



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NÚM. 66. XALAPA, VERACRUZ

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y GRADO DE
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DEL SBETIS
NO. 261 DE ACTOPAN, VERACRUZ**

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

PRESENTA:

DRA. MARY CARMEN AGUILAR LADRÓN DE GUEVARA

XALAPA, VERACRUZ

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Gracias a los médicos por su instrucción, tolerancia y enseñanza durante la especialidad en medicina familiar, la cual me hace ser mejor medico. Estos estudios y la realización de mi investigación son importantes para decisiones futuras en mis actividades diarias y en lo mas importante, el trato al paciente.

Dedicatoria

A mis hijos con especial cariño, dado el tiempo que me prestaron para prepararme, lo cual no es solo para mi profesión sino también para mi desempeño como madre-

A mi esposo, por el apoyo en los momentos mas complicados, al combinar estudios, tareas, guardias y hogar.

A mis padres, por el inmenso apoyo durante toda mi vida.

TÍTULO

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y GRADO DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DEL CENTRO DE BACHILLERATO TECNOLÓGICO INDUSTRIAL NÚM. 261 DE ACTOPAN, VERACRUZ

ÍNDICE GENERAL

Marco teórico.....	1
Antecedentes	1
Planteamiento de problema	13
Justificación	14
Objetivos	15
Material y Métodos	16
Consideraciones éticas.....	22
Resultados	32
Adaptabilidad y Cohesión de los alumnos.....	33
Discusión.....	44
Referencias bibliográficas	47
Anexos.....	52
Anexo 1. Cuestionario para la recolección de datos.....	52
Anexo 2. Carta de consentimiento informado	55

Marco teórico

Antecedentes

Adolescencia. Durante la adolescencia se pueden presentar cambios en el estado de ánimo con periodos de depresión. Los síntomas más frecuentemente observados son estados de ánimo fluctuantes –en ocasiones, de tristeza o infelicidad, afecto deprimido, desesperanza, culpa, retardo psicomotor, falta de apetito y trastornos en el sueño–. Esto ocasiona un bajo rendimiento en las actividades del individuo, tanto en las escolares, como en las de diversión, en las de casa y en el trabajo; afectando directamente sus relaciones interpersonales y su perspectiva de vida.¹

Ante estos acontecimientos, es importante señalar que a nivel mundial se ha reconocido que la depresión ocupa el cuarto lugar en cuanto al peso de enfermedad, es responsable de uno de cada diez años de vida perdidos en la población. En el año 2020, la depresión ocupará el segundo lugar, después de los problemas cardiacos.²

La adolescencia es una etapa importante en la vida del ser humano, donde convergen pasado y futuro, y donde se dan una serie de ajustes y cambios en el individuo así como también en su entorno. En este marco, la familia desempeña un papel primordial, ya que es la que ha proporcionado los elementos necesarios para afrontar esta etapa, interviniendo posteriormente la sociedad, el ambiente y el grupo de pares.³

Depresión en la adolescencia. 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.

El trastorno depresivo mayor (TDM) en la infancia y en la adolescencia se ha convertido en una de las líneas de investigación más importante a nivel internacional. La frecuencia del TDM en la adolescencia aumenta comparativamente con el que se presenta en la infancia. El sexo y la edad se correlacionan para la manifestación de los síntomas depresivos. Prepuberalmente la presentación en niñas y niños es de 1:1, y durante la adolescencia cambia hasta 2:1.⁴

Algunos autores han descubierto la adrenaarquía (aumento de la liberación de andrógenos adrenales que ocurren entre los seis y ocho años y que precede aproximadamente en dos años los cambios que se presentan en la pubertad), como uno de los elementos importantes en el inicio de los síntomas depresivos en la pubertad y la adolescencia⁴.

Otras variables, como disfunción familiar, baja autoestima, psicopatología en familiares en primero y segundo grado, comorbilidad con otros trastornos (distimia, trastornos adaptativos, trastorno por déficit de atención, trastorno de conducta y abuso y dependencia a sustancias), así como el suicidio se han relacionado con el inicio de la enfermedad a esta edad.

Adolescencia

Desde una perspectiva etimológica, el vocablo “adolescencia” proviene del verbo latino *adolescere*, cuyo significado es “crecer”, “madurar”, “llegar a la maduración”. El crecimiento al que alude la raíz verbal involucra tanto los aspectos físicos como también el desarrollo intelectual, emocional, etc., del individuo. En lo que concierne a lo somático, implica alcanzar los rasgos físicos que caracterizan como adulto a los miembros de la especie. En lo intelectual, durante el curso de la adolescencia se logran las capacidades del razonamiento, que serán definitivas para el individuo.⁵

La adolescencia es una etapa de la vida que se caracteriza por un continuo crecimiento, pues es la transición entre la infancia o edad escolar y la edad adulta. Esta transición de cuerpo y mente proviene no solamente del individuo mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios psicológicos que se producen lo hagan llegar a la edad adulta.

La adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social y, por lo tanto, sus límites no se asocian a las características únicamente físicas. Adolescente se refiere al grupo de población de 10 a 19 años.⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85% de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1.7 millones de ellos mueren al año. La OMS define la adolescencia como la etapa que va entre 11 y 19 años, y considera dos fases: la adolescencia temprana, de 12 a 14 años, y la adolescencia tardía, de 15 a 19 años. Sin embargo, la condición de juventud no es uniforme y varía según el grupo social que se considere.⁵

En México, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) afirmó que en 2010 la información censal señala 24.6 millones de adolescentes, lo que representa 21.95% de adolescentes del total de la población. Mientras que 35 años atrás, este segmento de la población concentraba un poco más de seis millones de habitantes aunque, como ahora, representaban una quinta parte del total de la población.⁶

A diferencia de lo que sucede en escolares, en los adolescentes, en la medida que aumenta la edad, se incrementa la mortalidad⁷. La prevención primordial y la promoción de factores generales y específicos de protección evitan y controlan los daños y trastornos en la salud del adolescente. Algunos factores de protección incluyen la educación, nutrición, inmunizaciones, ejercicio físico, tiempo libre justo, promoción familiar y desarrollo espiritual, oportunidades de trabajo y legislaciones favorables para el niño y el adolescente. En los servicios de salud debe promoverse en la prevención de cáncer pulmonar, embarazo precoz, enfermedades de transmisión sexual, accidentes y en la evaluación de los patrones de crecimiento y desarrollo normales.

El papel de la familia durante la adolescencia

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.

La familia puede considerarse como una especie de unidad de intercambio, ya que lo familiar tiene una raíz de naturaleza biológica que se transforma por el impulso de subsistencia y superación humana. En este sentido, representa un espacio vital de

intimidad donde las personas pretenden conjugar su identidad personal con su expresión emotiva y afectiva. La familia tiene una naturaleza de carácter social, público y privado: condensa en su seno a la sociedad entera y se muestra hacia el exterior de sí misma como una institución clave en la operación social.⁸

Hoy en día, se considera que la familia tiene muchos problemas y dificultades relacionados con la educación y formación familiar, lo que lleva a que atraviese por graves conflictos que suelen orillarla a crisis. Son múltiples los factores, tanto internos como externos, que actúan en la dinámica familiar, siendo los factores externos los que están minando la autoridad paterna y entorpeciendo la adecuada comunicación en el seno de la familia y especialmente la interacción con los hijos adolescentes.

Asimismo, en la vida urbana moderna, la familia y la educación entre otros factores distraen la atención de lo importante, como entender lo esencial del vivir y el sentir. Así como, el resolver estos problemas en la vida intrafamiliar; cada día hay menos comunicación entre padres e hijos, y mucho menos entre hermanos. Esto entorpece la dinámica y comunicación familiar. Para superar estas crisis se plantea, actuar con responsabilidad, afecto, cautela, honestidad y libertad en la comunicación existencial y si es necesario recurrir a un grupo terapéutico⁹.

Incluir en una investigación el factor familia, implica considerar que hay una clasificación que facilita conocer de qué forma afecta al paciente el tipo de familia al que pertenece.¹⁰

La clasificación es la siguiente:

Parentesco

Presencia física en el hogar o convivencia

Medios de subsistencia

Desarrollo

Nivel económico

El nivel socioeconómico 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. Por ello, es necesario medir el índice simplificado de pobreza familiar que considera, el ingreso económico, la escolaridad materna, el hacinamiento y el número de hijos dependientes para obtener un puntaje y determinar el resultado en algunas de las tres categorías: Sin evidencia de pobreza familiar, Pobreza familiar baja, y Pobreza familiar alta¹⁰.

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. 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 subyacentes¹¹.

Depresión en adolescentes

Depresión. Trastorno mental caracterizado por tristeza profunda y pérdida de placer o interés, perdura durante al menos dos semanas y está presente la mayor parte del día¹². La evolución del concepto “depresión adolescente” se puede resumir en etapas esenciales: a comienzos del siglo XIX se introduce en el campo científico moderno y resurge de forma progresiva en el transcurso de los últimos veinte años del siglo XX.

En una segunda etapa se da menos importancia a los síntomas manifiestos y se da mayor importancia a los conflictos intrapsíquicos que los determinan (enfoque psicoanalítico). A través de diversos estudios se observa que las perturbaciones psicopatológicas adolescentes, no desaparecen de manera espontánea, sino que progresan y se estructuran como una patología definida en la edad adulta, en ausencia de intervenciones oportunas¹².

Depresión en la adolescencia. 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. El trastorno depresivo

mayor (TDM) en la infancia y en la adolescencia se ha convertido en una de las líneas de investigación más importante a nivel internacional.¹²

La frecuencia del TDM en la adolescencia aumenta comparativamente con el que se presenta en la infancia. El sexo y la edad se correlacionan para la manifestación de los síntomas depresivos. Prepuberalmente la presentación en niñas y niños es de 1:1, y durante la adolescencia cambia hasta 2:1. Algunos autores han descubierto la adrenarquía (aumento de la liberación de andrógenos adrenales que ocurren entre los 6 y los 8 años y que precede aproximadamente en dos años los cambios que se presentan en la pubertad), como uno de los elementos importantes en el inicio de los síntomas depresivos en la pubertad y la adolescencia.¹²

Otras variables, como la disfunción familiar, la baja autoestima, la psicopatología en familiares en primero y segundo grado, la comorbilidad con otros trastornos (distimia, trastornos adaptativos, trastorno por déficit de atención, trastorno de conducta y abuso y dependencia a sustancias) así como el suicidio se han relacionado con el inicio de la enfermedad a esta edad.¹²

Hasta antes de la década de los setenta del recién siglo pasado, la depresión en niños y adolescentes fue un tema controversial. Sin embargo, investigaciones en las dos últimas décadas dejaron claro que también se presenta en esos grupos etarios^(13, 14) 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.^{15, 16}

En México, y en otros lugares del mundo, los trastornos mentales se han vuelto un problema de salud pública por ser una causa importante de enfermedad, discapacidad y muerte.¹⁷ En 2003, en el sexo masculino ocupó el noveno lugar de las enfermedades no transmisibles causantes de egresos hospitalarios y el sexto en el femenino.¹⁸

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en 2002 en sujetos de 18 a 65 años de edad, 9.1% de la población ha cursado con algún trastorno afectivo, con una prevalencia de 11.2% en mujeres y 6.7% en hombres. En la

misma encuesta, la prevalencia global del trastorno depresivo mayor fue de 3.3% y de la distimia, de 0.9%¹⁹. En un estudio nacional de 2005 se encontró 4.5% de depresión en adultos²⁰. Considerando la mortalidad y el número de días vividos con discapacidad, los trastornos mentales se colocan entre los padecimientos que más carga representan a escala mundial, atribuyéndoles actualmente 10% de la global y estimando que para el 2020 aumentará a 15%. La depresión será el segundo motivo de incapacidad y ausentismo laboral.^{21, 22}

Según encuestas, la prevalencia de adolescentes con síntomas depresivos es de 22.8 a 50.8%. En la mitad, la duración de un episodio depresivo se extiende a más de dos años; en un tercio, entre tres meses y dos años; 26 % se recupera a los tres meses; 21% todavía es sintomático luego de un año y 14% después de tres años.^{13, 23}

Dada la relevancia de la depresión en la adolescencia, no siempre se proporciona la atención propia. Los adolescentes con depresión son poco identificados por sus padres, no buscan ayuda en ellos y se resisten a consultar a un profesional de la salud. Cuando acuden para atención médica, lo hacen por manifestaciones somáticas. Por ello, este grupo se vuelve vulnerable al no tener identificados sus problemas emocionales, que quizás no se resuelvan de forma espontánea y dificultarán el desarrollo psíquico normal de la adolescencia y de la vida adulta.^{13, 24, 25}

También se ha informado la presencia de factores biológicos como el descenso de dopamina, noradrenalina y serotonina. Los factores individuales que se han detectado son: labilidad emocional, formación de una nueva imagen de sí mismo, actitud autodestructiva, falta de maduración y falta de logros académicos. Los factores sociales como la familia, la escuela, los compañeros y las relaciones sociales también desempeñan un papel importante en la génesis de la depresión del adolescente.

Respecto a la interacción padre e hijo, las alteraciones frecuentes en los adolescentes deprimidos son: el carácter autoritario o permisivo de los padres, la ruptura de lazos familiares, riña continua y rechazo de los padres y la falta de comunicación.^{13, 16, 27}

El diagnóstico de depresión es posible utilizando la escala de Birlson (Depression Self Rating Scale (DSRS)) en su versión al español²⁸ diseñada para cuantificar la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes, y puede utilizarse para supervisar la respuesta al tratamiento. Existen estudios donde se ha demostrado su utilidad en la población de adolescentes, y con el apoyo de un equipo interdisciplinario y multidisciplinario ha sido posible establecer el diagnóstico y tratamiento de depresión en forma temprana. La escala de Birlson es unidimensional, ya que solo mide el constructo teórico depresivo.

Es un instrumento autoaplicable tipo Likert que consta de 18 items con tres alternativas de respuesta, siempre, algunas veces y nunca, cada una de los cuales puede obtener una calificación de 0 a 2, siendo la máxima calificación de 36 la máxima puntuación. Diez de los dieciocho reactivos se califican de 0 a 2 (reactivos 1, 2, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15) y los ocho reactivos restantes se califican de 2 a 0. La traducción y validación de la escala fue realizada en un estudio en el que se aplicó a 349 adolescentes de 13 a 19 años, agrupados en dos poblaciones: la primera fue la población clínica constituida por 138 sujetos y la segunda fue la población abierta a 211 sujetos.²⁸

La consistencia interna del instrumento se evaluó por medio de la prueba alfa de Cronbach, obteniéndose en la población clínica máxima varianza con un valor alfa de 0.85 y para el grupo de población abierta con valor alfa de 0.77. Utilizando un punto de corte de 15 se obtuvo una sensibilidad del 75% y una especificidad del 81%.^{29, 30}

Funcionalidad familiar en adolescentes

Siendo la familia la unidad que integra una sociedad, es evidente que muchos investigadores (Gurman y Kniskern, 1981; Olson, 1985; Beavers y Hampson, 1995) han tratado de *evaluar* el funcionamiento familiar. Pero, la mayor dificultad que debe superarse es la cantidad de información que se obtiene de la entrevista con algún miembro de un núcleo familiar. Además, considerar las apreciaciones particulares del o los sujetos que analizan dicha información³¹.

El funcionamiento familiar es determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. En base a que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional.³²

Función familiar. La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones, los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad.³⁰ Funciona familiar es la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.^{32, 33}

Los instrumentos estandarizados al español, como el FACES III (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*), permiten un acercamiento a la evaluación clínica de la funcionalidad familiar. Es imprescindible que el médico familiar evalúe las características de la familia, su estilo de vida, elementos conductuales, manejo del estrés y capacidad adaptativa, que son de gran utilidad clínica en la práctica de la medicina familiar, brindando la oportunidad de establecer tanto guías para la orientación familiar, como posibles estrategias de tratamiento que requieran la participación de otros profesionales como terapeutas familiares, sociólogos, psiquiatras, y otros.³⁴

La Encuesta Nacional de Salud Mental reporta una prevalencia de los trastornos depresivos más severos en 3.9% de las mujeres y 2.2% de los varones.³⁵ En la ciudad de México, es de 4.1% en las mujeres en comparación con 1.6 en los varones. Por otro lado, los síntomas depresivos severos se reportan en 17% de las mujeres, en comparación con 8.5% de los varones.^{34, 36}

Cabe señalar que los cambios físicos y psicológicos a los que se enfrenta el adolescente se ven influenciados, directa o indirectamente por su entorno familiar y sociocultural. Más, la familia es la que desempeña un rol importante para el adolescente, porque ella “asegura la sobrevivencia física y constituye lo humano en el individuo. La satisfacción de las necesidades biológicas, indispensables y esenciales para la sobrevivencia no garantizan el desenvolvimiento de lo humano, es la

experiencia de la vida familiar lo que constituye y brinda las condiciones para el desarrollo de lo humano”.³⁶

Conocer el ambiente familiar de los adolescentes, permite saber cómo está influyendo en las actividades y problemáticas a las que continuamente se enfrentan, permite además, reconocer, si la estructura familiar realmente puede ser un factor protector presente en la ayuda durante la etapa de la adolescencia. Los conflictos en la familia, el hecho de permanecer más tiempo con los amigos que con la familia, el vivir con un solo padre o en hogares reconstituidos son indicadores significativos de uso de drogas, consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes.³⁷

Depresión y funcionalidad familiar en adolescentes

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. El abordaje multidisciplinario es más efectivo en estas patologías que un enfoque monoterapéutico.¹³

En el Distrito Federal se realizó un estudio en adolescentes de escuelas secundarias, bachilleratos y escuelas técnicas o comerciales a nivel bachillerato. La muestra se integró considerando como unidad de selección en la primera etapa a las escuelas y en la segunda, al grupo escolar. El marco muestral fue elaborado con los registros oficiales de la SEP (escuelas de enseñanza media y media superior), que se encuentran en una base de datos computarizada. Se seleccionaron de forma aleatoria las escuelas al interior de las 16 delegaciones políticas en el DF. La muestra obtenida de grupos y alumnos fue autoponderada por delegación, con objeto de facilitar el mecanismo de estimación y el procesamiento de datos, siendo al final 3,458 adolescentes a los que se les aplicó el cuestionario. Dicho estudio reflejó que la presencia de sintomatología depresiva es significativamente mayor en las mujeres.³⁷

En una muestra de 364 adolescentes embarazadas mediante el APGAR familiar, se encontró que 27% presentaban disfunción familiar moderada, 6% severa y 67% normal,

entre los aspectos de mayor alteración fueron el crecimiento y afecto²⁷. De acuerdo con la escala de depresión se obtuvieron dos categorías: – *Adolescentes sin depresión*: puntuaciones de 0 a 13 – *Adolescentes con depresión*: puntuaciones de 14 a 36.

Un estudio sobre depresión en adolescentes que se efectuó en 2006 con una muestra de 252 adolescentes en un centro educativo que se eligió por tener a sus alumnos en el programa de seguros escolares, lo que permitiría brindar una atención integral dentro del IMSS a los jóvenes con depresión. Los investigadores acudieron a las aulas solicitando la participación a los alumnos, y haciendo hincapié en que el cuestionario de Birleson debía ser contestado de acuerdo con lo sentido en las dos últimas semanas. Se encontró un 29.8% de depresión; en hombres se identificó el 18.7% y en mujeres el 42.4%. En adolescentes con depresión se observó con más frecuencia la familia rígidamente dispersa. En adolescentes sin depresión fueron más comunes las familias flexiblemente aglutinadas, estructuralmente aglutinadas y rígidamente aglutinadas.¹³

FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) Versión al Español. Instrumento validado en Monterrey, Nuevo León en su versión en español, donde la confiabilidad fue mayor de 0,90 (test-rest) y 0,68 con alfa Cronbach, por lo que fue considerado útil para evaluar la funcionalidad familiar en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. La Cohesión se define como la unión emocional que tienen los miembros de una familia. Esta dimensión se integra por diversos conceptos como unión emocional, límites, alianzas, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación. La Adaptabilidad se define como la posibilidad de cambio de liderazgo, relación de roles y normatización de la relación entre los miembros de una familia³³.

Un estudio con 120 adolescentes, 60 con intento de suicidio y 60 sanos, que acudían para su atención por intento de suicidio al Hospital Infantil del Estado de Sonora en el periodo del 1 de Diciembre de 2001 al 31 de Marzo del 2004, se realizó para comparar adolescentes con intento de suicidio y sanos seleccionados al azar con características similares en edad y sexo. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, factores socioculturales, factores de riesgo suicida, diagnóstico, tratamiento y evolución, se utilizó la Escala de Birleson la cual tiene un punto de corte de 15 para el diagnóstico de

depresión. Los resultados fueron, predominó el sexo femenino, el promedio de edad fue de 14 años; originarios de Hermosillo 76%, predominó la religión católica 75%.

La diferencia de los grupos en dicho estudio, fue que en los adolescentes con intento de suicidio en los antecedentes familiares presentaron significancia estadística: familia desintegrada, violencia familiar, toxicomanías, trastornos psiquiátricos y antecedente de intento de suicidio, en cuanto los factores personales se encontró en equivalentes depresivas, depresión y antecedente de intento de suicidio. La Escala de Birleson mostró una diferencia estadísticamente significativa de 4.4 puntos, con 14.7 para los que intentaron el suicidio y 10.3 para los sanos.⁷

Planteamiento de problema

Los cambios físicos y psicológicos a los que se enfrenta el adolescente se ven influenciados, directa o indirectamente por su entorno familiar y sociocultural. Más, es la familia la que desempeña un rol muy importante para el adolescente, ya que ella “asegura la sobrevivencia física y constituye lo humano en el individuo. La satisfacción de las necesidades biológicas, indispensables y esenciales para la sobrevivencia no garantizan el desenvolvimiento de lo humano, es la experiencia de la vida familiar lo que constituye y da las condiciones para el desarrollo de lo humano”.³⁵

Conocer el ambiente familiar de los adolescentes, permite saber cómo está influyendo en las actividades y problemáticas a las que continuamente se enfrentan, permite además, reconocer, si la estructura familiar realmente puede ser un factor protector presente en la ayuda durante la etapa de la adolescencia. Los conflictos en la familia, el hecho de permanecer más tiempo con los amigos que con la familia, el vivir con un solo padre o en hogares reconstituidos son indicadores significativos de uso de drogas, consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes.³⁵

La disfuncionalidad familiar afecta la salud del adolescente, provocando entre otros padecimientos, la depresión.

Con base en lo anterior, en este trabajo se considera importante el papel de la familia y la presencia de sintomatología depresiva en los adolescentes en dicha comunidad, ya que en alumnos con estas sintomatologías se ve afectado su desempeño. Además, es una forma de colaborar en busca de la salud para todos entre educación y salud. Por ello, se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la disfuncionalidad familiar y la sintomatología de depresión de los adolescentes en el CBTIS Núm. 261 de Actopan, Veracruz?

Justificación

Es posible decir que la adolescencia es un fenómeno psicológico que se ve determinado por la pubertad, pero no se reduce a ella, los diversos cambios que se presentan para el adolescente influyen directamente sobre él, son estos quienes van a dificultar o a facilitar la integración completa del adolescente. Adaptarse a estos cambios no sólo físicos sino también sociales lo llevan a la búsqueda de su propia identidad. Por ello, deben clasificarse de acuerdo a sus características socio-demográficas, e identificar alguna conducta que pudiera estar asociada, ya sea a sus características, o a la clasificación de tipología familiar, o a la clasificación del índice simplificado de pobreza familiar a la que pertenezcan.

Es importante diagnosticar depresión con instrumentos validados, como la Escala de Birlson. Es de importancia, si se toma en cuenta que la prevalencia del padecimiento ha sido determinada hasta el 27% de los adolescentes que son atendidos en los servicios psiquiátricos. En población abierta (estudiantes de secundaria), a lo largo de la vida, la prevalencia de la depresión mayor es de 4% y para la distimia 4.9%¹⁴.

El FACES III permite un buen acercamiento a la evaluación clínica de la funcionalidad familiar en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. 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. El abordaje multidisciplinario es más efectivo en estas patologías que un enfoque mono terapéutico.

Por último, tanto la depresión como la disfunción familiar en los adolescentes, son sintomatologías que pueden conducirlos a peores daños a su persona, como el uso y abuso de drogas, el suicidio, entre otros. En el Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial de Actopan, Veracruz no se ha realizado algún estudio de esta naturaleza, por ello el interés de investigar sobre la funcionalidad familiar y la sintomatología de depresión.

Por lo anterior, se hace necesario diagnosticar y analizar estas sintomatologías en los adolescentes, siendo una población preocupante.

Objetivos

General

Identificar la funcionalidad familiar y la sintomatología de depresión de los adolescentes del Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial No. 261 de Actopan, Ver., durante el periodo de marzo a diciembre de 2012.

Específicos

1. Determinar la frecuencia de la sintomatología de depresión de los adolescentes del Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial Núm. 261 de Actopan, Veracruz
2. Determinar la frecuencia de la clasificación por cohesión de las familias de los adolescentes del Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial Núm. 261 de Actopan, Veracruz
3. Determinar la frecuencia de la clasificación por adaptabilidad de las familias de los adolescentes del Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial Núm. 261 de Actopan, Veracruz
4. Identificar las características socio-demográficas de los adolescentes del Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial Núm. 261 de Actopan, Veracruz, como son la edad, género, estado civil
5. Identificar las características familiares de los adolescentes del Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial Núm. 261 de Actopan, Veracruz, como son el Índice Simplificado de Pobreza Familiar y la Tipología familiar
6. Identificar la sintomatología de depresión y funcionalidad familiar por características socio-demográficas y familiares de los adolescentes del Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial Núm. 261 de Actopan, Veracruz

Material y Métodos

Tipo de estudio: Estudio descriptivo prospectivo transversal

Diseño de la investigación: Encuesta

Población: 370 alumnos del Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial Núm. 261 de Actopan, Veracruz. Turno Matutino Único.

Lugar: Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial Núm. 261 de Actopan, Veracruz

Tiempo: Junio de 2010 a noviembre de 2012

Muestra: Tipo no probabilística

Criterios de selección

Criterios de inclusión: Alumnos que estudian el Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial Núm. 261, que asistieron a clases el día de la encuesta y que aceptaron participar en el estudio, varones y mujeres, edad de 15 a 18 años y que los padres de familia aceptaron que su hijo participara en el estudio, firmando el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: No.

Criterios de eliminación: Cuestionarios mal llenados o incompletos. Alumnos que sus padres no firmaron el consentimiento informado.

Método para captar la información

Los datos que se captaron, correspondieron a todos los alumnos del Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial Núm. 261. La investigadora decidió, en base a los criterios de selección, qué alumnos entraron a formar parte del estudio. En este caso se justifica este tipo de muestra porque se tiene la población total de alumnos del Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial al alcance de la investigadora, es además una muestra pequeña y no se tuvieron problemas de horario y costo. Por lo tanto, la muestra se integró con 310 alumnos. Este conjunto de datos resultó menor que la población

porque algunos alumnos no asistieron el día que se aplicó el cuestionario, y otros no devolvieron el consentimiento informado firmado por los padres. El procedimiento que se siguió fue el siguiente:

1. Se diseñó un instrumento de recolección de datos. Los apartados que se aplicaron para la recolección de datos de campo que permitieron cumplir los objetivos, son:
 - Un apartado para registrar las características socio-demográficas
 - Un apartado para detectar el tipo de familia y el índice simplificado de pobreza familiar
 - **FACES III**, Cohesión esta dimensión se integra por diversos conceptos como unión emocional, límites, alianzas, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación. La Adaptabilidad se define como la posibilidad de cambio de liderazgo, relación de roles y normalización de la relación entre los miembros de una familia.³⁴
 - **La Escala de Birlson**. Es autoaplicable, tiene tres alternativas de respuesta, siempre, algunas veces y nunca, consta de dieciocho reactivos, cada uno de los cuales puede obtener una puntuación de 0-2, siendo la máxima calificación de 36. Diez de los 18 reactivos se califican de 0-2 (reactivos 1,2, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15) y los ocho reactivos restantes se califican de 2-0.³⁰
2. Se solicitó el permiso a la directora.
3. Se explicó a los alumnos detalladamente en qué consistían las preguntas, cómo contestarlas, se les mencionó que los resultados obtenidos de estos cuestionarios solamente serían de uso estadístico, así como la confidencialidad plena de los resultados de cada cuestionario.
4. Se entregó el consentimiento informado a los alumnos para que lo firmaran sus padres.
5. Al siguiente día se aplicaron los instrumentos.
6. Se integraron los consentimientos y cuestionarios respondidos

7. Conformen los alumnos entregaban el cuestionario respondido se revisaba que no tuviera respuestas incompletas
8. Los datos obtenidos se concentraron en una base de datos para su posterior análisis estadístico.
9. Se analizaron los datos para redactar el reporte de resultados

Información a recolectar y variables a recolectar

Las variables bajo estudio son las que se listan y describen en el Tabla 1.

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
Grado escolar	Se refiere a cada una de las etapas en que se divide un nivel educativo. A cada grado corresponde un conjunto de conocimientos	Número de años de estudio	1 año 2 año 3 año	Ordinal
Edad	Tiempo transcurrido desde el inicio de un evento; un período en la historia; Avance del tiempo o de la vida	Edad en años cumplidos	Número entero	Razón
Género	El género está determinado por las características genéticas, hormonales, fisiológicas y funcionales que diferencian biológicamente a los seres humanos	La que se obtenga en el cuestionario	1.Femenino 2.Masculino	Nominal

Continúa . . . Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
Estado civil	Es la situación de los alumnos determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	La que se obtenga en el cuestionario	Soltero Casado Unión libre	Nominal
Índice Simplificado de pobreza familiar	Son aquellas familias que tienen ingresos inferiores (por debajo de la media que se considera el nivel de subsistencia) los más bajos niveles de instrucción, los que tienen menos poder o influencias ¹⁰	Respuesta a cuestionario	0-3 Sin evidencia de Pobreza 4-6 Pobreza baja 7 ó más Pobreza alta	Ordinal
Tipología familiar con base a su parentesco	El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta ¹⁰	Respuesta al cuestionario	Nuclear Nuclear simple Nuclear Numerosa Reconstituida Monoparental Monoparental extensa M. Extensa compuesta Extensa Extensa compuesta No parental	Nominal

Continúa . . . Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
Tipología familiar con base a la presencia física en el hogar	La presencia física está vinculada con la identificación del padre de familia y la interacción psicosocial de las familias ¹⁰	Respuesta al cuestionario	Núcleo integrado Núcleo no integrado Extensa ascendente Extensa Descendente Extensa Colateral	Nominal
Tipología familiar con base a sus medios de subsistencia	Inserción de las familias en los procesos productivos ¹⁰	Respuesta al cuestionario	Agrícolas y pecuarias Industrial Comercial De servicios	Nominal
Tipología familiar con base a su desarrollo	Desarrollo familiar ¹⁰	Respuesta al cuestionario	Tradicional Moderna	Nominal
Funcionalidad familiar	Un funcionamiento familiar saludable es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados	Respuesta al instrumento FACES III La suma de los ítems nones es para la Cohesión La suma de los ítems pares son para la adaptabilidad	Cohesión No relacionada (10-34) Semirrelacionada (35-40) Relacionada (41-45) Aglutinada (46-50) Adaptabilidad Rígida (10-19) Estructurada (20-24) Flexible (25-28) Caótica (29-50)	Nominal

Continúa . . . Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
Depresión	Trastorno mental caracterizado por tristeza profunda y pérdida de placer o interés, perdura durante al menos dos semanas y está presente la mayor parte del día	Respuesta a la escala de Birleson 10 ítems con evaluación 0, 1 2 8 ítems con evaluación 2, 1, 0	<= 12 No depresión 13-21 Síntomas depresivos 22>= Depresión mayor	Ordinal

Análisis estadístico: Los datos fueron capturados en la Hoja de Cálculo de Excel y posteriormente analizados en el software estadístico STATISTICA.³⁸

El procesamiento estadístico³⁹ consistió en la obtención de frecuencias y porcentajes para describir la muestra por características socio-demográficas y familiares como tipología familiar e ISPF; y en un análisis gráfico la Escala de Birleson y el FACES III mediante gráficos de pastel y con soporte de las pruebas Chi-cuadrada, comparando depresión y funcionalidad familiar por características socio-demográficas y familiares para identificar posibles factores asociados a la depresión.

Consideraciones éticas

Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

Adoptada por la

18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la

29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975

35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983

41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989

48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996

52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000

Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002

Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004

59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008

A. INTRODUCCIÓN

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo no debe ser aplicado sin considerar todos los otros párrafos pertinentes.

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

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

4. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código

Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

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

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

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

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

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

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

B. PRINCIPIOS PARA TODA INVESTIGACION MEDICA

11. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la

confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

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

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

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

15. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida.

El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso

grave. No se debe hacer ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité.

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

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

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

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

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

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

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

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

24. En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

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

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

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

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

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

30. Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Los autores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son

responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público..En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

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

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

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

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

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

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

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

Ley de la Salud

TITULO QUINTO. Investigación para la Salud

CAPÍTULO ÚNICO

ARTICULO 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I.- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II.- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III.- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;
- IV.- Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V.- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI.- A la producción nacional de insumos para la salud.

ARTICULO 97. La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.

La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyarán y estimularán el funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud.

ARTICULO 98.- En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética. El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

ARTICULO 99. La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizado un inventario de la investigación en el área de salud del país.

ARTICULO 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I.- Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

II.- Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;

III.- Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

IV.- Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

V.- Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes;

VI.- El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y

VII.- Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

ARTÍCULO 101.- Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

⁵ ARTICULO 102. La Secretaría de Salud podrá autorizar con fines preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación, el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos. Al efecto, los interesados deberán presentar la documentación siguiente:

I. Solicitud por escrito;

II. Información básica farmacológica y preclínica del producto;

III. Estudios previos de investigación clínica, cuando los hubiere;

IV. Protocolo de investigación, y

V. Carta de aceptación de la institución donde se efectúe la investigación y del responsable de la misma.

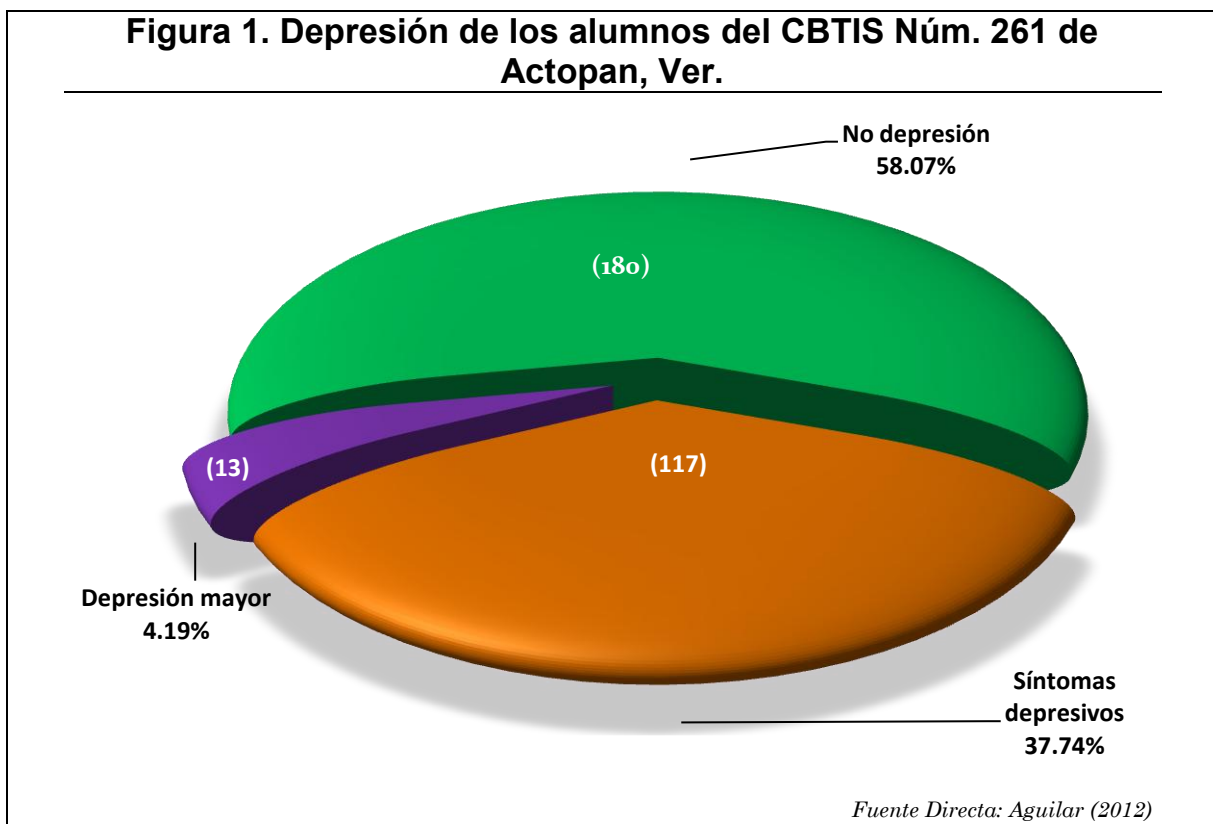
ARTÍCULO 103.- En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del pariente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta Ley y otras disposiciones aplicables.

Aspectos éticos: Por las características del estudio y de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Artículo 17 Fracción I se considera un estudio sin riesgo, ya que sólo se van aplicar cuestionarios.

El proyecto fue aprobado por el Comité Local de Investigación Número 3004 obteniendo el registro de SIRELCIS número R-2011-3004-32.

Resultados

La sintomatología de depresión de los alumnos del Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial Núm. 261, de acuerdo a la encuesta fue de no depresión para el 58.07%, presentan algún síntoma de depresión el 37.74% y solo en 4.19% tiene depresión mayor (Figura 1).



Adaptabilidad y Cohesión de los alumnos

En la Tabla 1 se identifica que el 12% de los alumnos pertenecen a familias flexiblemente separadas y otro 12% a familias estructuralmente separadas, el 11% a familias caóticamente conectadas, otro 11% a familias estructuralmente desligadas y en menor porcentaje el resto de categorías.

Tabla 1. Adaptabilidad y cohesión de los alumnos

Familias	Frecuencia	Porcentaje
Flexiblemente desligadas	26	8,4
Flexiblemente separadas	37	11,9
Flexiblemente conectadas	31	10,0
Flexiblemente amalgamadas	3	1,0
Estructuralmente desligadas	34	11,0
Estructuralmente separadas	37	11,9
Estructuralmente conectadas	21	6,8
Estructuralmente amalgamadas	4	1,3
Caóticamente desligadas	8	2,6
Caóticamente separadas	24	7,7
Caóticamente conectadas	35	11,3
Caóticamente amalgamadas	11	3,5
Rígidamente desligadas	21	6,8
Rígidamente separadas	12	3,9
Rígidamente conectadas	4	1,3
Rígidamente amalgamadas	2	0,6
Total	276	100%

Fuente Directa: Aguilar (2012)

La Tabla 2 ilustra que en cuanto a las características de cohesión de sus familias: 89 (28.7%) familias se reportaron como No relacionadas, 110 (35.5%) Semirelacionadas, 91 (29.4) Relacionadas y 20 (6.5%) Aglutinadas.

Tabla 2. Adaptabilidad y cohesión de los alumnos

Adaptabilidad	Cohesión									
	No relacionada		Semirelacionada		Relacionada		Aglutinada		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Rígida	21	23,6	12	10,9	4	4,4	2	10,0	39	12,6
Estructurada	34	38,2	37	33,6	21	23,1	4	20,0	96	31,0
Flexible	26	29,2	37	33,6	31	34,1	3	15,0	97	31,3
Caótica	8	9,0	24	21,8	35	38,5	11	55,0	78	25,2
Total	89	28,7	110	35,5	91	29,4	20	6,5	310	

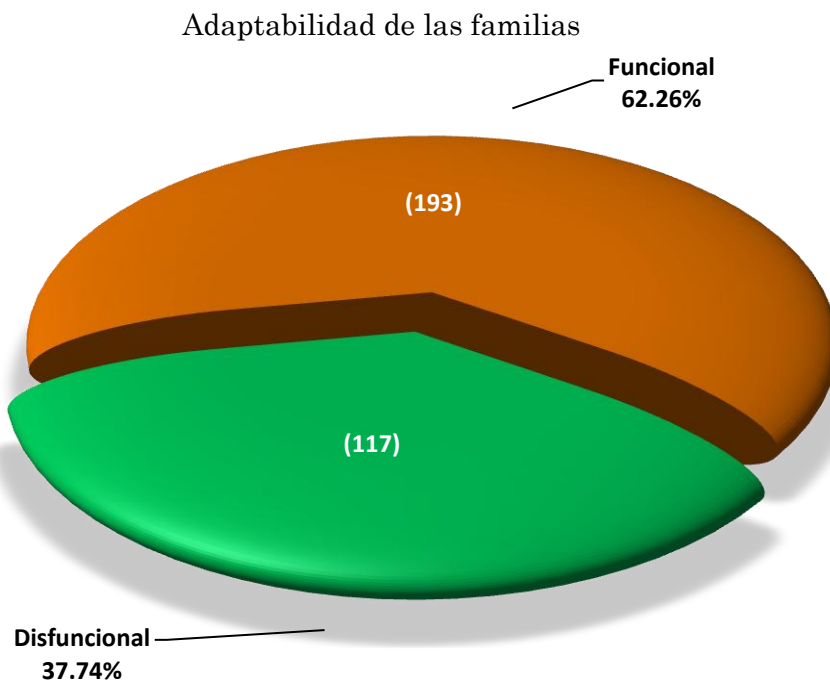
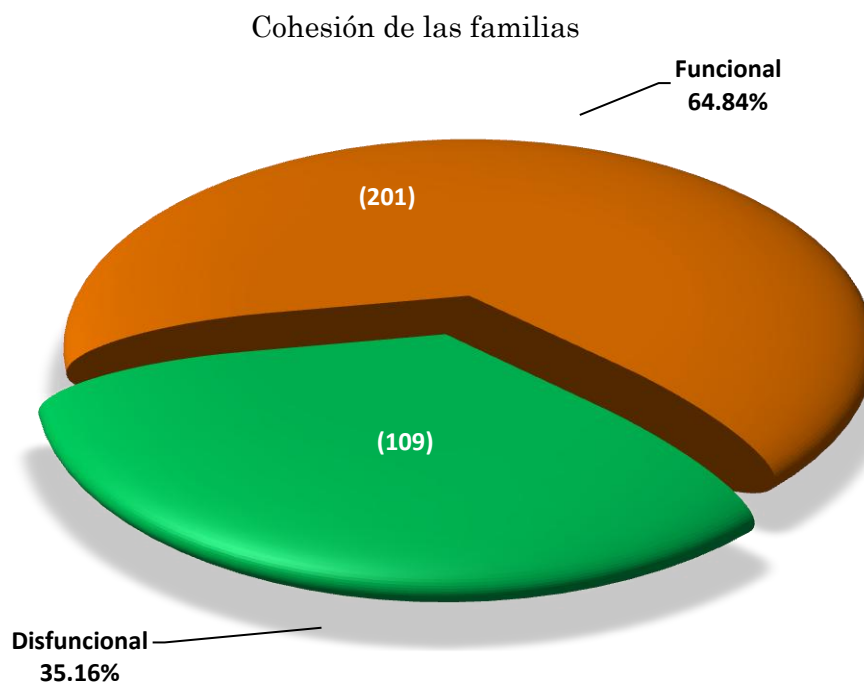
Fuente Directa: Aguilar (2012)

También se aprecia que respecto a las características de adaptabilidad de las familias, se encontró que 39 (12.6%) familias se registraron como Rígidas, 96 (31.0%) Estructuradas, 97 (31.3%) Flexibles y 78 (25.2%) Caóticas.

La Figura 2 despliega que respecto a las características de cohesión de sus familias, 201 (64.84%) familias funcionales y 109 (35.16%) familias disfuncionales. Considerándose funcionales a las familias que resultaron semirelacionadas y relacionadas, y disfuncionales a las no relacionadas y aglutinadas.

También se aprecia que respecto a las características de adaptabilidad de sus familias, 193 (62.26%) familias son funcionales y 117 (37.74%) familias son disfuncionales. Considerándose funcionales a las familias que resultaron estructuradas y flexibles, y disfuncionales a las rígidas y caóticas (Figura 2).

Figura 2. Funcionalidad familiar de los alumnos del CBTIS Núm. 261 de Actopan, Ver.



Fuente Directa: Aguilar (2012)

Tabla 3. Características socio-demográficas de los alumnos del CBTIS**Núm. 261**

Características socio-demográficas	Alumnos	
	Frecuencia	Porcentaje
Semestre		
2	113	36.45
4	111	35.81
6	86	27.74
Edad		
15	49	15.81
16	109	35.16
17	92	29.68
18	50	16.13
19	9	2.90
20	1	0.32
Sexo		
Femenino	166	53.55
Masculino	144	46.45
Estado civil		
Soltero	306	98.71
Casado	1	0.32
Unión libre	3	0.97
Actualmente, ¿Toma algún medicamento?		
No	278	89.68
Si	32	10.32

Fuente Directa: Aguilar (2012)

La Tabla 3 ilustra que el grado académico más numeroso fue el del segundo semestre con 113 (36.45) alumnos, respecto a la edad esta es acorde al grado escolar que cursa (15 y 16 años), solo el 3.22% tiene 19 y 20 años, la edad que predomina es la de 16 años (35.16%) seguida de 17 años (29.68%), en cuanto al género son más las mujeres (53.55%), la mayoría son solteros (98.71%), y solo 32 de los alumnos (10.32%) toman algún medicamento actualmente, entre los que mencionaron ácido fólico, vitaminas, paracetamol, lamotrigina, calcio, naproxeno, buscapina, fluoxetina, clonazepam, neurobion y diclofenaco, entre otros. (Tabla 3)

**Tabla 4. Índice Simplificado de Pobreza Familiar de los alumnos del CBTIS
Núm. 261**

Índice Simplificado de Pobreza Familiar	Alumnos	
	Frecuencia	Porcentaje
ISPF		
Sin evidencia de pobreza familiar	116	37.42
Pobreza familiar baja	120	38.71
Pobreza familiar alta	74	23.87

Fuente Directa: Aguilar (2012)

El 38.71% de las familias de los alumnos tienen pobreza familiar baja, le sigue 37.42% sin evidencia de pobreza y 23.87% tiene pobreza familiar alta (Tabla 4).

Tabla 5. Tipología familiar de los alumnos del CBTIS Núm. 261

Tipología familiar	Alumnos	
	Frecuencia	Porcentaje
En base a su parentesco		
Nuclear simple	238	78.55
Monoparental	38	12.54
Monoparental extendida	5	1.65
Monoparental extendida compuesta	1	0.33
Extensa	18	5.94
Extensa compuesta	3	0.99
En base a la presencia física		
Núcleo integrado	243	78.64
Núcleo no integrado	45	14.56
Extensa ascendente	21	6.80
En base a su subsistencia		
Agrícola o pecuaria	141	45.93
Industrial	1	0.33
Comercial	67	21.82
Servicios	98	31.92
En base a su desarrollo		
Tradicional	74	74.00
Moderna	26	26.00

Fuente Directa: Aguilar (2012)

De la tipología familiar en base a su parentesco predomina más la nuclear simple con el 78.55%, seguida de la monoparental con un 12.54%. En base a la presencia física en el hogar el 78.64% tiene núcleo integrado, y 14.56% no integrado. En base a los medios de subsistencia predomina la agrícola o pecuarias con un 45.93%, le sigue 31.92% de servicios. En base a su desarrollo 74% es tradicional (Tabla 5).

Tabla 6. Sintomatología de depresión de los alumnos del CBTIS Núm. 261 según sus características socio-demográficas

Características socio-demográficas	Depresión					
	No depresión		Síntomas depresivos		Depresión mayor	
	#	%	#	%	#	%
Grado	$p = 0.013$					
2	56	31.11	51	43.59	6	46.15
4	66	36.67	44	37.61	1	7.69
6	58	32.22	22	18.80	6	46.15
Edad	$p = 0.509$					
15	23	12.78	22	18.80	4	30.77
16	60	33.33	46	39.32	3	23.08
17	57	31.67	32	27.35	3	23.08
18	32	17.78	15	12.82	3	23.08
19	7	3.89	2	1.71	0	0
20	1	0.56	0	0	0	0
Sexo	$p = 0.001$					
Femenino	81	45.00	74	63.25	11	84.62
Masculino	99	55.00	43	36.75	2	15.38
Estado civil	$p = 0.001$					
Soltero	179	99.44	115	98.29	12	92.31
Casado	0	0.00	0	0.00	1	7.69
Unión libre	1	0.56	2	1.71	0	0
Actualmente, ¿Toma algún medicamento?	$p = 0.115$					
No	166	92.22	102	87.18	10	76.92
Sí	14	7.78	15	12.82	3	23.08

Fuente Directa: Aguilar (2012)

La Tabla 6 ilustra que la sintomatología de depresión depende del semestre que cursa el alumno ($p < 0.05$), del género ($p < 0.001$) y del estado civil ($p < 0.001$); observándose más frecuencia de depresión mayor en 2° (46.15%) y 6° (46.15%), en la edad de 15 años (30.77%), y en el sexo femenino (84.62%). Respecto a los síntomas depresivos se observan con mayor frecuencia en 2° (43.59%), y en el sexo femenino (63.25%). También es posible apreciar un 98.29% con síntomas depresivos que son solteros, y un 23.08% con depresión mayor y que toman actualmente algún medicamento.

Tabla 7. Sintomatología de depresión de los alumnos del CBTIS Núm. 261 según su índice simplificado de pobreza familiar

Índice Simplificado de Pobreza Familiar	Depresión					
	No depresión		Síntomas depresivos		Depresión mayor	
	#	%	#	%	#	%
ISPF	p = 0.097					
Sin evidencia de pobreza familiar	72	40.00	43	36.75	1	7.69
Pobreza familiar baja	72	40.00	41	35.04	7	53.85
Pobreza familiar alta	36	20.00	33	28.21	5	38.46

Fuente Directa: Aguilar (2012)

La Tabla 7 ilustra que la sintomatología de depresión no está asociada ($p > 0.05$) al índice simplificado de pobreza familiar, sin embargo se observa que el 53.85% de los alumnos que presentan depresión mayor presentan pobreza familiar baja

Tabla 8. Sintomatología de depresión de los alumnos del CBTIS Núm. 261 según su tipología familiar

Tipología familiar	Depresión					
	No depresión		Síntomas depresivos		Depresión mayor	
	#	%	#	%	#	%
En base a su parentesco	<i>p</i> = 0.261					
Nuclear simple	137	76.97	90	80.36	11	84.62
Monoparental	25	14.04	11	9.82	2	15.38
Monoparental extendida	1	0.56%	5	4.46	0	0
Extensa	13	7.30	5	4.46	0	0
Extensa compuesta	2	1.12	1	0.89	0	0
En base a la presencia física	<i>p</i> = 0.926					
Núcleo integrado	139	77.22	93	80.17	11	84.62
Núcleo no integrado	28	15.56	16	13.79	1	7.69
Extensa ascendente	13	7.22	7	6.03	1	7.69
En base a su subsistencia	<i>p</i> = 0.817					
Agrícola o pecuaria	81	45.00	55	47.83	5	41.67
Industrial	1	0.56	0	0	0	0
Comercial	36	20.00	27	23.48	4	33.33
Servicios	62	34.44	33	28.70	3	25.00
En base a su desarrollo	<i>p</i> = 0.764					
Tradicional	44	74.58	27	75.00	3	60.00
Moderna	15	25.42	9	25.00	2	40.00

Fuente Directa: Aguilar (2012)

La Tabla 8 despliega que la sintomatología de depresión no está asociada ($p > 0.05$) a la tipología familiar a la que pertenecen los alumnos. Sin embargo, la depresión mayor es más frecuente en familias tipo nuclear simple con 84.62%, en base a la presencia física en la categoría núcleo integrado es más frecuente con 84.62%, en base a su subsistencia agrícolas o pecuarias el 41.67% y en base a su desarrollo familia tradicional en 60%.

Con algún síntoma depresivo nuclear simple el 80.36%, núcleo integrado 80.17%, agrícolas o pecuarias el 47.83% y tradicional el 75%.

Tabla 9. Funcionalidad familiar de los alumnos del CBTIS Núm. 261 según sus características generales

Características generales	Cohesión				Adaptabilidad			
	Disfuncional		Funcional		Disfuncional		Funcional	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Grado	$p = 0.058$				$p = 0.992$			
2	49	44.95	64	31.84	43	36.75	70	36.27
4	36	33.03	75	37.31	42	35.90	69	35.75
6	24	22.02	62	30.85	32	27.35	54	27.98
Edad	$p = 0.167$				$p = 0.283$			
15	21	19.27	28	13.93	17	14.53	32	16.58
16	45	41.28	64	31.84	47	40.17	62	32.12
17	23	21.10	69	34.33	32	27.35	60	31.09
18	17	15.60	33	16.42	19	16.24	31	16.06
19	3	2.75	6	2.99	1	0.85	8	4.15
20	0	0	1	0.50	1	0.85	0	0
Sexo	$p = 0.011$				$p = 0.533$			
Femenino	69	63.30	97	48.26	60	51.28	106	54.92
Masculino	40	36.70	104	51.74	57	48.72	87	45.08
Estado civil	$p = 0.396$				$p = 0.061$			
Soltero	107	98.17	199	99.00	114	97.44	192	99.48
Casado	1	0.92	0	0	0	0	1	0.52
Unión libre	1	0.92	2	1.00	3	2.56	0	0
Actualmente, ¿Toma algún medicamento?	$p = 0.922$				$p = 0.678$			
No	98	89.91	180	89.55	106	90.60	172	89.12
Sí	11	10.09	21	10.45	11	9.40	21	10.88

Fuente Directa: Aguilar (2012)

En la Tabla 9 se aprecia que sólo la cohesión está asociada al género de los alumnos ($p < 0.5$), observándose mayor porcentaje (63.30%) de alumnos femeninos que presentan familia disfuncional en comparación con el 36.70% de alumnos varones. La adaptabilidad no depende de las características generales,

Tabla 10. Funcionalidad familiar de los alumnos del CBTIS Núm. 261 según su índice simplificado de pobreza familiar

Índice Simplificado de Pobreza Familiar	Cohesión				Adaptabilidad			
	Disfuncional		Funcional		Disfuncional		Funcional	
	#	%	#	%	#	%	#	%
ISPF	$p = 0.887$				$p = 0.230$			
Sin evidencia P.F.	39	35.78	77	38.31	45	38.46	71	36.79
Pobreza Familiar Baja	44	40.37	76	37.81	39	33.33	81	41.97
Pobreza Familiar Alta	26	23.85	48	23.88	33	28.21	41	21.24

Fuente Directa: Aguilar (2012)

La Tabla 10 ilustra que ni la cohesión ni la adaptabilidad se asocian al índice simplificado de pobreza familiar de las familias de los alumnos.

Tabla 11. Funcionalidad familiar de los alumnos del CBTIS Núm. 261 según su tipología familiar

Tipología familiar	Cohesión				Adaptabilidad			
	Disfuncional		Funcional		Disfuncional		Funcional	
	#	%	#	%	#	%	#	%
En base a su parentesco	<i>p</i> = 0.209				<i>p</i> = 0.793			
Nuclear simple	76	72.38	162	81.82	90	78.26	148	78.72
Monoparental	17	16.19	21	10.61	15	13.04	23	12.23
Monoparental extendida	4	3.81	2	1.01	2	1.74	4	2.13
Extensa	6	5.71	12	6.06	7	6.09	11	5.85
Extensa compuesta	2	1.90	1	0.51	1	0.87	2	1.06
En base a su presencia física	<i>p</i> = 0.125				<i>p</i> = 0.949			
Núcleo integrado	78	72.22	165	82.09	91	77.78	152	79.17
Núcleo no integrado	21	19.44	24	11.94	18	15.38	27	14.06
Extensa ascendente	9	8.33	12	5.97	8	6.84	13	6.77
En base a su subsistencia	<i>p</i> = 0.047				<i>p</i> = 0.259			
Agrícola o pecuaria	38	35.51	103	51.50	56	47.86	85	44.74
Industrial	0	0	1	0.50	1	0.85	0	0
Comercial	28	26.17	39	19.50	20	17.09	47	24.74
Servicios	41	38.32	57	28.50	40	34.19	58	30.53
En base a su desarrollo	<i>p</i> = 0.377				<i>p</i> = 0.770			
Tradicional	30	78.95	44	70.97	28	75.68	46	73.02
Moderna	8	21.05	18	29.03	9	24.32	17	26.98

Fuente Directa: Aguilar (2012)

En la Tabla 11 se observa que la cohesión está asociada ($p < 0.05$) a los medios de subsistencia, al observar 38.32% de alumnos que pertenecen a familias disfuncionales tienen medios de subsistencia de servicios.

La adaptabilidad no está asociada estadísticamente a ninguna de las clasificaciones de tipología familiar.

Discusión

Los resultados del presente estudio son similares a los encontrados en el Distrito Federal por Anzures y Cols (2008), respecto a que la presencia de sintomatología depresiva es significativamente mayor en las mujeres.⁷

Respecto a la sintomatología de depresión, los resultados difieren de otros estudios al observar en los alumnos del Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial Núm. 261 un 4.19% con depresión mayor, en mujeres 84.62% y en hombres 15.38%; en los adolescentes sin depresión fueron más comunes las familias flexiblemente relacionadas, estructuralmente relacionadas, rígidamente relacionadas y caóticamente relacionadas; mientras que Leyva-Jiménez y Cols (2007) reportaron un 29.8% de alumnos con depresión, en mujeres el 42.4% y en hombres se identificó el 57.6%, se observó con más frecuencia la familia rígidamente dispersa; en los adolescentes sin depresión fueron más comunes las familias flexiblemente aglutinadas, estructuralmente aglutinadas y rígidamente aglutinadas.¹³

Los resultados son similares en algunas variables y diferentes en otras con otros estudios, ya que se encontraron más mujeres que hombres, el promedio de edad fue de 16.5 años, y 4.19% con depresión; mientras que en los reportados por Vázquez Pizaña y Cols (2006) predominó el sexo femenino, el promedio de edad fue de 14 años, y mediante la Escala de Birleson encontraron 10.3% de adolescentes con depresión.⁴

La frecuencia de depresión de los alumnos del Centro de Bachillerato Tecnológico Industr Núm. 261 de Actopan Ver., fue del 4.19% (13 alumnos), resultado que coincide con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en 2002, donde la prevalencia global del trastorno depresivo mayor fue de 3.3%.¹⁹

Respecto a la frecuencia de los alumnos que presentan síntomas depresivos fue del 37.74% (117 alumnos).

El 12% de los alumnos pertenecen a familias flexiblemente separadas, el 12% a familias estructuralmente separadas, 11% a familias caóticamente conectadas, 11% a familias estructuralmente desligadas y en menor porcentaje el resto de categorías.

Respecto a las características de cohesión de sus familias, resultaron 201 (64.84%) familias funcionales y 109 (35.16%) familias disfuncionales.

En cuanto a las características de adaptabilidad de sus familias, resultaron 193 (62.26%) familias funcionales y 117 (37.74%) familias disfuncionales.

Conclusión

En el presente estudio, los resultados sobre la frecuencia de depresión de los adolescentes del Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial Núm. 261 del municipio de Actopan Veracruz es del 4.19%, predomina en el género femenino, grado escolar en el segundo semestre, la edad de 16 años, la mayoría son solteros (98.71%), y solo el 10.32% están medicados actualmente con lamotrigina, fluoxetina y clonazepam. En cuanto a la cohesión y adaptabilidad predomina la familia rígidamente dispersa. Estos permiten concluir que los datos coinciden con los de otros estudios realizados en otras comunidades.

Los resultados se darán a conocer a las autoridades del Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial. Con el fin de que en forma conjunta con la unidad de salud así como el área de psicología de la escuela, se otorguen las terapias necesarias a los adolescentes que presentaron alguna sintomatología de depresión. Así como seguir buscando de forma intencionada sintomatología depresiva en la población escolar.

La estrategia puede ser mediante una convocatoria a los padres de familia para talleres con el propósito de brindar pláticas hacia una sensibilización sobre este padecimiento, que puede entorpecer el desarrollo de sus hijos. Posteriormente, continuar con talleres para los alumnos con el fin de atender los casos identificados con sintomatologías de depresión y/o sintomatologías de disfuncionalidad familiar.

Para el caso de futuras investigaciones se sugiere considerar otro instrumento e incluso hacer una comparación para aplicar el que mejor capte la información de los adolescentes.

Referencias bibliográficas

1. Bhatia, Sh. & Bhatia, S. (2007). Childhood and adolescent depression. *American Family Physician*. 75(1), 73-80. Extraído el 17 de abril de 2007, desde Proquest Education Journals vía Biblioteca Digital ITESM.
2. Joyce PR. Epidemiology of mood disorders. En: Gelder MG, et al (ed). *New Oxford Text of Psychiatry*. Second edition. Oxford University Press, 2009: 645-650
3. Andrade, P., Cañas, J. L. & Betancourt, D. (2008). *Investigaciones psicosociales en adolescentes*. Tuxtla Gutiérrez, México: UNICAH.
4. Vázquez Pizaña E, Fonseca Chon I, Padilla Villarreal JR, Pérez Hernández ML, Gómez Rivera N. Diagnóstico de depresión con la escala de Birlson en adolescentes con intento de suicidio y sanos. *Archivos de Investigación Pediátrica de México* Vol 9(2) Mayo-Agosto 2006.
5. Santos-Preciado JI. La salud de adolescentes: cambio de paradigma de un enfoque de daños a la salud al de estilos de vida sana. *Salud Pública Mex* 2003;45(Supl 1): S5-7.
6. INEGI. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 2010. Censo de población y vivienda 2010. En <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P>, última consulta: 27 de octubre de 2012
7. Anzures CR, Chávez AV, García PMC y Pons, AON. (2008). *Medicina Familiar*. Corporativo Intermédica, S. A. de C. V. México, D.F.
8. Leñero, L. (2000). Familia cambiante. Naturaleza, pluralidad y prospectiva del fenómeno familiar. En E. Dulanto (comp.). *El Adolescente*. México: Mc Graw Hill Interamericana.
9. Dulanto, E. (2000). *El Adolescente*. México. Mc Graw Hill Interamericana. Estrada, L. (4ª. ed., 1990). *El ciclo vital de la familia*. México: Posada.

10. Archivos en Medicina familiar. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Vol. 7 Supl. 1, 2005: pp 15-19.
11. Saucedo-García JM; Lara-Munoz MC y Focil-Arquez M. Self-inflicted violence in adolescence: the suicide attempt. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [online]. 2006, vol.63, n.4 [citado 2010-10-30], pp. 223-231. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000400002&lng=en&nrm=iso. ISSN 1665-1146
12. De Janon SE y De Janon SJ. La depresión en la adolescencia y disfunción familiar: Un enfoque multidisciplinario. *Revista de Psiquiatría y de Psicología del niño y del adolescente.* 2003; 3(1): 4-27
13. Leyva-Jiménez R, Hernández-Juárez AM, Nava-Jiménez G, López-Gaona V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *RevMedInstMex Seguro Soc* 2007; 45 (3): 225-232.
14. Kaufman J, Martin A, King RA, Charney D. Are child-, adolescent-, and adult-onset depression one and the same disorder? *BiolPsychiatry* 2001; 49: 980-1001.
15. Benito A, Aparicio M, Briones A. Síntomas de depresión en los adolescentes, estrategias de solución de problemas y educación para la salud comunitaria. *RevPsicopatolPsicolClin* 2000; 5(1): 1-11.
16. Sistema Nacional de Salud. Estadística de egresos hospitalarios del sector público del Sistema Nacional de Salud, 2003. *Salud Publica Mex* 2004; 46(5): 464-487.
17. Dos Santos-Palazzo J, Béria JU, Alonso-Fernández F, Tomasi E. Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva. *Aten Primaria* 2001; 28(8): 543-549.
18. Moreno-Contreras S, Boschetti-Fentanes B, Monroy-Caballero C, Irigoyen-Coria A, Dorantes-Barríos P. Perfil familiar de un grupo de adolescentes mexicanos con riesgo de depresión. *Arch Med Fam* 2003; 5(3): 89-91.

19. Borges G, Medina-Mora ME, López-Moreno S. El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública Mex* 2004; 46: 451-463.
20. Boschetti-Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. *Arch Med Fam* 2004; 6(3): 61-63.
21. Cevallos-Rivera JJ, Ochoa-Muñoz J, Cortez-Pérez E. Depresión en adolescencia. Su relación con actividad deportiva y consumo de drogas. *RevMed IMSS* 2000; 38(5): 371-379.
22. Wells KB, Kataoka SH, Asarnow JR. Affective disorders in childrens and adolescents: addressing unmet neet in primary care settings. *BiolPshychiatry* 2001; 49: 111-1120.
23. Fornos LB, Mika VS, Bayles B, Serrano AC, Jiménez RL, Villarreal R. A qualitative study of Mexican American adolescents and depression. *J Sch Health* 2005; 75(5): 162-170.
24. Steinhausen HC, Winkler MC. Adolescent selftrated depressive symptoms in a Swiss epidemiological study. *J Youth Adolescence* 2000; 29(4): 427-440.
25. Gutiérrez-Castillo AJ, Barrera-Párraga J, Cuevas A, Serdán-Sánchez L. Formas clínicas de depresión. En: Colegio Mexicano de Medicina Familiar, editor. Programa de actualización continua en medicina familiar. Libro 2. Distrito Federal, México: Intersistemas; 2000. p. 5-44.
26. González GCM y González GSI. Un Enfoque para la Evaluación del Funcionamiento Familiar. *REMO* 2008; Volumen VI, Número 15 México.
27. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *RevFacMed UNAM* 2004; 47(1): 24-
28. De la Peña F, Lara MC, Cortés J, Nicolini H, Páez F, y Almeida, L. 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.

Disponible en: http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/tablas_mostrar.php?fasciculo=01907

29. Birlerson P. The validity of depressive disorder in childhood and the development of a Self Rating Scale: A research report. *J Child Psychol Psychiatry*. 1980; 22: 73-88
30. Birlerson P, Hudson I y cols: Clinical evaluation of a Self-Rating Scale Depresiva Disorder in Childhood (Depression Self-Rating Scale). *J Child Psychol Psychiatry*. 1987; 28: 43-60
31. Huerta-González JL. Estudio de la salud familiar. En: Colegio Mexicano de Medicina Familiar, editor. Programa de actualización continua en medicina familiar. Libro 1. Distrito Federal, México: Intersistemas; 2000. p. 5-69.
32. Huerta-Martínez N, Valadés-Rivas B, Sánchez-Escobar L. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la ciudad de México. *ArchMedFam* 2001; 3(4): 95-98.
33. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación y la estructura de la funcionalidad familiar. *ArchMedFam* 1999; 1(2): 45-57.
34. Ponce, R. E.R., Gómez, C. F.J., Terán, T. M, Irigoyen, C. A.E. y Landgrave, I. S. (2002). Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria*, 30 (10): 624-630.
35. Nicoli H y Fresan A. Escalas de evaluación de los trastornos afectivos. En Apiquián R, Fresan A. Nicolini H. Evaluación de la Psicopatología. Escalas en español. JGH Editores. 2000: 49-59
36. Andrade, P. (1998). El ambiente familiar del adolescente. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
37. García-Blancas, A. R. (2002). La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la Ciudad de México. Universidad

Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. Tesis de Licenciatura en Psicología. México, D.F.

38. StatSoft, Inc. (2004). STATISTICA (data analysis software system), version 7.
www.statsoft.com
39. Milton, J. S. y Toscos, J. O. 2001. Estadística para biología y ciencias de la salud. Interamericana Mcgraw- Hill Madrid.

Anexos

Anexo 1. Cuestionario para la recolección de datos

I. Datos generales

Fecha de aplicación _____

Folio _____

Escuela _____

Grado _____ Grupo _____

Edad _____ Género: 1.Femenino 2.Masculino Estado civil: 1.Soltero 2.Casado 3.Unión libre

Actualmente, ¿Toma algún medicamento? No ___ Si ¿Cuál? _____

Marca con una X tu respuesta (Información sobre tu familia)

1. En tu casa viven:

Papá	Si	No
Mamá	Si	No
Hermanos	Si	No
Abuelos	Si	No
Tíos	Si	No
Primos	Si	No
Pareja	Si	No

2. Tú papá Trabaja 1.Si 2.No

Tu mamá Trabaja	1.Si	2.No
Hermanos Trabajan	1.Si	2.No
Otros Trabajan	1.Si	2.No
Tú Trabajas	1.Si	2.No
¿En qué trabajas?	_____	

¿En qué trabaja tu papá o mamá? _____

Este cuadro es para llenado por parte de la investigadora

Tipología familiar en base a su parentesco _____

Tipología familiar en base a la presencia física en el hogar _____

Tipología familiar en base a sus medios de subsistencia _____

Tipología familiar en base a su desarrollo _____

3. Indique la respuesta que considere se acople a su situación actual

Indicadores	Categorías	Puntuación
Ingreso económico familiar	Menos de \$1500/mes	
	\$1500-3000/mes	4
	\$3000-7500/mes	3
	\$7500-10500/mes	2
	Más de \$10500	1
Número hijos dependientes		0
	3 ó más hijos	2.5
	2 hijos	2
	1 hijo	1
Escolaridad materna	Ningún hijo	0
	Sin instrucción	2.5
	Primaria incompleta	2
	Primaria completa	1
Hacinamiento (número de personas por dormitorio)	Post-primaria	0
	3 o más personas	1
	1 a 2 personas	0

II. FACES III. Por favor, indique con qué frecuencia le ocurren los enunciados respecto a aspectos que se producen en las familias y entre los familiares

Preguntas		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí					
2	2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11	Nos sentimos muy unidos					
12	En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
13	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente					
14	En nuestra familia las reglas cambian					
15	Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
18	En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad					
19	La unión familiar es muy importante					
20	Es difícil decir quién hace las labores del hogar					

III. Escala de Birleson. Por favor, responde honestamente cómo te has sentido las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas.

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

Anexo 2. Carta de consentimiento informado

Yo, _____ he comprendido la información explicada y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio “funcionalidad familiar y sintomatología de depresión en adolescentes del CBTIS Núm. 261 de Actopan “pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo que convengo en participar en este estudio de investigación, recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Entiendo que del presente estudio se derivan potencialmente los siguientes beneficios: orientación, asesoría sobre terapias y rehabilitación apropiadas.

Es de mi conocimiento que puedo solicitar información adicional sobre los beneficios de mi participación en el estudio.

Nombre y firma del alumno

Fecha

Nombre y firma del padre o tutor

Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al paciente. _____ La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del paciente

Fecha

Ante cualquier eventualidad o duda, contacte a su médico investigador.

Dra. Mary Carmen Aguilar Ladrón De Guevara. Tel: 2281 -24 95 99