mayor concentración en los grupos de adolescentes y una disminución de la población en los grupos de 25 a 29 años y 30 a 34 años. Al analizar los porcentajes por edad y sexo se obtiene una población relativamente joven, casi la mitad (48.9%) de la actual tiene menos de 25 años. Asimismo 18.3% son niños menores de nueve años (8.4% en el grupo de 0 a 4 años y 9.9% en el grupo de 5 a 9 años); 21.2% son adolescentes entre 10 y 19 años (10.9% en el grupo de 10 a 14 años y 10.3% en el grupo de 15 a 19 años) y 60.5% de la población es población adulta con 20 años o más.

La prevalencia de depresión mayor se ha estimado del 1,8% en niños de 9 años, del 2,3% en adolescentes de 13 y 14 años y del 3,4% en jóvenes de 18 años.<sup>57</sup>

Los trastornos depresivos afectan a personas de cualquier edad, condición económica, nivel educativo o cultural y suponen un gran costo para el individuo, la familia, el sistema sanitario y la comunidad en general. Si bien existen múltiples estudios sobre prevalencia, diagnóstico y tratamiento de la depresión en la edad adulta, son escasos los realizados entre la población infantil y adolescente.

En la consulta de del Hospital regional Nezahualcoyotl actualmente se están presentando casos de depresión en adolescentes con una aproximación de 1 caso por mes el cual se ha detectado en consultorio pero considerando que

son 8 consultorios por ambos turnos bien vale la pena realizar un estudio que nos ayude detectar a tiempo este tipo de enfermedad ya que actualmente diferentes estudios en niños y adolescentes con trastorno depresivo mayor y distimia sugieren un riesgo elevado de episodios depresivos recurrentes vinculados con suicidios y otros comportamientos autodestructivos que inician en esta etapa y pueden prolongarse hasta la edad adulta.

## **7. HIPOTESIS**

Los estudios epidemiológicos descriptivos no requieren el planteamiento de hipótesis previas, puesto que el objetivo de los mismos es la descripción de la frecuencia de un trastorno, sea éste psíquico o físico, en una población en un momento dado y la distribución del mismo en torno a variables personales, de tiempo y lugar.

## **8. OBJETIVOS**

### **8.1 GENERAL:**

El objetivo de este estudio es conocer la frecuencia de depresión en adolescentes y su relación con las alteraciones de la funcionalidad familiar.

### **8.2 ESPECIFICOS.**

#### **1-DIMENSIÓN INDIVIDUAL**

- \* Identificar cuáles son los motivos de los adolescentes para sufrir depresión.
- \* Analizar el impacto de la depresión sobre la vida en los adolescentes.

#### **2.-DINAMICA FAMILIAR.**

- \* Analizar o identificar las familias disfuncionales.
- \* Describir si la familia influye en el estado emocional del paciente.
- \* Analizar el impacto de la familia sobre el adolescente.

#### **3.-DIMENSION SOCIAL.**

- \* Analizar el impacto del afecto sobre el adolescente.
- \* Analizar el impacto de los amigos sobre los adolescentes.

## **9. METODOLOGÍA**

### **9.1 TIPO DE ESTUDIO.**

Se realizó un estudio Observacional prospectivo descriptivo de corte transversal ya que la obtención de los datos se realizará una sola vez en la unidad de análisis, se utilizará un instrumento de recolección de información, con aplicación única a cada sujeto de investigación con el interés de determinar la repercusión que ejerce la disfunción familiar sobre la conducta de los adolescentes que se presentan a la consulta externa del hospital regional Nezahualcóyotl.

## **9.2 UNIVERSO DE ESTUDIO.**

El universo incluye a todos los adolescentes entre 14 y 18 años de edad que se presentaron a la consulta externa del consultorio 4 del turno vespertino del hospital regional Netzahualcóyotl en el periodo de enero a abril del 2012.

## **9.3 CRITERIOS DE SELECCION**

### **9.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION.**

Los adolescentes entre 14 y 18 años de edad que se presentaron a la consulta externa del consultorio 4 del turno vespertino del hospital regional Netzahualcóyotl en el periodo del 1 enero al 30 abril del 2012.

Adolescentes que quisieran participar en el estudio con consentimiento informado por escrito.

Adolescentes que supieran leer y escribir

Adolescentes que llenaron completamente el cuestionario.

### **9.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION.**

Adolescentes que no esten dentro del rangode edad de l4 a l8 años.

Adolescentes que no pertenezcan al consultorio 4 del turno vespertino

Adolescentes que no se presentaron en el período de enero a abril del 2012

Adolescentes que no llenaran su consentimiento informado por escrito

Adolescentes que no supieran leer y escribir

Adolescentes con una patologia psiquiatrica ya diagnosticada.

Adolescentes que no deseen participar en el estudio.

### **9.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.**

Adolescentes que no llenen completamente el cuestionario.

#### 9.4 INFORMACIÓN A RECOLECTAR

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN	UNIDAD DE MEDICION	CLASIFICACIÓN	FUENTE
Edad	cuantitativa	tiempo que ha vivido una persona	intervalo	14-18 AÑOS	cedula
Sexo	cualitativa	órganos sexuales.	dicotomica	Masculino Femenino	cedula
Apgar	cualitativa	instrumento de evaluación de funcionalidad familiar	nominal	altamente disfuncional.  moderada disfuncion.  funcional	cedula
Depresión	CUALITATIVA	conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva	Nominal	Trastorno depresivo mayor.  Trastorno distímico.  Trastorno ciclotímico.  Trastorno afectivo estacional.  Depresión bipolar	cedula

#### 9.5 MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Se realizó un trabajo de investigación, dirigido a obtener información acerca de la relación que existe entre la disfunción familiar y la depresión en los adolescentes que acuden a la consulta del Hospital Regional Nezahualcoyotl ISSEMyM, se solicitó autorización para la realización de la investigación a la dirección de la unidad del hospital regional ISSEMyM Nezahualcoyotl, fue realizado durante el periodo comprendido del 01 de enero al 30 de abril del 2012, se aplicaron dos escalas a la muestra de la población de adolescentes y que para fines del presente estudio fue de un total de 100 pacientes. La población debió cumplir con los criterios de inclusión establecidos para dicha investigación.

En el área correspondiente a la consulta externa, durante el periodo establecido para la realización de la investigación, durante la jornada laboral de lunes a viernes, en un horario de 8:00 a 20:00 hrs., se identificaron a cada uno de los pacientes adolescentes. Después de la selección de pacientes se les abordó en la sala de espera antes de ingresar a su cita médica y se les invitó a participar en el estudio, se les brindó la información correspondiente en relación a la investigación, haciéndose mención del carácter confidencial y que los datos recabados serían utilizados únicamente para fines de la investigación. Los pacientes que aceptaron se les informó completamente sobre las características del estudio así como de su participación. Después de recabar por escrito su consentimiento informado (Anexo 1) se procedió a realizar un interrogatorio directo por parte del investigador.

Se aplicó los instrumentos específicos para evaluar el grado de disfunción familiar y depresión para poder cumplir con los objetivos generales y específicos planteados para la presente investigación. El instrumento para recolectar la información que se aplicó al paciente adolescente, escala de Birleson

Instrumento autoaplicable tipo Likert que consta de 18 reactivos, obteniendo  
– Adolescentes sin depresión.

Adolescentes con depresión.<sup>58</sup>

Para valorar funcionalidad familiar utilizamos Apgar familiar

El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado.<sup>59</sup>  
(Anexo 2)

Una vez recolectada la información y aplicados los instrumentos en su totalidad, se procedió a realizar la evaluación de dichos instrumentos para la cual se utilizó una ficha en donde se clasificaron las respuestas como familia **altamente disfuncional, moderada disfuncion. funcional** se realizó la evaluación individual en la que se clasificó adolescentes con depresión y sin depresión (Anexo 3)

## **9.6 ANALISIS ESTADISTICO.**

La información obtenida de la aplicación del instrumento se tabuló y se procesó de manera gradual en hojas del programa Excel, identificándose cada una de las variables del test. Se realizó el cálculo de datos estadísticos descriptivos, se obtuvieron frecuencias y porcentajes, se elaboraron gráficas y tablas para la presentación de resultados con estadística descriptiva.

La presentación de los resultados estuvo integrada por 2 elementos:

1. Descripción analítica de los hallazgos más sobresalientes.
2. Figuras en las que se incluyó material gráfico como lo son gráficas que permitieron precisar los conceptos expresados en el texto.

## **9.7 CONSIDERACIONES ETICAS**

### **9.7.1. DECLARACIÓN DE HELSINKI (VI)**

#### **RECOMENDACIONES PARA GUIAR A LOS MÉDICOS EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS.**

Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29a Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y enmendada por las Asambleas Médicas Mundiales 35a (Venecia, 1983), 41a (Hong Kong, 1989), 48a. Sommerset West / África del Sur (1996) y 52a. Edimburgo / Escocia (2000).

#### **A. Introducción**

- a) La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.



- b) El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
- c) 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 actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente".
- d) El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.
- e) En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
- f) El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.
- g) En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.
- h) 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 vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los

que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.

- i) Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

#### **B.- Principios básicos para toda investigación médica**

- a) En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.
- b) 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.
- c) Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.
- d) El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que ese comité independiente debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental. 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. El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.

- e) El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.
- f) La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
- g) Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.
- h) Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender 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.
- i) 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 el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.

- j)** La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.
- k)** Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.
- l)** Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.
- m)** En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsible e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.
- n)** Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si conciente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.
- o)** Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el

investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.

- p) Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.
- q) La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física/mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.
- r) Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos 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 cualquier posible conflicto 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 investigación médica se combina con la atención médica**

- s) 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. Cuando la investigación médica se combina con la atención médica, las normas adicionales se aplican para proteger a los pacientes que participan en la investigación.
- t) Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de todo procedimiento nuevo deben ser evaluados mediante su comparación con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles. Ello no excluye que pueda usarse un placebo o ningún tratamiento, en estudios para los que no se dispone de procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados.
- u) Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio deben tener la certeza de que contarán con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles, identificados por el estudio.
- v) 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 nunca debe perturbar la relación médico-paciente.
- w) Cuando los métodos preventivos, diagnósticos o terapéuticos disponibles han resultado ineficaces en la atención de un enfermo, el médico, con el consentimiento informado del paciente, puede permitirse usar procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos nuevos o no probados, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales medidas deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia.

### **9.7.2. LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y FARMACOLÓGICA**

La **Investigación Farmacológica** terapéutica tiene como objetivo fundamental: determinar los efectos que tiene una droga determinada sobre seres humanos,

tanto a nivel individual como colectivo. En el caso de Protocolos de Investigación clínica y farmacológica deben considerarse las siguientes Normas:

1. Los resultados de la investigación deben beneficiar a los sujetos que participan en ella y evitar el riesgo.
2. Si existen beneficios deben ser aplicables a otros sujetos, a la comunidad o al conocimiento de la ciencia.
3. En los protocolos deberán especificarse claramente los riesgos y los beneficios, estableciendo un valor aceptable para la relación riesgo/beneficio.
4. El investigador debe conocer las implicaciones éticas del estudio, tanto en los medios utilizados, como en los objetivos finales y que estos sean descritos claramente en el protocolo de investigación.
5. Proteger al máximo a los sujetos de estudio para evitar daño físico, psicológico o social, invasión a su privacidad o garantía de la confidencialidad de su participación.
6. Garantizar al sujeto participante su derecho a decidir entrar al estudio; seguir en éste o retirarse cuando lo considere, libre y voluntariamente, para lo cual deberá llenar la carta de consentimiento informado previa explicación y comprensión de los posibles riesgos del estudio.
7. Se deberá guardar un cuidado especial y evitar el abuso en estudios con fetos, niños, pacientes con trastornos mentales o que por su condición estén inducidos a aceptar, prisioneros, estudiantes y empleados que puedan inducirse, personas ignorantes, extranjeros y mujeres.
8. Es indispensable confirmar que los proyectos de investigación sean trascendentes y estén correctamente estructurados, de acuerdo con los modelos de protocolo de investigación.
9. Es necesario que los protocolos sigan los procedimientos de revisión, dictamen y aprobación, de acuerdo con el Manual de Procedimiento de la Unidad Departamental de Investigación.
10. Los protocolos de investigación que vayan a recibir financiamiento de alguna institución diferente al ISSEMYM, ya sea nacional o extranjera,

deberán indicar el nombre de la(s) institución(es) que aportara (n) el financiamiento.

11. Cuando el origen de la investigación es externo al ISSEMYM, el investigador responsable en la Institución, deberá presentar el trabajo Estandarizado de Protocolo de Investigación, con especial cuidado de justificar el estudio en nuestro medio y población de atención. Además del protocolo de investigación original elaborado por el financiador y el formato para revisión, aprobación y registro con los datos requisitados hasta las firmas de valoración de la unidad en que se propone desarrollar.
12. En todas las investigaciones que refieran participación externa es definir las aportaciones, créditos y obligaciones de las partes involucradas, por cual ninguna investigación de este tipo puede realizarse sin aprobación del Cuerpo Colegiado central correspondiente y el acuerdo del titular de la DEI.
13. En propuesta interna el protocolo de investigación es generado por personal del ISSEMYM, quien lo presenta a su Comité Local a través del Jefe de Enseñanza e Investigación o equivalente para revisión y valoración. En caso de aceptarse se presenta con las firmas correspondientes a la Comisión de Ética, Bioseguridad e Investigación, que dictamina sobre su aprobación para registro y supervisión por parte de la Unidad Departamental de Investigación hasta su término.

## **9.8 INSTRUMENTOS DE MEDICION**

La información para la investigación se obtuvo de los pacientes adolescentes que acuden a la consulta externa del hospital regional Nezahualcoyotl.

### **9.8.1 ESCALA DE BIRLESON**

La Depression Self-Rating Scale (DSRS por sus siglas en inglés) consta de 18 reactivos, 10 de ellos redactados en forma positiva y 8 en forma negativa. Su autor, Peter Birleson, parte de un concepto operacional de la depresión infantil para la elaboración de este instrumento al incluir los síntomas afectivos, cognitivos y somáticos



de la depresión. Originalmente, la DSRS está diseñada para evaluar la presencia y severidad de sintomatología depresiva en niños de 7 a 13 años, sin embargo, estudios posteriores han demostrado su utilidad y validez en población adolescente.

En México, De la Peña y cols. (1996) realizan un estudio para demostrar la validez de constructo y criterio externo de este instrumento en población adolescente (entre 13 y 19 años de edad). La muestra estuvo comprendida por 349 adolescentes divididos en dos grupos: 138 sujetos que comprendían la población clínica y 211 que comprendían la población abierta. Para la población clínica se utilizó como estándar de oro una entrevista semiestructurada diseñada para esta investigación y basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV

Instrumento autoaplicable tipo Likert que consta de 18 reactivos que pueden tener una calificación de 0 a 2, siendo 36 la máxima.

Diez de los 18 reactivos (1, 5 a 9, 11 a 13, 16) se califican de 0 a 2 (0 siempre, 1 a veces, 2 nunca) y ocho (2 a 4, 10, 14 a 15, 17 a 18), de 2 a 0 (2 siempre, 1 a veces, 0 nunca). y como prueba diagnóstica tiene una sensibilidad de 87 % y una especificidad de 74 %

– *Adolescentes sin depresión*: puntuaciones de 0 a 13

– *Adolescentes con depresión*: puntuaciones de 14 a 36

*Función familiar*: capacidad del sistema familia para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.<sup>58</sup>

### 9.8.2 APGAR FAMILIAR

El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas.

Con este instrumento los integrantes del equipo de atención integral pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario.

Se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. Así ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y fácil aplicación, particularmente cuando el nivel de escolaridad del paciente permite la autoadministración.

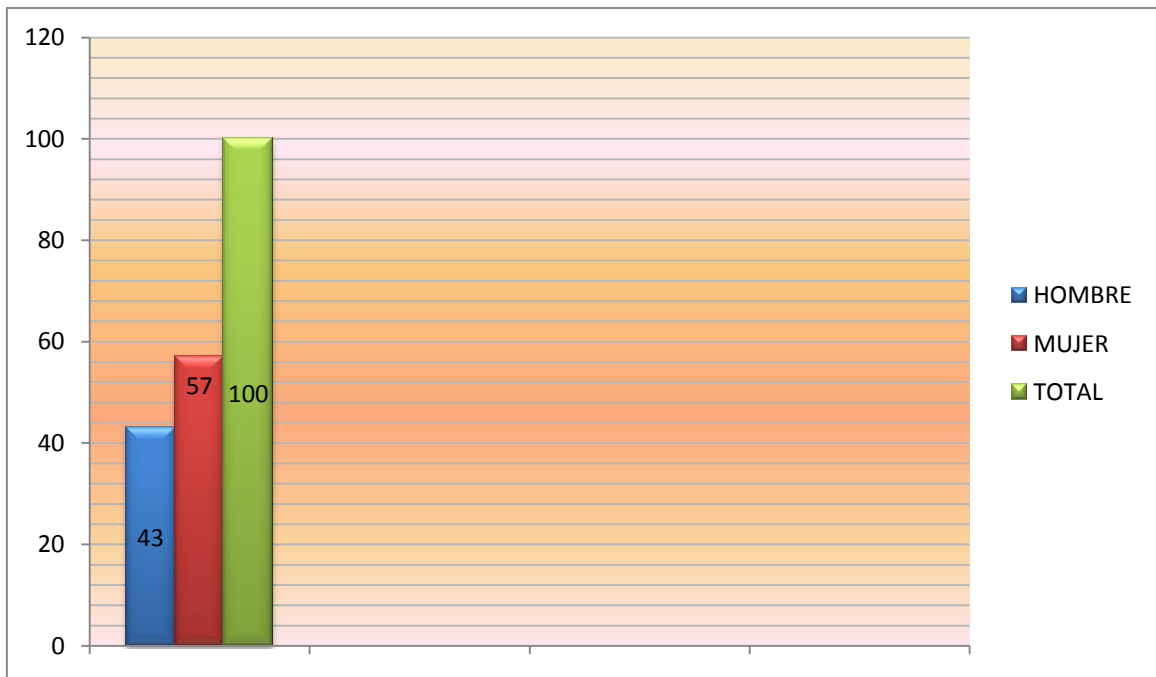
El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia, consideradas las más importantes por el autor.

Un atractivo adicional de esta escala es que también 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. Ello permite al profesional de salud asimilar mejor los contenidos propuestos, recordando mejor la función familiar a la que cada pregunta del test hace referencia.<sup>59</sup>

## **10.RESULTADOS.**

Se realizo un estudio Observacional, Prospectivo, Descriptivo de diseño transversal, que incluyó a un total de 100 pacientes, los cuales cumplieron con todos los criterios de inclusión establecidos para la investigación

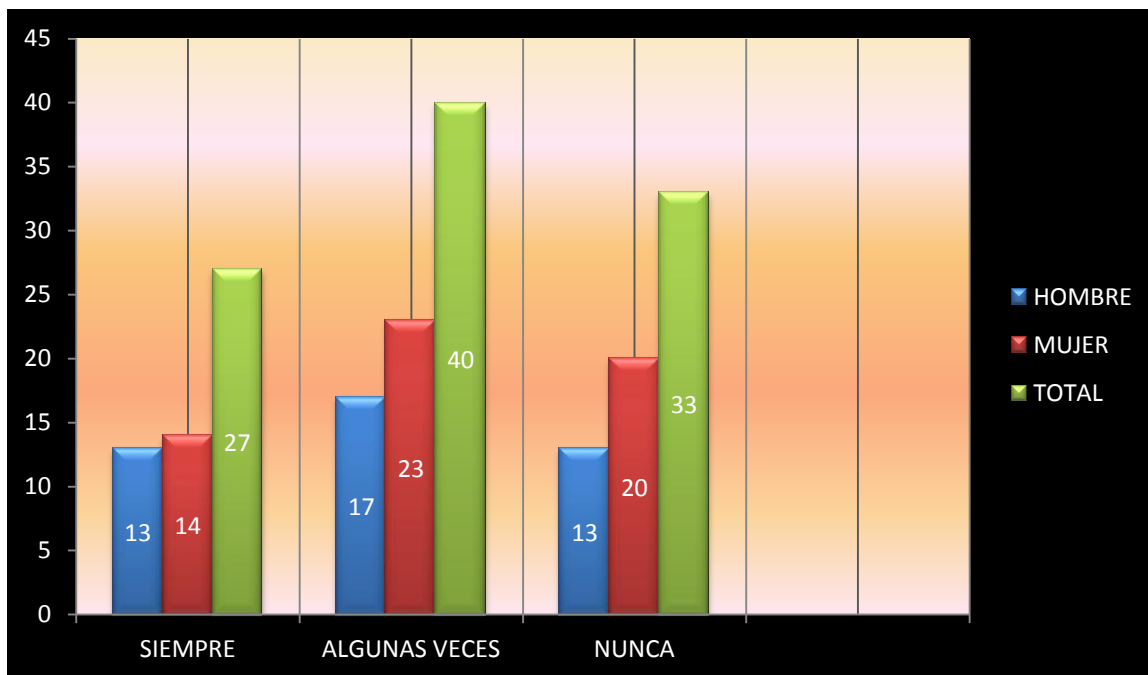
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES SEGÚN SEXO.



FUENTE: Cuestionario aplicado por la escala de Birleson, en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En ésta gráfica estamos representando el número de participantes en la escala de Birleson teniendo un total de 43 hombres y 57 mujeres con un gran total de 100 adolescentes.

GRÁFICA DE LA ESCALA DE BIRLESON ÍTEM INTERÉS.

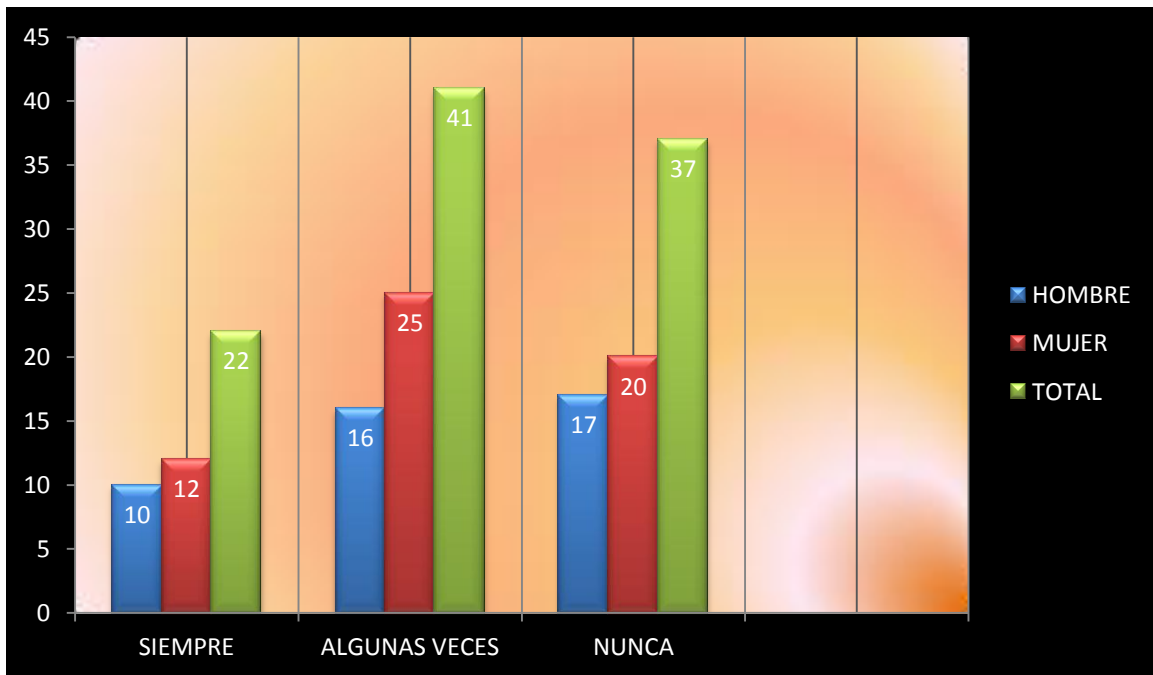


FUENTE: Cuestionario aplicado por la escala de Birleson, en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En ésta gráfica de la escala de Birleson representa la primera pregunta la cual nos califica el interés de los adolescentes por las cosas, encontrando que en el rubro de siempre tenemos un 27% desglosándose el 14% para mujeres y el 13% para hombres.

En algunas veces tenemos un 23% en mujeres y un 17% en hombres, En el rubro nunca encontramos el 20% en mujeres y un 13% en hombres teniendo un total de 33%.

GRÁFICA DE LA ESCALA DE BIRLESON ÍTEM DESCANSO.



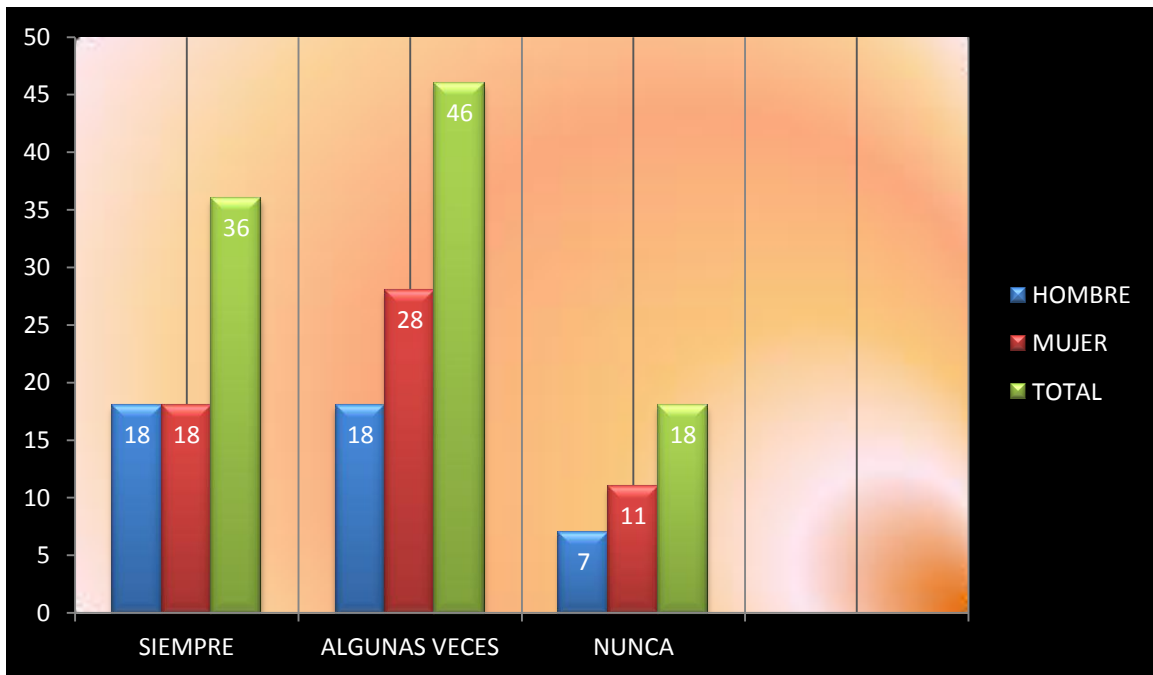
FUENTE: Cuestionario aplicado por la escala de Birleson, en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En esta gráfica estamos representando el descanso el cual se valoro con la pregunta de la escala de Birleson ¿Duermo bien?.

Encontrando que en el rubro de siempre: tenemos el 22% del total de los adolescentes con un 12% para mujeres y un 10% para hombres, en el área algunas veces tenemos el 41% desglosándose el 25% para mujeres y un 16% para los hombres.

En el área de nunca tenemos un 37% de participantes con un 20% en mujeres y un 17% en hombres.

GRÁFICA DE LA ESCALA DE BIRLESON ÍTEM LABILIDAD EMOCIONAL.



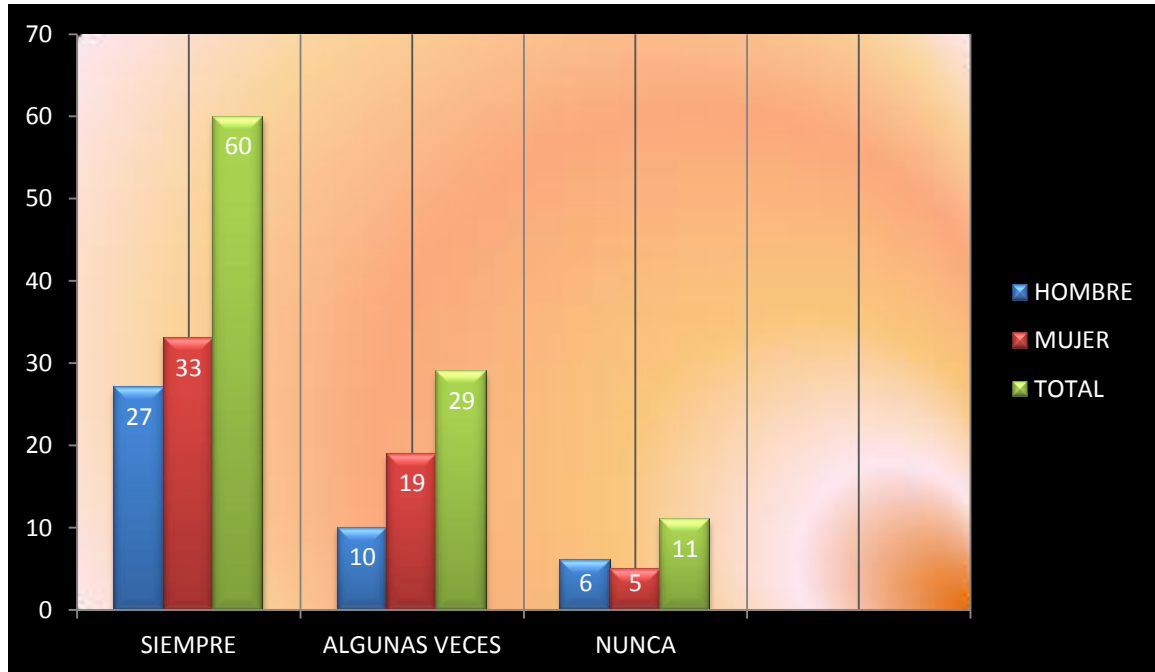
FUENTE: Cuestionario aplicado por la escala de Birleson, en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl..

En esta gráfica se demuestra la labilidad emocional de nuestros pacientes cuestionados con la pregunta ¿Me dan ganas de llorar? Encontrando un 36% en el grupo de siempre con 18% en mujeres y 18% en hombres.

En el rubro de algunas veces encontramos el 46% con el 28% en mujeres y el 18% en hombres.

En el área de nunca tenemos al 11% en mujeres y al 7% en hombres.

## GRÁFICA ESCALA DE BIRLESON ÍTEM SOCIALIZACIÓN.



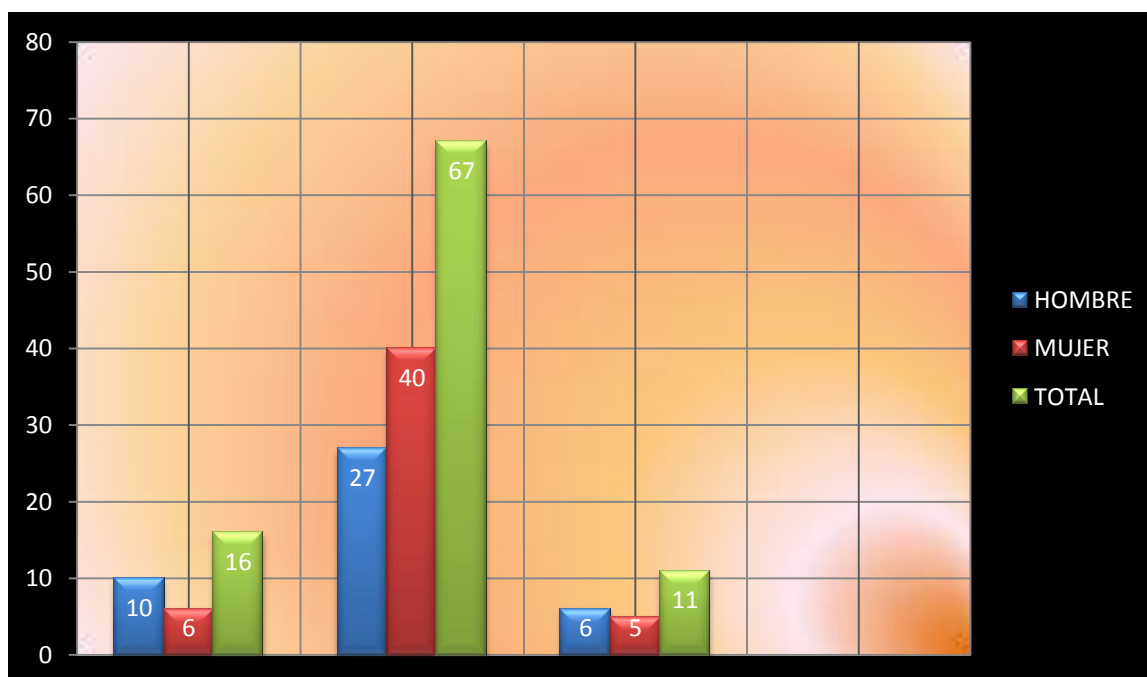
FUENTE: Cuestionario aplicado por la escala de Birleson, en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En esta gráfica representamos el área de la sociabilización con la pregunta ¿Me gusta salir con mis amigos? Encontrando que en siempre tenemos al 60% de los encuestados con un 33% para mujeres y un 27% para hombres.

En el área de algunas veces nos encontramos el 29% con 19% para mujeres y 10% para hombres.

En el área de nunca encontramos tenemos un 11% de nuestros pacientes encuestados encontrando al 5% en mujeres y al 6% en hombres.

## GRÁFICA DE LA ESCALA DE BIRLESON ÍTEM IMPULSIVIDAD.



FUENTE: Cuestionario aplicado por la escala de Birleson, en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

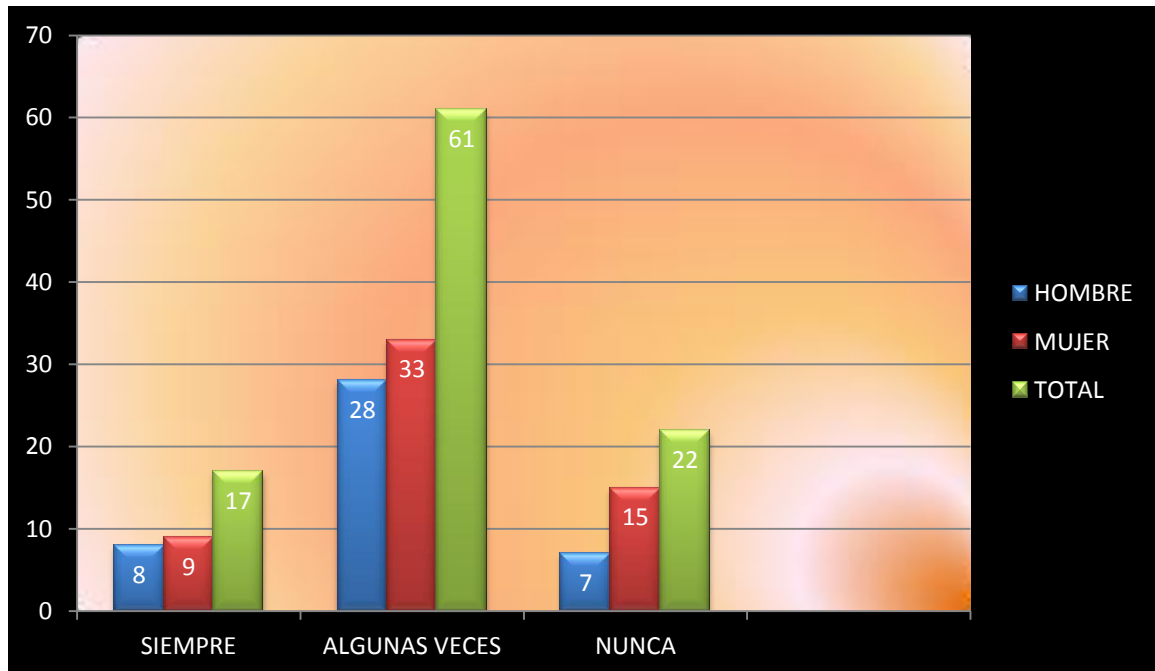
En la escala de Birleson exploramos la impulsividad con la pregunta: ¿Me gustaría escapar, salir corriendo? Encontrando que en el rubro de siempre tenemos el 16% de los adolescentes encuestados con un 6% para las mujeres y un 10% para los hombres.

En el área de algunas veces tenemos el 67% de los pacientes encuestados con un 40% para mujeres y un 27% para hombres

En el área de nunca tenemos un 17% total encontrando 11% en mujeres y 6% en hombres.



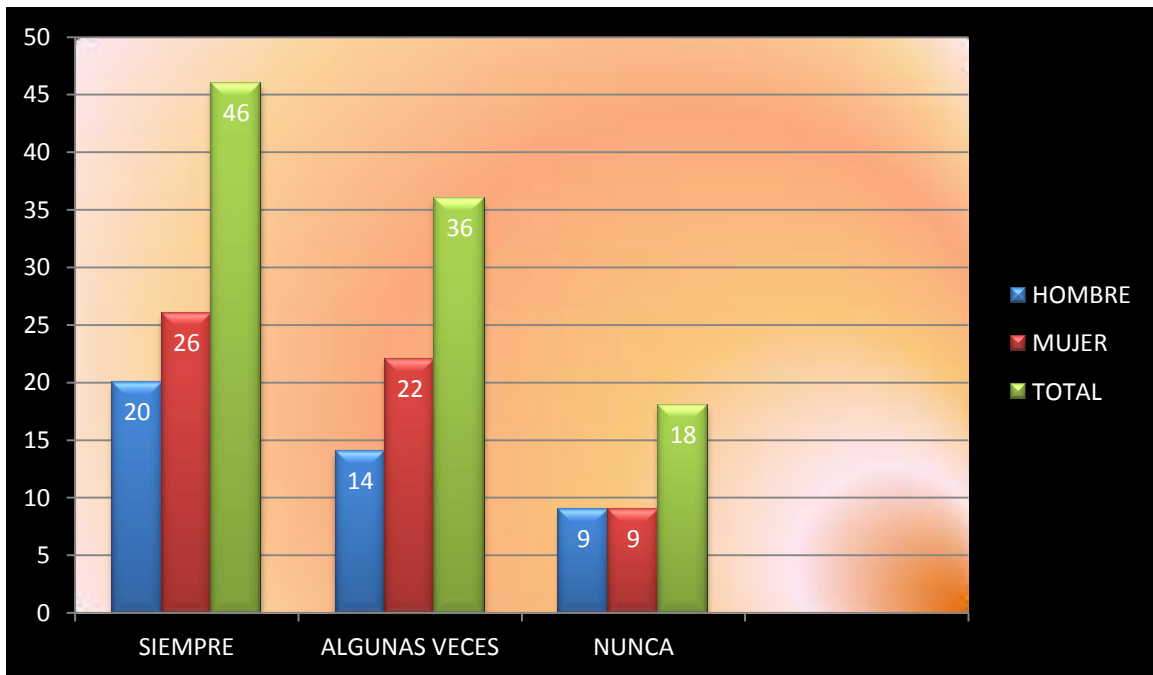
## GRÁFICA ESCALA DE BIRLESON ÍTEM SOMATIZACION.



FUENTE: Cuestionario aplicado por la escala de Birleson, en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En ésta gráfica valoramos somatización con la afirmación: Me duele la panza. Encontrando que el 17% de los adolescentes encuestados lo refiere en forma frecuente desglosándose con un 9% en mujeres y un 8% en hombres. En el rubro de algunas veces tenemos al 61% de nuestros encuestados con un 33% para mujeres y un 28% para hombres. En el rubro de nunca tenemos al 22% de nuestros encuestados con un 15% para mujeres y un 7% para hombres.

## GRÁFICA ESCALA DE BIRLESON ÍTEM BIENESTAR.



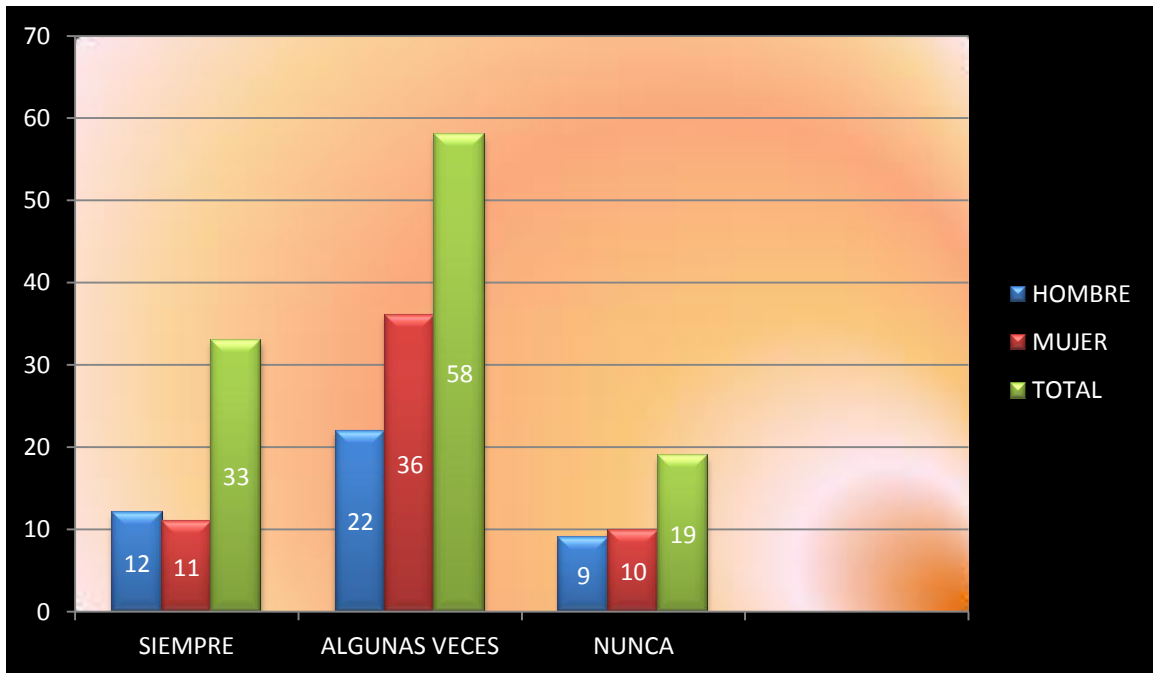
FUENTE: Cuestionario aplicado por la escala de Birleson, en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En esta gráfica mostramos el área de bienestar con la pregunta ¡tengo mucha energía! encontrando que en el área siempre tenemos un 46% de los encuestados con 26% para mujeres y un 20% para los hombres.

En el área algunas veces tenemos un 36% con un 22% para mujeres y un 14% para los hombres.

En el área nunca tenemos un total de 18% con un 9% para mujeres y un 9% para los hombres.

GRÁFICA ESCALA DE BIRLESON ÍTEM PLACER.



FUENTE: Cuestionario aplicado por la escala de Birleson, en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

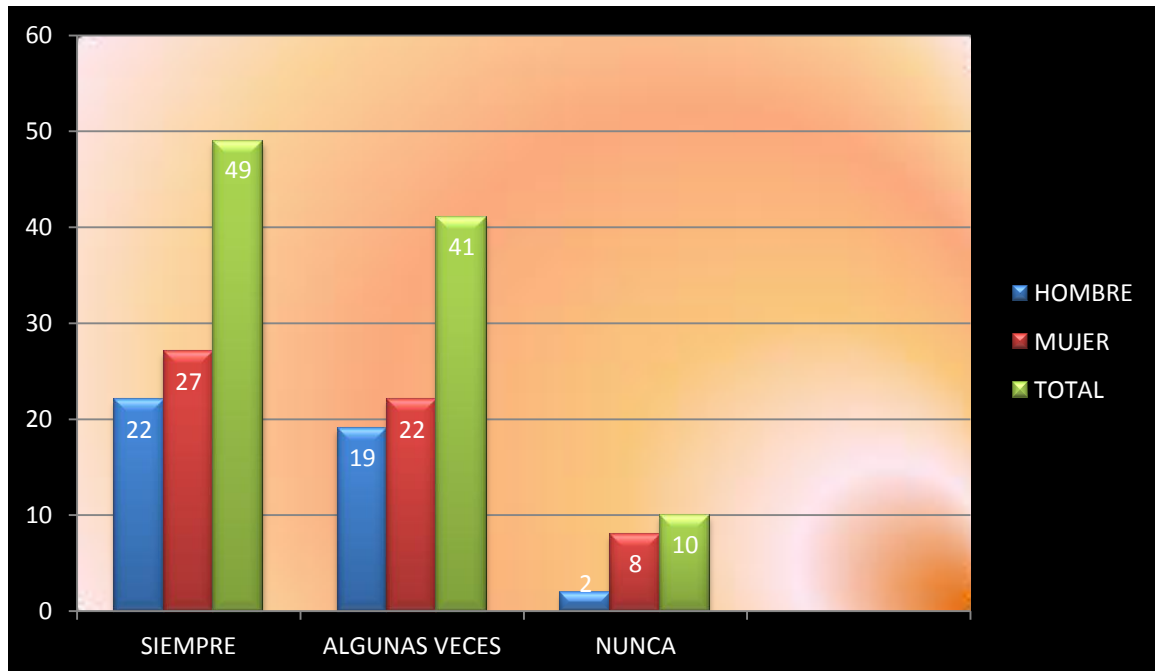
En esta gráfica encontramos el área del placer mediante la pregunta ¿Disfruto la comida? Encontrando los siguientes resultados.

En el área de siempre tenemos un 23% total de nuestros adolescentes con un 11% para mujeres y un 12% para los hombres.

En el área algunas veces tenemos un total del 58% con un 36% para las mujeres y un 22% para los hombres.

En el área algunas veces tenemos un 19% en total con el 10% para las mujeres y el 9% para los hombres.

## GRÁFICA DE ESCALA DE BIRLESON ÍTEM AUTOPROTECCIÓN.



FUENTE: Cuestionario aplicado por la escala de Birleson, en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

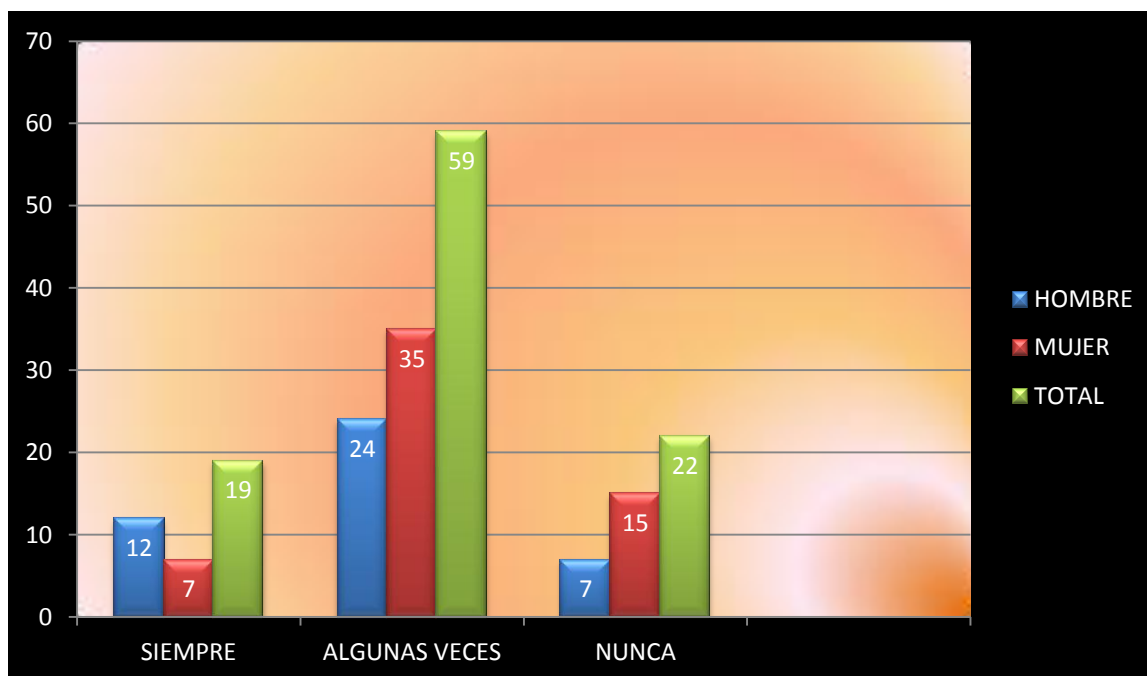
En esta gráfica mostramos el área encuestada como autoprotección y se realizó mediante la pregunta ¿Puedo defenderme por mi mismo? Encontrando los siguientes resultados:

En el área de siempre encontramos el 49% del total de nuestros adolescentes encuestados con un 27% en el sexo femenino y un 22% para el sexo masculino.

En el área algunas veces encontramos al 41% de los encuestados con un 22% para sexo femenino y un 19% en sexo masculino.

En el área nunca encontramos al 10% de nuestros pacientes encuestados con un 8% para las mujeres y un 2% para los hombres.

## GRÁFICA DE ESCALA DE BIRLESON ÍTEM PERSPECTIVA VITAL.



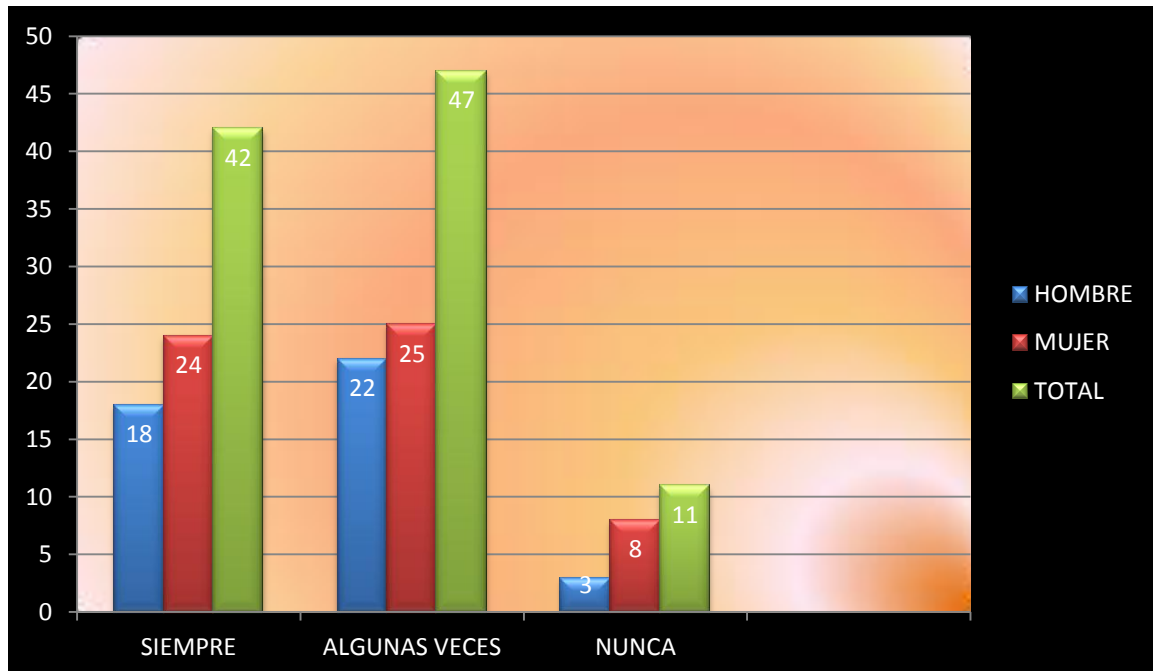
FUENTE: Cuestionario aplicado por la escala de Birleson, en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En esta gráfica mostramos la perspectiva vital o el interés por vivir y esta se exploró con la afirmación ¡Creo que no vale la pena vivir! encontrando que el rubro de siempre tenemos al 19% de nuestros encuestados desglosándose con un 7% para mujeres y un 12% para los hombres.

En el área algunas veces tenemos al 59% de los encuestados con un 35% para mujeres y un 24% para los hombres.

En el área nunca tenemos el 22% de nuestros pacientes desglosándose en un 15% para las mujeres y un 7% para los hombres.

## GRÁFICA ESCALA DE BIRLESON ÍTEM AUTOESTIMA.



FUENTE: Cuestionario aplicado por la escala de Birleson, en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

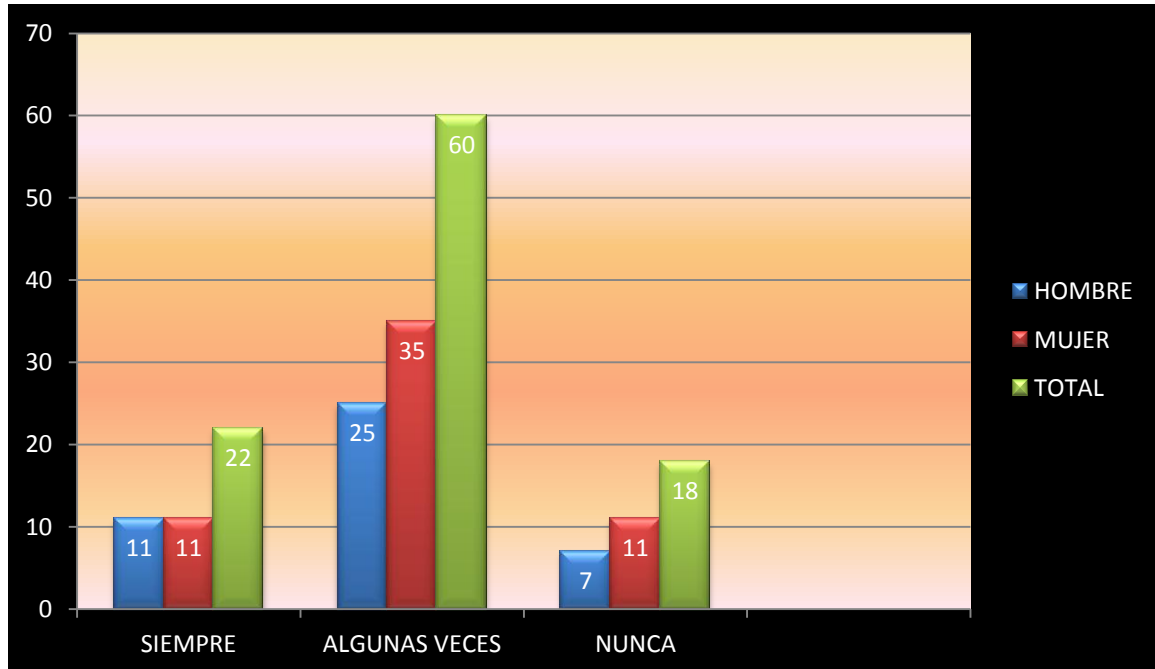
En esta gráfica se valoró la autoestima con la pregunta ¿Soy bueno para las cosas que hago? Encontrando los siguientes resultados:

En el área de siempre tenemos al 42% de nuestros pacientes encuestados con el 24% para las mujeres y el 18% para los hombres.

En el área de algunas veces tenemos el 47% total de los adolescentes con un 25% para mujeres y un 22% para los hombres.

En el área de nunca tenemos un total del 11% con un 8% para mujeres y un 3% para los hombres.

## GRÁFICA ESCALA DE BIRLESON ÍTEM SATISFACCIÓN.

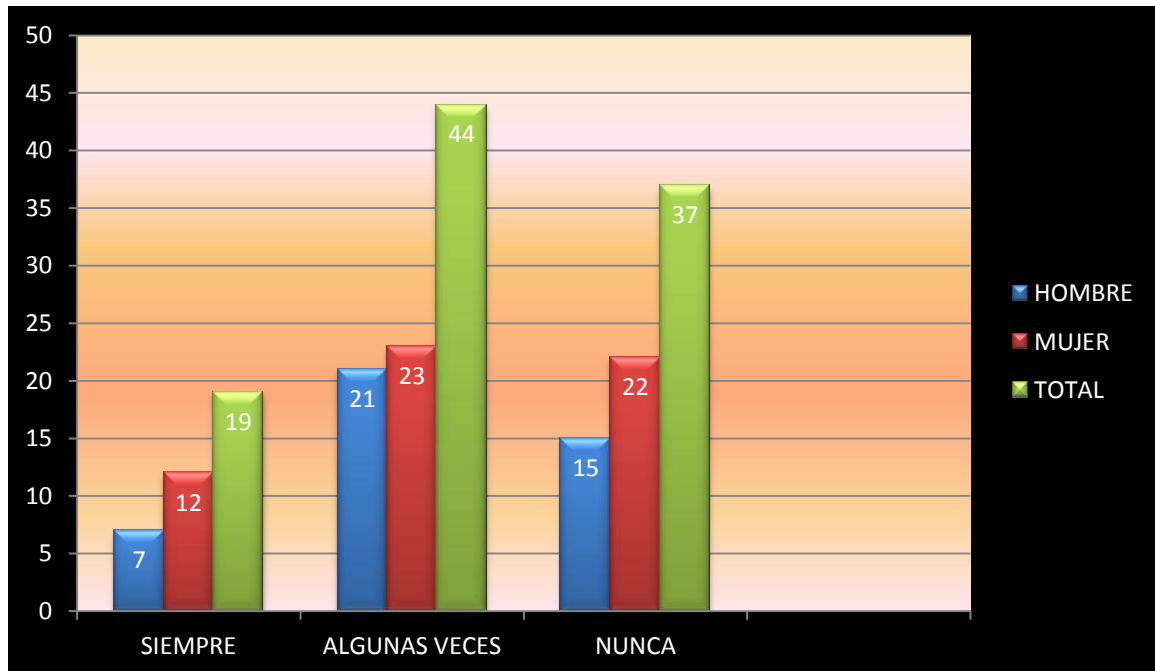


FUENTE: Cuestionario aplicado por la escala de Birleson, en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

Para valorar el área de satisfacción se hizo mediante la pregunta ¿Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes? Encontrando que el 22% de nuestros encuestados se encuentran en el área de siempre con un 11% para mujeres y un 11% para hombres.

En el área de algunas veces encontramos al 60% de los adolescentes encuestados con un 35% para las mujeres y un 25% para los hombres y en el área nunca encontramos a un 18% de los encuestados con un 11% para las mujeres y un 7% para los hombres.

## GRÁFICA DE ESCALA DE BIRLESON ÍTEM COMUNICACIÓN.



FUENTE: Cuestionario aplicado por la escala de Birleson, en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En esta gráfica se representa la comunicación a través de la pregunta:

¿Me gusta hablar con mi familia?

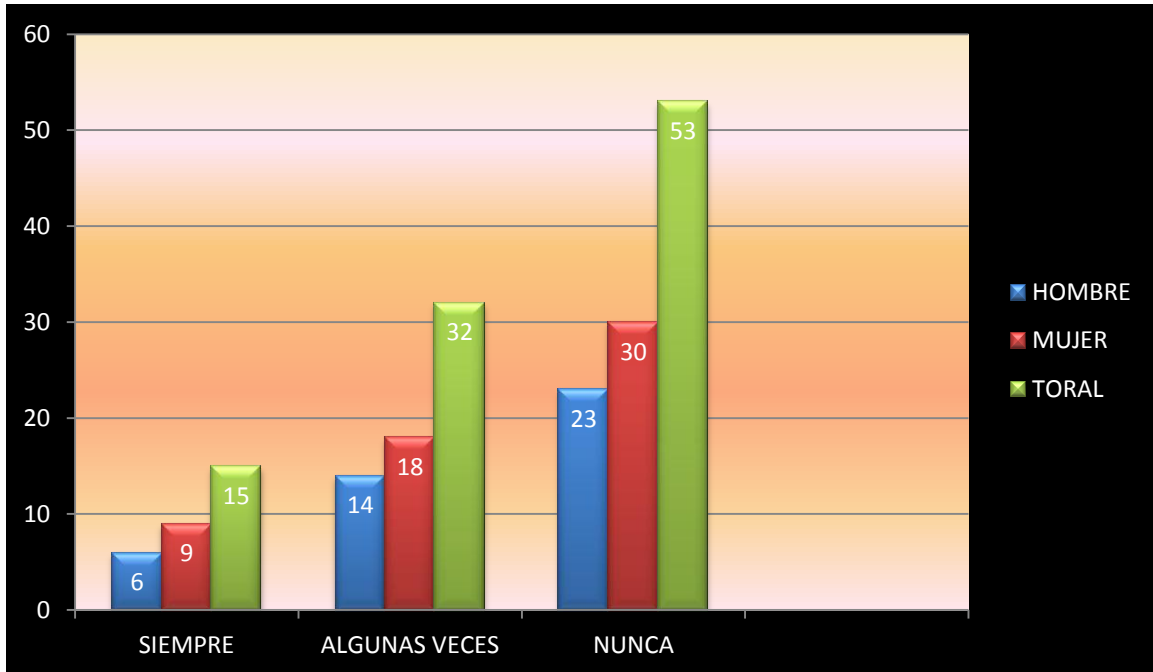
En el apartado de siempre tenemos el 19% de nuestros encuestados con un 12% para las mujeres y un 7% para los hombres.

En el área algunas veces encontramos al 44% de los encuestados, con un 23% para las mujeres y un 21% para los varones.

En el área de nunca encontramos al 22% de las mujeres y al 15% de los hombres para tener un total del 37%.



## GRÁFICA ESCALA DE BIRLESON ÍTEM MIEDO.



FUENTE: Cuestionario aplicado por la escala de Birleson, en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

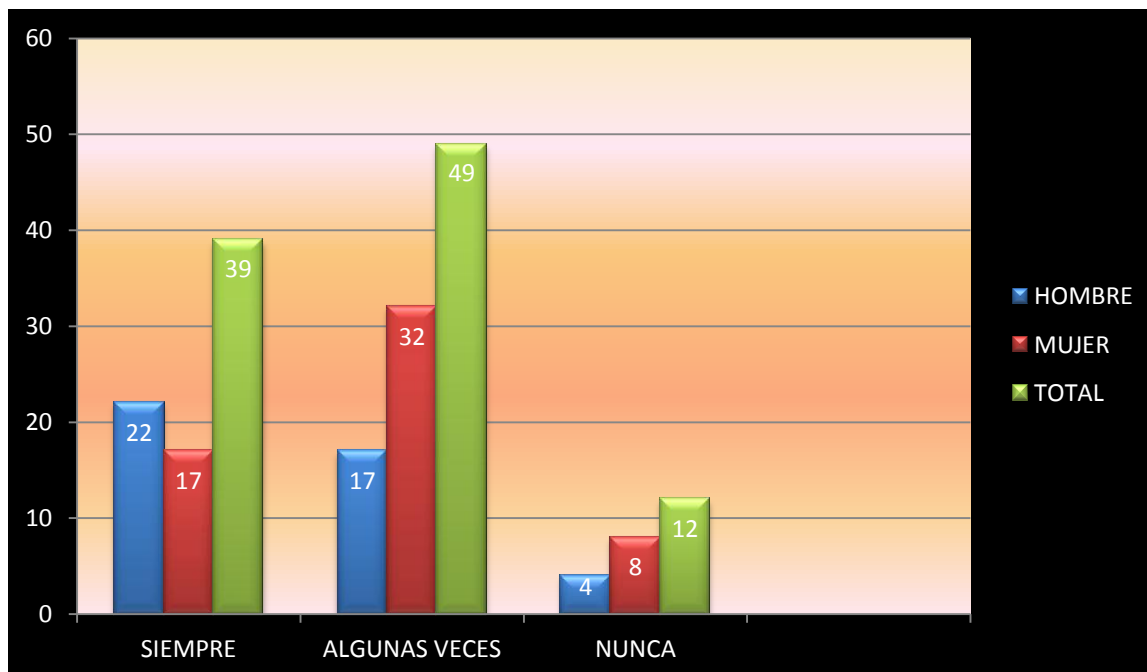
En esta parte de la escala de Birleson se valora el rubro de miedo mediante la exclamación: ¡Tengo sueños horribles!  
Encontrando los siguientes resultados.

En el área de siempre tenemos a un 15% de los adolescentes encuestados con un 9% para las mujeres y un 6% para los hombres.

En el área de algunas veces tenemos al 18% de las mujeres al 14% de los hombres para dar un total del 32%

En el área de nunca tenemos un 53% de los encuestados con un 30% para mujeres y un 23% para los hombres.

## GRÁFICA DE LA ESCALA DE BIRLESON ÍTEM SOLEDAD.



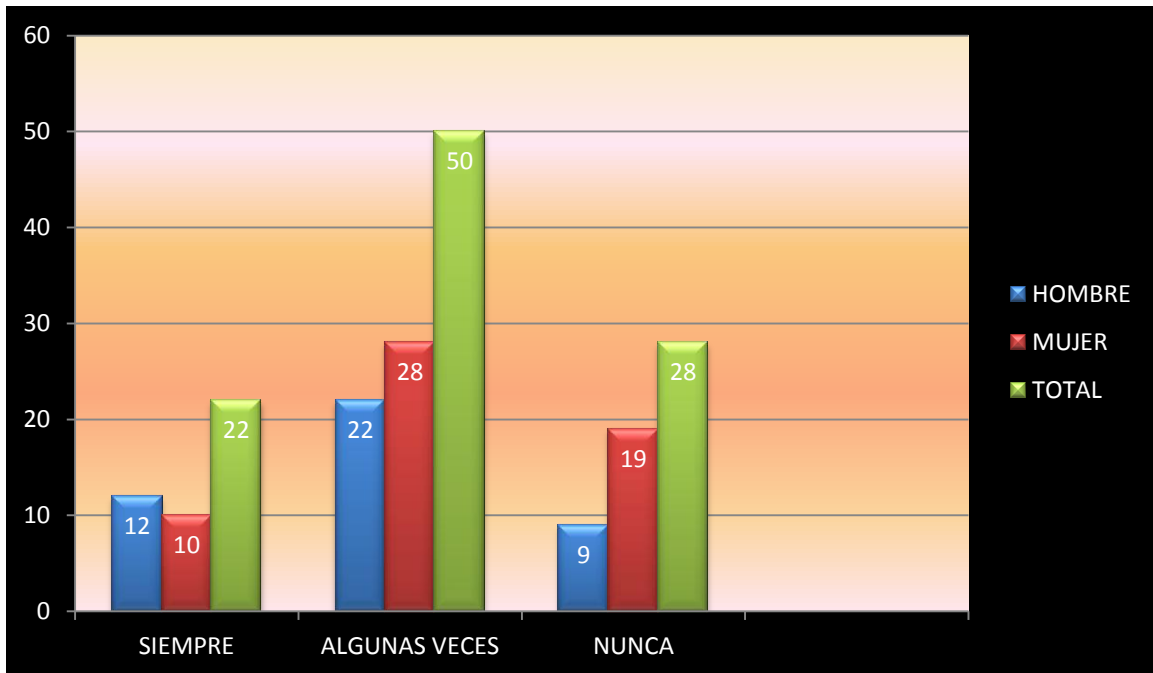
FUENTE: Cuestionario aplicado por la escala de Birleson, en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En esta gráfica mostramos los porcentajes de la cantidad de adolescentes que se sienten solos y se valora a través de la exclamación. ¡Me siento muy solo!

Encontrando los siguientes resultados; en el área de siempre tenemos el 39% de nuestros encuestados con un 17% para las mujeres y un 22% para los hombres .

En el área de algunas veces tenemos al 49% de los encuestados con un 32% para mujeres y un 17% para los hombre y en el área de nunca tenemos un 12% del total de los pacientes encuestados con 8% para las mujeres y 4% para los hombres.

## GRÁFICA DE LA ESCALA DE BIRLESON ÍTEM ESTADO DE ÁNIMO.



FUENTE Cuestionario aplicado por la escala de Birlson, en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.:

En esta gráfica representamos el estado de ánimo de nuestros encuestados mediante la pregunta:

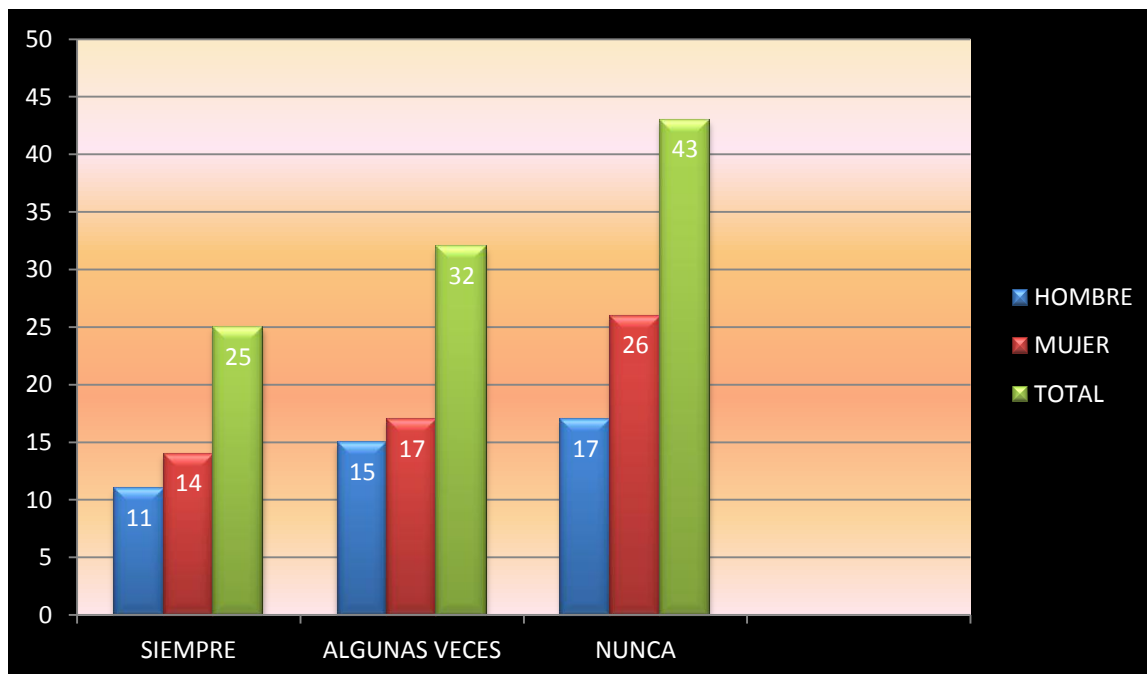
¿Me animo fácilmente?

Encontrando que en el área de siempre tenemos al 22% de los encuestados con un 10% para mujeres y el 12% para el sexo masculino.

En algunas veces tenemos al 50% de los encuestados con el 28% para mujeres y el 22% para los hombres.

En el área nunca tenemos el 28% de los encuestados con un 19% para mujeres y un 9% para el sexo masculino.

## GRÁFICA ESCALA DE BIRLESON ÍTEM TRISTEZA.



FUENTE: Cuestionario aplicado por la escala de Birleson, en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

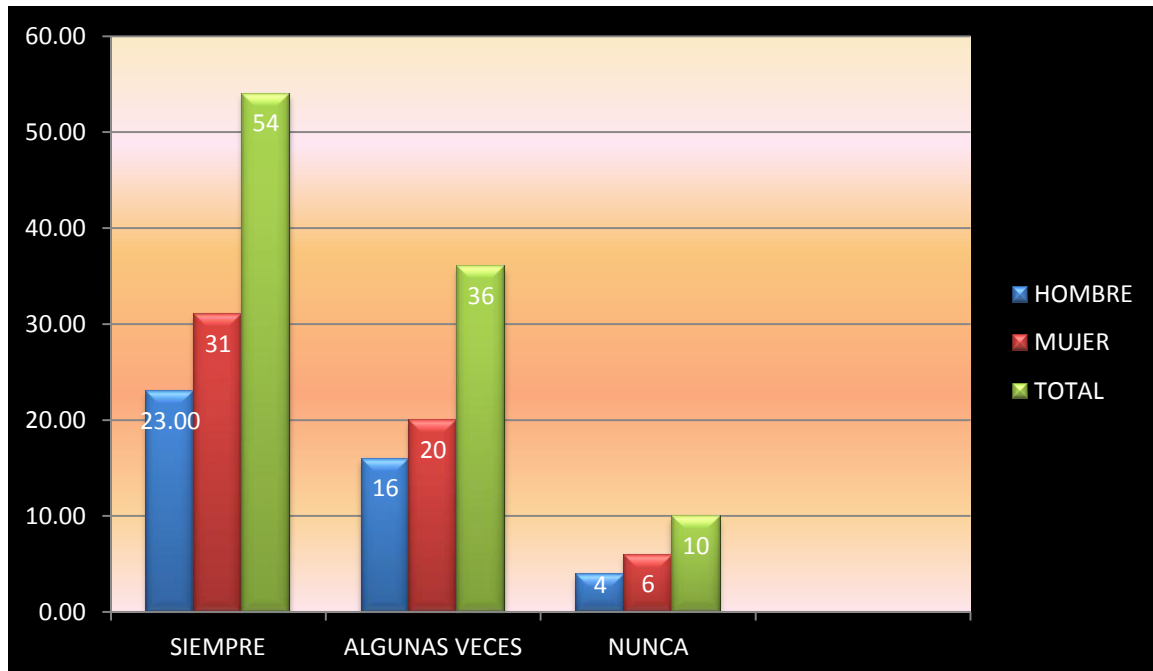
Mediante la escala de Birleson se valoró el aspecto de tristeza en nuestros adolescentes encuestados mediante la exclamación ¡Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo!

Encontrando que el 25% de ellos se encuentran en esta área con el 14% para las mujeres y el 11% para los hombres.

En el apartado de algunas veces se encuentra el 32% de nuestro pacientes con el 17% para mujeres y el 15% para los varones.

En el área nunca se encuentran el 43% de nuestros adolescentes con el 26% para las mujeres y el 17% para los hombres.

## GRÁFICA DE LA ESCALA DE BIRLESON ÍTEM DISPLACER.



FUENTE: Cuestionario aplicado por la escala de Birleson, en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En esta gráfica mostramos la representatividad del displacer que pueden sentir nuestros adolescentes encuestados mediante la exclamación.

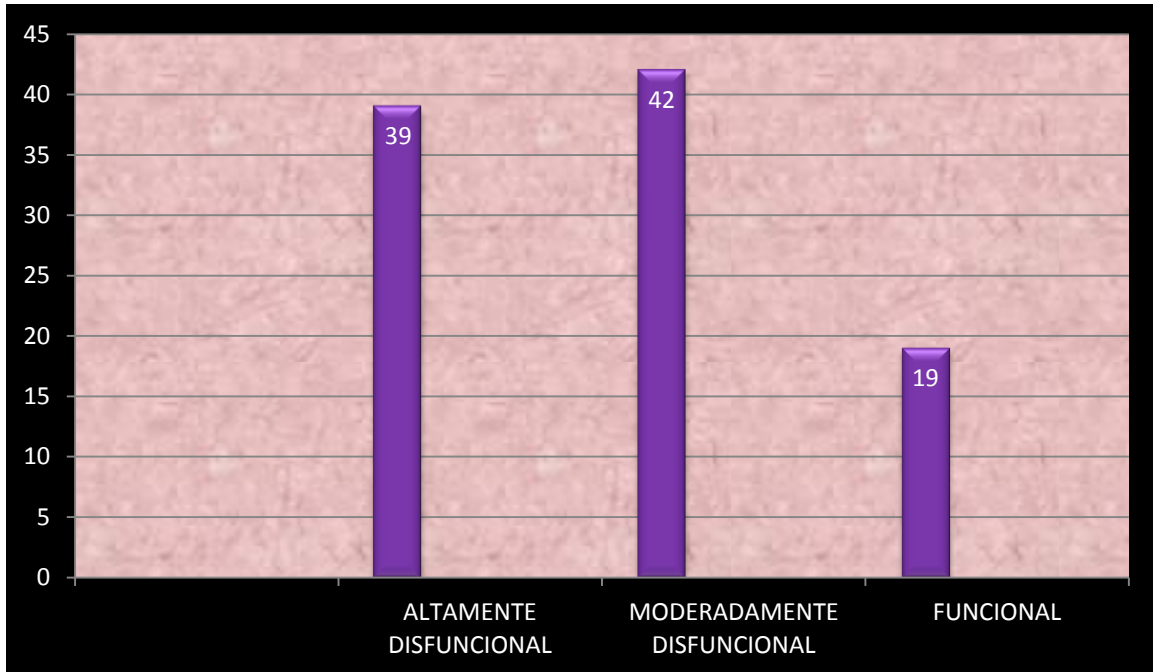
¡Me siento muy aburrido!

Encontrando que el 54% de nuestros pacientes se encuentran en el área de siempre con el 31% para mujeres y el 23% para hombres.

En el área algunas veces tenemos al 36% de los encuestados con un 20% para mujeres y un 16% para hombres.

En el área de nunca tenemos al 10% de los encuestados con el 6% para mujeres y el 4% para hombres.

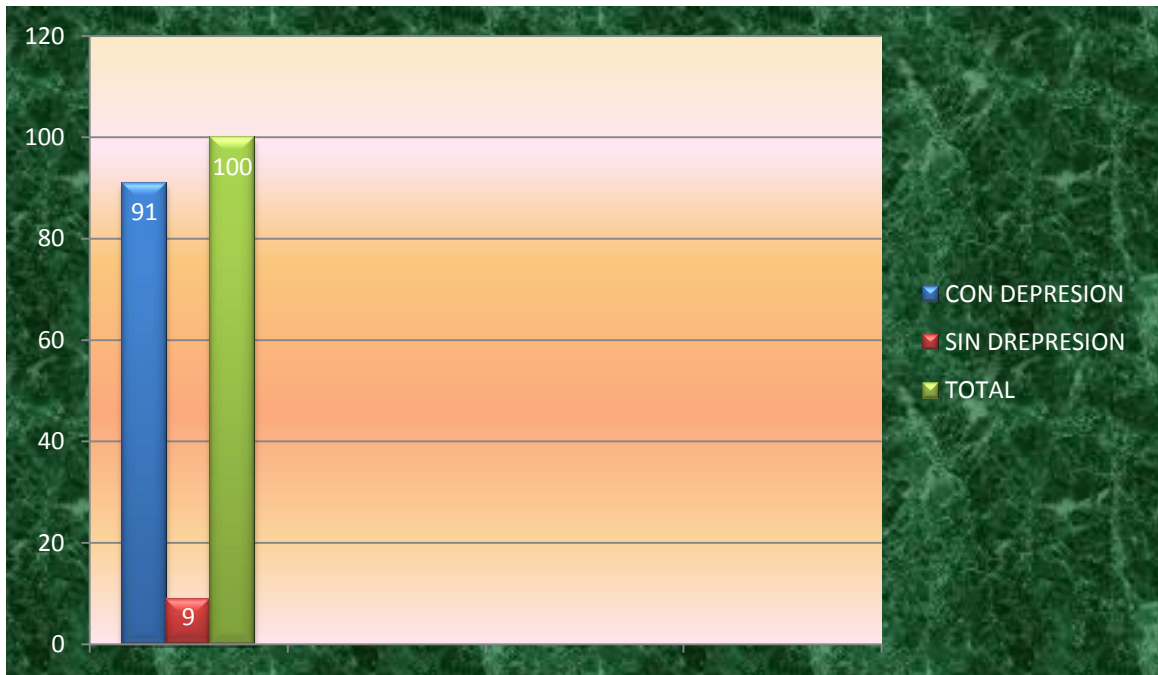
## ESCALA DE APGAR.



FUENTE: Cuestionario aplicado por la escala de Apgar en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En este gráfico estamos representado al grado de funcionalidad familiar que se encontró en la población de nuestros adolescentes el 39% de las familias es altamente disfuncional, 42% moderadamente disfuncionales y 19% funcionales obteniendo un total de 100 adolescentes encuestados.

## GRAFICA DE LA ESCALA DE BIRLESON PARA MEDIR DEPRESIÓN.



FUENTE: Cuestionario aplicado por la escala de Birleson, en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En ésta gráfica mostramos el resultado final de la encuesta de Birleson donde encontramos que el 91% de nuestros adolescentes encuestados cursan con depresión y sólo el 9% de ellos se encontró sin depresión.

## 11. DISCUSIÓN DE LAS ENTREVISTAS APLICADAS.

La presente investigación se inicio con la búsqueda bibliográfica del marco teórico parte fundamental para una adecuada preparación del tema. Una vez

superada ésta fase se realizó la encuesta de Birleson y el Apgar familiar a cada uno de nuestros pacientes encuestados para detectar depresión en nuestros Adolescentes encuestados y además se les realizó a esos mismos adolescentes la escala de Apgar para detectar el grado de funcionalidad en su familia.

En promedio el tiempo utilizado para cada adolescente fue de 1hr. Y en todos los casos el lugar donde se realizó fue en el área de la consulta externa del Hospital Regional Nezahualcoyotl,

En relación al sexo predominó la presencia de las adolescentes femeninas por lo que fueron más numerosas las encuestas para éste género, lo que concuerda con la bibliografía n. 54 con la relación que existe en general en la demanda de la consulta externa para el sexo femenino, ya que las mujeres normalmente están más atentas a sus problemas de salud y/o se encuentran como acompañantes de algún familiar enfermo.

En general las mujeres se mostraron más colaboradoras para participar en el estudio y más seguras en sus respuestas, lo que se traducía en respuestas rápidas, en tanto que los varones se mostraban más renuentes a colaborar argumentando falta de tiempo y de interés.

En relación a los intereses encontramos que la mayoría de nuestro pacientes caen en el rubro de que algunas veces les interesan las cosas igual que antes lo que va de acuerdo con la bibliografía nacional en la que sustenta que los adolescentes por encontrarse en proceso de formación pueden ser cambiantes o inestables en sus intereses, ya que éstos pueden ir cambiando de acuerdo a sus personajes preferidos, grupo de amigos e incluso redes de apoyo. Como lo menciona la bibliografía n.47

En el área de descanso la mayoría de ellos refiere que éste es adecuado sin embargo hay que destacar que el sexo que más lo afirma es el femenino; muy seguramente debido a nuestro contexto social en donde las mujeres por regla general se encuentran más temprano y con más frecuencia en casa que el sexo masculino, al que se le otorgan más libertad de horario, como lo mencionamos en la bibliografía.44

En relación a la labilidad emocional encontramos que la mayoría de nuestros adolescentes menciona que algunas veces presenta labilidad emocional siendo ésta preferentemente admitida por el sexo femenino ya que para ellas era más fácil reconocer que fácilmente llegaban al llanto, situación que para el sexo masculino es muy difícil de manifestar ya que se considera un signo de debilidad, el cual en pocas ocasiones se permiten manifestar.

En el rubro de socialización el área que presenta una enorme mayoría es en la que se afirma que siempre se sale con los amigos ya que con ellos se encuentran en adecuada aceptación y en el mismo proceso de identidad personal lo que los hace sentirse más seguros, esto siendo de manera muy similar para ambos sexos.

Con respecto a la impulsividad encontramos que la mayoría de los pacientes encuestados cae en el rubro en el que algunas veces presentan éste síntoma tomando acciones como querer escapar o salir corriendo, lo que nos habla de la escasa adaptabilidad en esta etapa de la vida y que se confirmó mediante la escala de Apgar en donde la mayoría de nuestros adolescentes encuestados



refiere que no se encuentra satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tienen algún problema.

En el área de la somatización encontramos que muchos de ellos presentan dolencias físicas, como dolor de estómago, cuando no saben cómo actuar en algún estado crítico y esto se confirma en la escala de Apgar en donde la mayoría de ellos no se siente satisfecho en la manera en que su familia les expresa su afecto y responde a sus sentimientos.

En el ítem de bienestar encontramos que la mayoría de nuestros encuestados solo se presentan en éste estado en algunas ocasiones en las que consideran que es satisfactoria la cantidad de tiempo en la que se encuentran cerca de su familia comentando incluso situaciones de placer al decir que disfrutaban de su comida y de la manera en que su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos.

En el área de autoprotección encontramos que la mayoría de nuestros adolescentes encuestados se encuentran en el área de que siempre se protegen ya que ellos deben de procurar su auto cuidado puesto que su familia ya no se encuentra en forma permanente junto a ellos.

En el ítem de perspectiva vital nos llamo mucho la atención el hecho de encontrar que la inmensa mayoría de los adolescentes creen que no vale la pena vivir, lo que se corrobora con la escala de Apgar en donde casi todos se encuentran en situación de disfunción familiar ya sea moderada o alta.

En el rubro de autoestima la mayoría de los encuestados la contesta como buena o regular lo que es de llamar la atención tomando en consideración que su perspectiva vital está distorsionado ya que la mayoría refiere que no vale la pena vivir.

En el área de satisfacción se encuentra que la mayoría de los pacientes están en el apartado de que en algunas ocasiones se encuentran satisfechos con su actuar como lo mencionamos en la bibliografía. 44

En el área de comunicación se menciona que a la mayoría de éstos adolescentes encuestados les gusta hablar con su familia; sin embargo mediante la escala de Apgar se pudo detectar que el tiempo que la familia pasa con ellos es muy poco por lo mismo la comunicación no es la que ellos desean teniendo poca participación dentro de las actividades familiares.

En el área de miedos prácticamente la mitad de los adolescentes encuestados lo presentan sin embargo no lo comunican por la poca comunicación que hay con su familia expresándolo mediante sueños en los cuales expresan situaciones horribles.

Los anteriores puntos en conjunto hacen que el 88% de nuestros pacientes encuestados se sientan en soledad, e incluso sienten tanto la tristeza que mencionan que les cuesta trabajo soportarla lo que se corrobora al final de esta encuesta donde el 91% de los encuestados presenta signos de depresión,

estando en contraparte con el rubro del estado de ánimo en donde muy pocos de nuestros encuestados mencionan encontrar la manera de animarse fácilmente.

Todo esto en conjunto provoca un gran displacer en estos adolescentes ya que la mayoría de ellos mencionan que pasan gran parte de su tiempo aburridos, ya que no se relaciona directamente con su familia y no discuten sus problemas lo que les da ésta grave sensación y con ello la depresión.

## **12. CONCLUSIONES.**

Si queremos conocer acerca de un país o de una sociedad, debemos estudiar cómo vive y actúa la familia, si queremos prever el futuro de una sociedad podemos saber bastante de ella observando las familias, si queremos

reflexionar sobre la identidad personal, por qué somos de una forma y no de otra, por qué actuamos de esta manera, por qué nos orientamos en determinado sentido, gran parte de esta respuesta está en la historia familiar de cada uno.

Ante el panorama descrito en las páginas anteriores y sabiendo de antemano que la adolescencia es una etapa de confrontación entre el adolescente y las figuras de autoridad (padres, maestros) y conociendo que esta etapa representa una crisis normativa familiar así como una crisis individual los médicos familiares debemos estar preparados para:

Detectar las crisis y anticiparlas, reconociendo entre las normativas y las paranormativas.

Estar capacitados para realizar un diagnóstico biopsicosocial y actuar sobre él, previa escucha ampliada del mismo.

Observar, evaluar y analizar la situación concreta de una persona, familia o grupo social.

Es por esto que como médico familiar me surge la inquietud de poder detectar este padecimiento en forma oportuna e implementar acciones de prevención, y señalar los retos que me esperan en el futuro, con mis familias con adolescentes.

## **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN ANTE LAS CRISIS FAMILIARES**

Antes de poner en práctica los procedimientos que apoyen y guíen a la familia a la recuperación, es necesario hacer una evaluación de la situación familiar, donde se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Tipo de evento ocurrido, experiencias previas, intensidad de los factores estresantes.
2. La forma en que afectó a la familia, grado de desorganización y la conducta familiar reactiva ante el evento.
3. La historia de otras crisis familiares, los mecanismos de resolución de las crisis usuales, y los métodos de que dispone la familia para enfrentar las crisis.
4. Habilidad para adaptarse a la nueva situación, grado de flexibilidad del sistema familiar.
5. Nivel de apoyo disponible y de recursos familiares en general.
6. Nivel de aceptación de la ayuda.

Estos elementos pueden brindar, en alguna medida, una valoración de los posibles pronósticos de la capacidad adaptativa de la familia.

Entre los objetivos fundamentales, a los que deben ir encaminados la intervención podemos: citar, reforzar o fomentar los mecanismos adaptativos de la familia; ayudar a reordenar y a organizar el funcionamiento familiar; y ayudar a la familia a reconocer sus propios recursos protectores, que le permitan el reordenamiento familiar.

La resolución de la crisis está dirigida a la adaptación y a la recuperación del equilibrio familiar y los pasos a seguir para lograr esa resolución de la crisis son los siguientes:

1. Identificación de la fuente de estrés, detallar las causas que llevaron a la familia a la crisis.
2. Analizar la situación como un problema de toda la familia, y no de algunos miembros nada más.
3. Redimensionar la situación, manejando el significado y la gravedad del problema; ayudar a minimizar los efectos de la desorganización.
4. Buscar opciones para la solución del problema con los propios recursos de la familia, alentarlos en la búsqueda de nuevas soluciones.
5. Reforzar las soluciones positivas y destacar las habilidades familiares en la solución de los problemas.
6. Tratar de que la familia integre las nuevas situaciones a los acontecimientos cotidianos de la vida familiar.
7. Ayudar a la familia a recuperar la sensación de control, disminuyendo las sensaciones de impotencia, y las creencias de la carencia de habilidades para resolver los problemas.
8. Flexibilizar el sistema familiar.
9. Guiar y regular los esfuerzos adaptativos de la familia.

Es por eso que el médico familiar debe estar preparado técnicamente para ser una de las primeras redes de apoyo de la familia ante esta problemática.

### **13. BIBLIOGRAFÍA.**

1. Tolstoi L. Dinámica familiar. En: Huerta- González JL. La familia en el proceso de salud-enfermedad. San Luis Potosí: Tangamanga; 1998. p. 37-42.

2. Irigoyen-Coria AE, Morales-López H. Lineamientos para la elaboración de estudios de salud familiar. En: Irigoyen - Coria AE, editor. Nuevos fundamentos de medicina familiar. México: Medicina Familiar de México; 2004. p. 173-203.
3. Soriano-Fuentes S, de la Torre-Rodríguez R, Soriano- Fuentes L. Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. Med Fam. 2003;4(2):130-5.
4. Nuño-Gutiérrez BL, Flores-Palacios F. La búsqueda de un mundo diferente. La representación social que determina la toma de decisiones en adolescentes mexicanos usuarios de drogas ilegales. Salud Mental. 2004;27(4):26-34.
5. Minuchin, S, Fishman, H. Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós; 1985. p. 156-68.
6. Kotliarenko MA, Dueñas B. Vulnerabilidad versus resiliencia: Una propuesta de acción educativa. En: Resiliencia. Construyendo en adversidad. Santiago de Chile: CEANIM; 2008. p. 50- 61.
7. Saucedo M, Duran M. La familia: Su dinámica y tratamiento. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
8. Leyva-Jimenez R, Hernandez Juarez AM, Nava-Jimenez G, Lopez-Gaona V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Rev Med IMSS 2007; 45 (3): 225-232.
9. Borges G, Medina-Mora ME, López-Moreno S. El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. Salud Publica Mex 2004;46:451-463.
10. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud Publica Mex 2004;46: 417-424.
11. Boschetti-Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Arch Med Fam 2004;6(3):61-63.
12. Kaufman J, Martin A, King RA, Charney D. Are child-, adolescent-, and adult-onset depression one and the same disorder. Biol Psychiatry 2001; 980-1001.
13. Suicidios en México, una realidad social. Impre.com. Julio 2011 <http://www.lanotamexico.com>, <http://www.diarioportal.com>,
14. Caballero MA, Ramos L, González-Forteza C, and Saltijeral MT.(2002). Violencia familiar en adolescentes y su relación con el intento de suicidio y la sintomatología depresiva. Psiquiatría 18(3), 131-139 Ref ID: 670
15. Híjar M, Lozano R, Valdez R, and Blanco J.(2002). Las lesiones intencionales como causa de demanda de atención en los servicios de urgencia hospitalaria de la Ciudad de México. Salud Mental 25(1), 35-42 Ref ID: 5533

16. Irigoyen-Coria AE, Morales-López H. Lineamientos para la elaboración de estudios de salud familiar. México; 2004.
17. Arnulfo E. I. Nuevos fundamentos de Medicina Familiar, Editorial Medicina Familiar Mexicana, México, 2006
18. Medicina Familiar, La familia como unidad de estudio, por José Luís Huerta González, Ed. Biblioteca Alfil, primera edición, año 2005. Pp: 16
19. Minuchin, S, Fishman, H. Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós;1985. p. 156-68.
20. Rangel JL, valerio L. Patiño.J, Y Col, Funcionalidad familiar en los adolescente, Rev Facultad de medicina Unam 2004; (1);24, 26.
21. Comité Organizador del Censo de Medicina Familiar. Conceptos Básicos para el estudio de las familias. Archivos de medicina familiar 2005; 15-19.
22. Ortega AA, Ferando VAT, Osorio OPMF. Funcionamiento Familiar Su percepción por diferentes grupos generaciones y signos de alarma .Rev Cubana Med Gen. Integr 2008; 508-512.
23. Herrera PMS. La familia Funcional y Disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen integr 2008.
24. Varela RFJ. Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria Medicina de Familia 2000: 141-144.
25. Loayssa Lara. Dinámica Familiar. Una familia en formación con muchas dificultades. Medifam. Vol. 11 No. 7.Madrid. Julio, 2001. pp 399-404
26. OMS. La salud y la familia. Estudios sobre la demografía de los ciclos de vida de la familia y sus implicaciones en la salud. Ginebra: OMS, 1978:34 (Serie de Informes Técnicos; No. 62).
27. Ackerman WN. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares.Buenos Aires: Horme;2010
28. Olson H, Sprenkle D, Russell C. Circumplex model of marital and family systems: cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. Family Process 1979;18(1):3-27
29. Arias L, Herrera J. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica 1994;25:26-8.
30. Rev Paceaña Med Fam 2007; 4(6): 111-114
31. <http://familiaysusteorias.blogspot.mx/>

32. Minuchin, S, Fishman, H. Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós; 1985. p. 156-68.
33. <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf>
34. <http://medicinafamiliarmazatlan.blogspot.mx/2008/12/funcionalidad-familiar.html>
35. Rodríguez, G. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Revista Medica IMSS ,42 (2), 96-102.
36. Fundamentos de Medicina Familiar 7ª Edición Internacional. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 2000
37. Irigoyen A. Nuevos fundamentos de medicina familiar. 3era edición. México. Ed. MFM. 2007.
38. Minuchin S, Fishman HCh. Técnicas de terapia familiar. México: Editorial Paidós, 1996; 25-41.
39. revista médica del hospital general de México, s.s.vol. 62, núm. 3 jul.-sep. 1999 pp 191 – 197
40. Saucedo GJM. Psicología de la vida en familia: una visión estructural. Rev Med IMSS 1991; 29: 61-67.
41. Dulanto-Gutiérrez E. La adolescencia como etapa existencial.DF. McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 143-57.
42. Gonzalez-Forteza CF, Salgado VN, Andrade P. Fuentes de conflicto, recursos de apoyo y estado emocional en adolescentes. Salud Mental 1993; 16: 16-21.
43. Lewis M, Volkmar F. Clinical aspects of child & adolescent development. Philadelphia, EUA: Editorial Lea & Febiger, 1990; 211-252.
44. Aguilera-Guzmán RM, Carreño-García MS, Juárez-García F. Características psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. Salud Mental. 2004; 27: 57-64.
45. World Health Organization, Sixty-fifth world health assembly 2012. <http://www.who.int/mediacentre/events/2012/wha65/journal/en/index4.html> Accessed 16.6.2012
46. [http://sersame.salud.gob.mx/depresion\\_cap2.htm](http://sersame.salud.gob.mx/depresion_cap2.htm)
47. Slone LB, Norris FH, Murphy AD, Baker CK et al. Epidemiology of major depression in four cities in Mexico. Depress Anxiety 2006; 23(3):158-167.

48. Barondes SH. (1998). Mood Genes: Hunting for the Origins of Mania and Depression. New York: W.H. Freedman and Co
49. Lima, L. Bases biológicas de los trastornos afectivos. *Interciencia* 1992. Vol 17, 2: 86-91.
50. Abbas A, Lichtman A, Pober J. 1991. Cellular and molecular immunology. Editorial W.B. Saunders Company. 1era edición. Cap 1 y 2
51. Noha Sadek y Charles Nemeroff “ Update on the Neurobiology of Depresión “ / . *Medscape /Psychiatry/Treatment Update/2000*
52. Reiman E. The Quest to Establish the neural substrates of anxiety. *Psychiatric Clinics of North America*. 1998; Vol. 11, 2: 302 -304
53. Kapornai K, Vetró A. Depression in children. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21: 1-7. *Sistema Nacional de Salud. Volumen 33, N° 2/2009*
54. Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J et al La depresión como problema de salud pública en México Vol. 35, No. 1, enero-febrero 2012 386-395.
55. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz- Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia en busca de tratamiento. *Salud Publica Mex* 2004;46: 417-424
56. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental: respuesta al llamamiento a favor de la acción. En: Informe de la secretaria en la 55a Asamblea Mundial de la Salud 2002. Ginebra 2002. Disponible en: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA55/swaha5510.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/swaha5510.pdf).
57. Zapata-Gallardo JN, Figueroa-Gutierrez M, Mendez-Delgado N, Miranda-Lozano VM, Linares-Segovia B, Carrada-Bravo T, Vela-Otero Y, Rayas-Lundes AM. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. *Bol Med Hosp Inf Mex* 2007; 64:295-301.
58. De la Peña F., Lara M.C., Cortés J., Nicolini H., Páez F., Almeida L. (1996) “Traducción al español y validez de la Escala de Birlson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia”. *Salud Mental* V.19, Suplemento octubre de 1996. Pp. 17-23
59. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria* 1996;18 (6): 289-295.



## 14. ANEXOS

### 14.1 Anexo 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación  
titulado

DISFUNCION FAMILIAR Y DEPRESION EN ADOLESCENTES DE 14 A 18  
AÑOS DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL  
NEZAHUALCOYOTL QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA.

El objetivo de este estudio es evaluar el funcionamiento familiar así como la prevalencia de depresión en adolescentes. Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir al investigador aplicarme junto con mi familia una escala de Depresión así como una escala de funcionalidad familiar a través de una entrevista.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, derivados de mi participación en el estudio. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta que le plante acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que se me otorga en este instituto, y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente \_\_\_\_\_

## 14.2 ANEXO 2

ESCALA DE BIRLESON  
CALIFICACION POR ITEMS

Por favor responde honestamente como te has sentido en las ultimas 2 semanas no hay repuestas buenas o malas

	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1.-Me interesan las cosas igual que antes	0	1	2
2.-Duermo muy bien.	0	1	2
3.-Me dan ganas de llorar	2	1	0
4.-Me gusta salir con mis amigos	0	1	2
5.-Me gustaría escapar salir corriendo	2	1	0
6.-Me duele la panza	2	1	0
7.-Tengo mucha energia	0	1	2
8.-Disfruto la comida.	0	1	2
9.-Puedo defenderme por mi mismo.	0	1	2
10.-Creo que no vale la pena vivir.	2	1	0
11.-Soy bueno para las cosas que hago.	0	1	2
12.-Disfruto lo que hago tanto como lo hacia antes.	0	1	2
13.-Me gusta hablar con mi familia.	0	1	2
14.-tengo sueños horribles.	2	1	0
15.-Me siento muy solo	2	1	0
16.-Me animo fácilmente.	0	1	2
17.-Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo.	2	1	0
18.-me siento muy aburrido.	2	1	0

58

### 14.3 ANEXO 3

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que lo realice en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X.

	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
--	--------------	---------------	------------

	(2)	(1)	(0)
Adaptabilidad: ¿está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
Participación: ¿le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa con ud. En la resolución de ellos?			
Crecimiento: ¿Su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
Afecto: ¿Está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos ya sean de bienestar o malestar?			
Resolución: le satisface la cantidad de tiempo en que usted y su familia pasan juntos?			

**0-3 puntos: familia altamente disfuncional.**

**4-6 puntos: moderada disfuncion familiar.**

**7-10puntos: familia funcional** <sup>59</sup>