



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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 32
GUASAVE, SINALOA**

**DEPRESION Y DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 06 AHOME, SINALOA.**

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

PRESENTA:

VALENZUELA MEZA YUNIVA GEORGINA.

GUASAVE, SIN

2015.



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.

**DEPRESION Y DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 06 AHOME, SINALOA.**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.**

PRESENTA:

VALENZUELA MEZA YUNIVA GEORGINA.

AUTORIZACIONES:

**DR. JOSE FRANCISCO ESPINOZA RUBIO.
ASESOR DEL PROTOCOLO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR N°32
GUASAVE, SINALOA.**

**DR. MARCO ANTONIO RANGEL GARCIA.
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR N°32
GUASAVE, SINALOA.**

**DRA. ALMA LORENA LOPEZ ARMENTA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
COORDINADORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR N°32
GUASAVE, SINALOA.**

**MC. DRA. PAULA FLORES FLORES.
DIRECTOR DE TESIS
COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACION EN SALUD.
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.1. CULIACAN, SINALOA.**

GUASAVE. SINALOA

2015.

**DEPRESION Y DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 06 AHOME, SINALOA.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO MÉDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

VALENZUELA MEZA YUNIVA GEORGINA.

AUTORIZACIONES

**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES.
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.**

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2501
H GRAL REG NUM 1, SINALOA

FECHA 07/09/2013

DRA. YUNIVA GEORGINA VALENZUELA MEZA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

DEPRESION Y DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 6 AHOME, SINALOA.

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-2501-37

ATENTAMENTE

DR.(A). GILBERTO AMEZQUITA ROMERO

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2501

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INDICE GENERAL

1.- Marco teórico	7
1.1- Antecedentes científicos	7
1.2- Antecedentes históricos	13
2.- Planteamiento del problema	23
3.- Justificación	26
4.- Objetivos	28
4.1.- General.	28
4.2.- Específicos	28
5.- Metodología	29
5.1.- Tipo de estudio	29
5.2.- Diseño de investigación	29
5.3.- Población, lugar y tiempo de estudio	29
5.4.- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	30
5.5.- Criterios de selección	31
5.5.1.- Criterios de inclusión	31
5.5.2.- Criterios de exclusión	31
5.5.3.- Criterios de eliminación	31
5.6.- Variables	31
5.6.1.- Tipo de variables	31
5.6.2.- Operacionalidad de variables	32
5.7.- Instrumento de recolección de datos	34
5.8.- Método o procedimiento para captar la información	38
5.9.- Análisis estadístico	38
5.10.- Recursos	38
5.10.1.- Recursos humanos	38
5.10.2.- Recursos materiales	38
6.- Cronograma de actividades	40
7.- Resultados.	41

8.- Discusión	42
9.- Conclusiones.	45
10.- Limitaciones y sugerencias.	46
11.- Bibliografía	47
12.- Anexos	50
12.1.- Instrumento de recolección de datos	50
12.1.1.- Encuesta directa	50
12.1.2.- Escala de HAMILTON	51
12.1.3.- Cuestionario FACES él.	53
12.1.4.- Cuestionario APGAR Familiar	54
12.2.- Consentimiento informado	55
13.- Graficas.	56

1.- MARCO TEORICO.

1.1.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

La Depresión (Clave CIE-10 F32), se define como episodios leves, moderados o graves, de decaimiento del ánimo, con reducción de energía y disminución de la capacidad de sentir placer, el interés y la concentración, con frecuente cansancio, incluso con esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se perturba, disminuye el apetito, decae la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. Los problemas depresivos más comunes son: Depresión Mayor, Distimia y Desorden Bipolar. Es el padecimiento psiquiátrico más frecuente que el médico de atención primaria enfrenta. Sin embargo, cerca del 50% de los médicos no muestra buena disposición para la atención de quienes la padecen, por lo que es subdiagnosticada.

El uso del término depresión se remonta a un cuarto del siglo, siendo por lo tanto contemporáneo del advenimiento de la psicofarmacología ⁽¹⁾ el cuadro patológico en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de melancolía, ya en el siglo IV a.c. Hipócrates afirmaba que, desde el punto de vista médico, los problemas que hoy llamamos psiquiátricos, estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y que la melancolía era producida por la bilis negra, o atrabilis ⁽²⁾ En los primeros siglos de nuestra era Celsus, en su libro de medicina, y Arateo de Cappadocia, en enfermedades agudas y crónicas, hablaban de la manía y de la melancolía como problemas médicos.

Soranos de Ephesus, en su descripción del cuadro clínico, señalaba como síntomas principales de la melancolía los siguientes: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad, y en ocasiones jovialidad ⁽³⁾ Los trabajos de Soranos han llegado hasta nuestros días, gracias a la versión latina de Caelius Aurelianus (siglo V d.c.), de la actual existe una excelente traducción al

inglés editada por Drabkin en 1950. Durante la edad media, filósofos destacados como Santo Tomas de Aquino sostenían que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales. Esta creencia se comenzó a abandonar en 1630, cuando Robert Burton publicó su famoso tratado Anatomía de la Melancolía, obra que facilitó en mucho la identificación de los estados depresivos ⁽³⁾

A principios del siglo XIX, Philips Pinel ⁽³⁾, indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente), y que la memoria y asociación de las ideas estaba frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir a suicidio. Como causas posibles de la melancolía señaló, en primer lugar las psicológicas (p.ej. El miedo, los desengaños Amorosos, la pérdida de propiedades y las dificultades familiares), y segundo las físicas (p.ej. la amenorrea y el puerperio).

En 1896, Kraepelin estableció la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz, llamada posteriormente esquizofrenia. Después los estudios genéticos en psiquiatría llevaron a considerar a los síndromes depresivos como parte de la psicosis maniaco-depresiva, situación que prevaleció durante las tres primeras décadas del siglo XX. En consecuencia, el deprimido era calificado de psicótico aunque sus síntomas fueran muy leves.

En México prehispánico este cuadro fue considerado como un problema médico, de acuerdo con la descripción que en 1552 hizo el médico indígena Martín de la Cruz. Esta descripción fue traducida al latín por Juan Badino, y generalmente se le conoce como código Badino, aunque su nombre original es *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis* ⁽³⁾ El código que aún se conserva en la biblioteca del Vaticano incluye el título "remedio para la sangre negra" (*Negri remedium sanguinis*), término común en el cuadro de la Europa del siglo XVI, en el que se recomienda como tratamiento un conocimiento de yerbas y jugo obtenido de flores de buen olor. El reconocimiento de la melancolía y su clasificación del grupo de enfermedades, como el de la epilepsia (*comitialis morbus*), indica un alto grado de

adelanto de la medicina azteca. ⁽³⁾

El gran incremento mundial de la depresión en los últimos años, y la enorme cantidad de enfermos con cuadros sintomatológicos obviamente no incluidos en los cuadros psicóticos o neuróticos, motivaron a los expertos de la organización mundial de la salud (OMS) a establecer un nuevo grupo en la IX revisión de la clasificación Internacional de las Enfermedades, que empezó a ser utilizada en enero de 1979. Este grupo, bajo rubro 311 y con el nombre de trastorno depresivo no clasificado en otra parte, incluye a los pacientes que presentan este cuadro patológico, penoso y molesto, pero definitivamente curable con los recursos médicos actuales. ⁽⁴⁾

Históricamente la depresión fue descrita como melancolía, caracterizada por la traída de disminución del ánimo, inbición psicomotora y autodepresación y sentimiento de culpabilidad. Típicamente un enfermo melancólico permanece sentado, inmóvil con el cuerpo doblado y la cabeza doblada hacia adelante, la cara pálida y las fascias tristes, los rasgos faciales caídos, los ojos muy abiertos y la mirada fija, no habla sino que solo gime y llora. Este cuadro clásico de depresión corresponde a la llamada depresión endógena. Forma de depresión severa que excepcionalmente ve el médico familiar, ya que por ser claramente anormal, llega generalmente a manos del psiquiatra. En la práctica médica existe una variedad muy frecuente de estados depresivos menos severos y a veces encubiertos, cuya sintomatología es diferente a la de la melancolía clásica. El elemento semiológico fundamental de la depresión es una disminución del ánimo (humar o timia) el que termina siendo triste. Alrededor de este síntoma eje se agrupan otros de orden psicológico y somático.

Existe una depresión normal o (experiencia normal de depresión) caracterizada por estados leves y transitorios de disminución del ánimo. Es una forma de tristeza psicológica consecutiva a la pérdida de un ser querido (duelo) o de una posición valiosa para la persona (frustración) y cuya magnitud y duración es proporcionada a la situación que la desencadena. Solo cuando la depresión es

acentuada, frecuente, persistente y desproporcionada a la vivencia dolorosa, perturbando la actividad normal del individuo, adquiere un carácter patológico. Tradicionalmente se ha descrito 4 tipos de depresión patológica, la reactiva, neurótica, endógena e involutiva. ⁽⁵⁾

La depresión, es un problema de siglos, se ha incrementado notablemente en los últimos años, de su tradicional marco y ha adquirido características que la sacan de su tradicional marco psiquiátrico para colocarla de lleno en el campo de la medicina general y la salud pública.

Expertos internacionales consideran que de cien a doscientos millones de seres humanos padecen hoy en día de depresión, quizá como resultado de la influencia que la moderna tecnología ha tenido sobre el mundo en que vivimos, determinado profundos cambios ambientales y sociales, que el ser humano no ha podido superar, pese a su gran capacidad de adaptación psicobiológica.

El reconocimiento del cuadro depresivo, no es fácil, ya que un buen número de casos sus síntomas no se identifican como una baja de estado afectivo del enfermo, y por lo general pasan inadvertido para muchos médicos, permitiendo que el enfermo continúe con sus molestias o inicie un largo y penoso peregrinar por consultorios, laboratorios y gabinetes en busca del alivio a su penosa afección.

Si hacemos un análisis retrospectivo de las diferentes sociedades existentes podemos apreciar que el origen histórico de la familia se remota al origen mismo del hombre primitivo. Las familias están presentes en las diferentes sociedades y en todos los tiempos, matizadas por el modo y estilo de la vida cada época. 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, porque somos de una forma y no de otra, por que actuamos de esta manera, porque nos orientamos en determinado sentido, gran

parte de esta respuesta está en la historia familiar de cada uno. Ellos nos hacen reflexionar acerca de la importancia de la familia para el individuo, para la sociedad y en especial para el proceso salud-enfermedad por lo que se propone en realizar algunas reflexiones relacionadas con la Salud Familiar.

Un aspecto importante a tener presente en este trabajo es el referente a la aceptación del vocablo familia. Con relación a este término, muchas definiciones pudieran citarse, pero todas parten de diferentes enfoques teóricos metodológicos. El término familia puede definirse según los sociólogos como un grupo social primario de la sociedad de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, dotando a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas. ⁽²²⁾

A partir de la década de los 60 uno de los enfoques utilizados en la familia parte de la teoría general de los sistemas. Este enfoque considera que el sistema es un conjunto de elementos de interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo, pero este no es reducible en sus partes, y su función es más que la simple suma de ellos. ⁽²³⁾ Es entonces la familia es un sistema compuesto por un conjunto (grupo) de personas (elementos) que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que le pasa a uno afecta al otro, y al grupo y viceversa. ⁽²⁴⁾ En el artículo de Berenstein sobre psicoterapia de grupo familiar. Una aproximación teórica, este autor define la familia como una estructura de relaciones estables y continuas, que desde la perspectiva psicoterapéutica muestra distintas configuraciones que pueden ser generadas por procesos dinámicos de grupos familiares. ⁽²⁵⁾ El tamaño es otro factor a tener presente al estudiar la familia. Así existen familias clasificadas como grandes (7 y más miembros), medianas (4-6 miembros) y pequeñas (1,2 y 3 miembros). Conocer el tamaño de la familia resulta útil ya que, entre otras aspectos, mediante esta variable podemos hallar el índice de hacinamiento, ingreso per cápita, etcétera. Es de significar que el tamaño y la composición familiar pueden ser indicadores de salud de gran importancia a la hora de estudiar a la familia de riesgo, y especialmente aquellas que no cumplen adecuadamente el desempeño de sus funciones en tanto pueden generar

disfunciones hacia su interior.

Una de las funciones que desempeña la familia es la económica, que comprende actividades de abastecimiento, consumo y protección, tendiente a la satisfacción de las necesidades básicas individuales. Otra función es la biológica, que se expresa a través de la reproducción, la necesidad de procrear hijos, que condicionara la composición de la familia. Desde una perspectiva social es vista como la función que garantiza la reproducción poblacional. No menos importante es la función educativa y de satisfacción de las necesidades afectivas y espirituales, a través de la cual la familia contribuye a la formación de valores, educación y socialización de sus miembros. Esta función adquiere un carácter específico ya que depende del sistema de regularidades propio de cada familia y de las condiciones socioeconómicas en la que se desarrolle. La familia tiene la tarea de preparar a los miembros para enfrentar cambios (crisis) que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones estructurales y funcionales, e inciden en el bienestar de la Salud Familiar. Las crisis no solo se derivan de los eventos negativos, traumáticos, desagradables, sino de cualquier situación de cambio que signifique contradicción y que requiera modificaciones pueden estar relacionadas con el tránsito por las etapas del Ciclo Vital. Estas crisis llamadas normativas son derivadas del enfrentamiento a los eventos de la vida tales como el matrimonio, el embarazo o la jubilación, entre otros. Otro tipo de crisis familiar son las paranormativas, que se derivan de la ocurrencia de eventos accidentales, tales como el desmembramiento, la desorganización, la desmoralización y el incremento. Estas crisis suelen tener un impacto muy desfavorable en la dinámica familiar, y en la mayoría de los casos las familias y/o sus miembros requieren de atención psicológica o psiquiátrica, pudiendo condicionar depresión en algún miembro de la familia. Existen familias que asumen estilos de afrontamientos ajustados ante determinadas situaciones conflictivas, son capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que le proporcionen salud y bienestar, pero hay otras que no pueden enfrentar las crisis por si solas, a veces pierden el control, no tienen las suficientes fuerzas, y manifiestan desajustes, desequilibrios, que condicionan cambios en el proceso Salud-Enfermedad y

específicamente en el Funcionamiento Familiar.

La funcionalidad Familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro. ⁽²⁶⁾

Según el investigador Mc Master, el funcionamiento familiar puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, y la respuesta afectiva, el involucramiento afectivo y el control de la conducta y flexibilidad. También es examinado de acuerdo con el grado de participación de la pareja, en la vida social, estructura de la autoridad, la distribución de tareas domésticas y el rol funcional. ⁽²⁷⁾

1.2.- ANTECEDENTES HISTORICOS:

Ciurana MR (2002) cita a la depresión como uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiátrica y probablemente sea uno de los más importantes tanto por la incapacidad como por el dolor que causan al ser humano; por otra parte la depresión genera un alto riesgo de suicidio. ⁽⁶⁾ Las personas con trastornos depresivos se deterioran notablemente desde el punto de vista mental, emocional y social; cuando la depresión se acompaña de otro padecimiento orgánico se ensombrece su diagnóstico y entorpece su evolución ⁽⁷⁾ La depresión es difícil de diagnosticar ya que tiende a confundirse con otros padecimientos.

Algunos autores mencionan que la depresión es más frecuente en mujeres que en hombres ^(6,10) otros como Caraveo AJJ. (Psiquiatría 1997) y moreno LME (Atención primaria 2000) la describen “como un grave problema de salud pública “. Se piensa que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad y ausentismo laboral ^(12,13) refiere que la depresión es uno de los motivos de consulta más frecuentes en medicina familiar.

Debido a que una gran cantidad de pacientes con depresión no llegan a ser atendidos por profesionales de la salud mental, el reconocimiento temprano por parte de los médicos familiares –así como su oportuna intervención – son esenciales. Las unidades de medicina familiar desempeñan funciones de puerta de entrada al sistema de salud, encontrándose por tanto en un lugar privilegiado no solo para diagnosticar y tratar en forma oportuna dicho padecimiento sino para desarrollar intervenciones enfocadas a su prevención.

Así mismo, la depresión involucra aspectos emocionales, cognitivos, de estilo de vida relacionados con la estructura social, se menciona que, el término depresión tiene una variedad de connotaciones que dependen del contexto del que se use por lo que puede significar un sentimiento de tristeza que cae dentro del rango normal de experiencias de una persona, o un sentimiento asociado al dolor por la pérdida de algo o alguien importante y finalmente puede representar un grado anormal de humor disfórico asociado a otras características que lo distinguen claramente como un estado anormal. La depresión es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativas y otros componentes de tipo psicológico y social (alteraciones en la atención, concentración, memoria, estado de ánimo; dificultad en las relaciones interpersonales, así como adaptabilidad al medio laboral, familiar y social) que también involucra un componente bioquímico cerebral (trastorno en la utilización de los neurotransmisores) que mejora con un tratamiento adecuado. ^(10.) Gran número de pacientes que concurren a los servicios de medicina familiar presentan en su cuadro clínico síntomas depresivos insuficientes para los criterios exigidos en el diagnóstico. Estos pacientes suelen presentar una serie de quejas sintomáticas, con cuadros mixtos ansioso-depresivos, o con aquellas manifestaciones descritas como depresión enmascarada. El espectro de la depresión en medicina familiar difiere de lo encontrado en psiquiatría. En la primera se observa una proporción mayor de pacientes con depresión leve y es menor el número de casos con manifestaciones clásicas, por esa causa el médico familiar que haya recibido una formación psiquiátrica puede tener dificultad para adaptar los

criterios diagnósticos y subdiagnosticar la depresión.

Ciurana MR (Atención primaria 2002) menciona que aproximadamente 50% de los pacientes con depresión no son detectados en atención primaria y que en los países industrializados la incidencia de los trastornos depresivos va en aumento. ⁽⁶⁾ En cuanto al género se calcula que se presenta el 8 al 12 % de los varones y 20 al 26 % en las mujeres⁽⁹⁾ observándose como una constante la proporción de dos mujeres por un varón ⁽¹⁰⁾ La distribución de la depresión según el sexo ha sido objeto de diversas interpretaciones, aunque exactamente no se sabe la causa, probablemente se debe a una combinación de diferencias relacionadas con el género, estilo cognitivo, ciertos factores biológicos y a una alta incidencia de estrés psicosocial en la mujer. Es importante señalar que es mayor el número de mujeres que solicitan atención médica y también que tienen mayor facilidad para expresar conflictos emocionales, lo cual puede incidir en que se diagnostique más la depresión en ellas que en los varones.

Dos Santos PL. y cols. refieren que la depresión también es frecuente en la adolescencia (25.5%), pero pasa muchas veces desapercibida sin recibir atención médica debido a que se encuentra frecuentemente asociada al abuso del alcohol y drogas, a trastornos alimenticios o conductas de riesgo, promiscuidad sexual, conductas delictivas e hiperagresividad, lo que tiene un alto costo social por las repercusiones comunitarias.⁽¹⁶⁾

Ciurana MR (Atención primaria 2002) menciona que aproximadamente 50% de los pacientes con depresión no son detectados en atención primaria y que en los países industrializados la incidencia de los trastornos depresivos va en aumento. ⁽⁶⁾ En cuanto al género se calcula que se presenta el 8 al 12 % de los varones y 20 al 26 % en las mujeres⁽⁹⁾ observándose como una constante la proporción de dos mujeres por un varón ⁽¹⁰⁾ La distribución de la depresión según el sexo ha sido objeto de diversas interpretaciones, aunque exactamente no se sabe la causa, probablemente se debe a una combinación de diferencias relacionadas con el género, estilo cognitivo, ciertos factores biológicos y a una alta incidencia de estrés psicosocial en

la mujer. Es importante señalar que es mayor el número de mujeres que solicitan atención médica y también que tienen mayor facilidad para expresar conflictos emocionales, lo cual puede incidir en que se diagnostique más la depresión en ellas que en los varones.

Se ha encontrado que el trastorno depresivo puede empezar a cualquier edad; la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida. Los datos epidemiológicos sugieren que la edad de inicio está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente. El curso del trastorno depresivo es variable. Algunas personas tienen episodios aislados separados por muchos años sin síntomas depresivos, en tanto que otras tienen episodios agrupados, e incluso otras tienen episodios cada vez más frecuentes a medida que se hacen mayores. Algunos datos sugieren que, en general, los periodos de remisión duran más en las fases tempranas del curso del trastorno. ⁽¹⁸⁾

Carmelo V. y Laura H (Barcelona 2007) realizaron estudios de modelos cognitivos de la depresión y su aplicación en fases tempranas concluyendo que la forma en que las personas responden a los primeros síntomas depresivos influye en la duración y la intensidad de estos e incluso pueden favorecer la aparición de un cuadro clínico. Aquellas personas que se sumergen en rumiasiones depresivas, es decir pensamientos recurrentes sobre sus síntomas depresivos o sobre las posibles causas y consecuencias de los mismos, sufrirán durante más tiempo los efectos del estado de ánimo depresivo que aquellos que sean capaces de distraerse de los mismos. ⁽¹⁹⁾

En el trastorno depresivo mayor el estado de ánimo depresivo debe de estar presente en la mayor parte del día, casi cada día, durante un periodo de al menos dos semanas, mientras que el trastorno distímico debe estar presente la mayoría de los días a lo largo de un periodo de al menos dos años. El diagnóstico diferencial entre el trastorno distímico y el trastorno depresivo resulta especialmente difícil por el hecho de que los dos trastornos comparten síntomas parecidos y porque sus diferencias en cuanto al inicio, la duración, la persistencia y la gravedad no son

fáciles de evaluar retrospectivamente. El trastorno depresivo suele consistir en uno o más episodios depresivos mayores separados, que se pueden distinguir de la actividad normal de la persona, mientras que el trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido durante muchos años. Se puede presentar un episodio maniaco, mixto o hipomaniaco en el curso de un trastorno depresivo, se cambia por el diagnóstico por el de trastorno bipolar. Sin embargo los síntomas maníacos o hipomaniacos aparecen como efecto directo de un tratamiento anti depresivo, del consumo de otros medicamentos, del consumo de sustancias o de la exposición a tóxico, debe anotarse un diagnóstico adicional del trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas maníacos (o con síntomas mixtos). Del mismo modo si los síntomas maníacos o hipomaniacos se producen como efecto directo de una enfermedad médica sigue siendo apropiado el diagnóstico de trastorno depresivo mayor. El trastorno depresivo puede ir precedido por un trastorno distímico (en un 10 % en estudios epidemiológicos y en un 15 a 25 % en población clínica). También se estima que cada año aproximadamente el 10 % de los sujetos con trastorno distímico iniciaran un primer episodio depresivo. Otros trastornos mentales se presentan con frecuencia al mismo tiempo que el trastorno depresivo (p.e trastornos relacionados con sustancias, trastorno de angustia, trastorno obsesivo compulsivo, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno límite de la personalidad).⁽¹⁸⁾ A menudo, los episodios depresivos se producen después de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un ser querido o el divorcio. Algunos estudios sugieren que los acontecimientos psicosociales (estresores) desempeñan un papel importante en la precipitación del primer o el segundo episodios del trastorno depresivo y que desempeñan un papel menos en el inicio de los episodios posteriores. Las enfermedades médicas crónicas y la dependencia de sustancias (especialmente la dependencia de alcohol y cocaína) pueden contribuir al inicio o la exacerbación del trastorno depresivo.

La depresión también puede asociarse a enfermedades médicas crónicas hasta una 20-25 % de los sujetos con determinadas enfermedades médicas (p.e.

diabetes, infarto de miocardio, carcinomas, accidentes vasculares cerebrales) presentaran un trastorno depresivo mayor a lo largo del curso de su enfermedad médica. Si hay un trastorno depresivo, el tratamiento de la enfermedad médica es más complejo y el pronóstico, menos favorable.

El trastorno depresivo (único o recidivante) tanto en adolescente como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones. En la edad prepuberal los niños y las niñas están afectados en la misma proporción. Tanto en varones como en mujeres las tasas son más altas en los grupos de edades comprendidas entre los 25 y 44 años mientras que tanto en hombre como en mujeres las tasas más bajas se da en las personas de más de 65 años de edad. El riesgo para un trastorno depresivo a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y 25 % para las mujeres y entre el 5 y 12 % para los varones. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general ha variado entre el 5 y el 9 % para las mujeres y entre el 2 y 3 % para los varones. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, nivel de estudios de ingresos económicos, ni con el estado civil. ⁽¹⁸⁾

El número de episodios previos es predictor de las probabilidades de presentar un episodio depresivo mayor posterior. Aproximadamente, se puede esperar que el 50-60% de los sujetos con un trastorno depresivo, episodio único, tengan un segundo episodio. Los sujetos que han tenido un segundo episodio tienen un 70 % de probabilidades de tener un tercero y los sujetos que han tenido un tercer episodio tienen un 90 % de tener el cuarto. ⁽¹⁸⁾

En estudio realizado en México por Rafael Leyva Jiménez y cols. (2007) al igual que en otros lugares del mundo, los trastornos mentales se han vuelto un problema de salud pública por ser una importante causa de enfermedad, discapacidad y muerte. En 2003, en el sexo masculino ocuparon el noveno lugar de las enfermedades no transmisibles causantes de egresos hospitalarios mientras

que en el femenino, el sexto. 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 %.³ En un estudio nacional de 2005 se encontró 4.5 % de depresión en adultos. ⁽⁸⁾

Así mismo el estudio que realizó Zapata – Gallardo (hospital infantil de México 2007) mencionan que a pesar de existir múltiples estudios acerca de la prevalencia de depresión en adolescentes, pocos estudios informan de asociación a funcionalidad familiar.⁽³⁵⁾ En estudios realizados por Escriba _ Quijada (México 2005) muestran que la prevalencia de disfuncionalidad familiar, en familias con hijos adolescentes puede encontrarse entre 22% al 33%, ⁽³⁶⁾ por su parte Campo – Arias (Colombia 2005) en su estudio refiere que la prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica en adolescentes se encuentra alrededor del 40% al 50% ⁽³⁷⁾ son pocos los estudios que muestran la relación entre funcionalidad familiar y depresión.

Por otro lado Hoyl,- Valenzuela, y Marín (2000) en una evaluación preliminar de la depresión en el adulto mayor concluyo. Que el envejecimiento de la población es el cambio demográfico más importante del cual somos partícipes en la actualidad. La depresión es uno de los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en adultos mayores y de acuerdo al enfoque sistémico para el estudio de la familia, la depresión crónica de uno o varios miembros de la familia pudiera asociarse con un inadecuado funcionamiento familiar que se ha prolongado. El objetivo de esta comunicación es identificar si hay correlación entre disfunción familiar y depresión en adultos mayores que reciben atención médica en una clínica de medicina familiar. ⁽²¹⁾

De la Cuesta Pérez y Louro consideran el Funcionamiento Familiar, como la dinámica relacional interactiva y sistemática que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de la categoría de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad. ⁽²⁸⁾

Otro enfoque, es el del investigador en familia, Raymundo Macías (1994) que considera que el Funcionamiento Familiar se debe evaluar a través de las variables: límites, roles, jerarquía, modelos psicosexuales, alianza, expresión de afectos, modos y normas de salud; también plantea que los problemas de salud pueden propiciar o exacerbar un inadecuado Funcionamiento Familiar. Lo disfuncional puede producir síntomas de enfermedad, desencadenar crisis, agravar algún trastorno y hasta puede convertirlo en crónico y fijarlo. También puede incidir desfavorablemente en la evolución de cualquier tipo de tratamiento y en rehabilitación. ⁽²⁷⁾

Desde que el individuo nace hasta que muere, desde que enferma hasta que se recupera requiere del apoyo de este grupo primario; y de éstos depende una evolución mejor y más rápida. En el seno familiar se valora la enfermedad, se toman decisiones y se coopera en el tratamiento. De igual modo cualquier miembro de la familia que presente una enfermedad puede “desencadenar” la disfunción familiar. Este miembro enfermo es el portavoz de lo que ocurre en la dinámica familiar, y es, a través de este individuo, que se sintetiza la crisis que atraviesa la familia. ⁽²⁹⁾

Las consideraciones antes expuestas nos hacen reflexionar acerca de la importancia de estudiar el Funcionamiento familiar, apreciándose, que cuando la familia pierde la capacidad funcional ocurren alteraciones en el proceso Salud-Enfermedad de los miembros y en sus relaciones; y por lo tanto, en el sistema como un todo. En estudios realizados por Wynne en la década de los años '60, constataron que las familias de estos enfermos presentaban alteraciones. Este investigador observó que las características de un miembro de la familia, de hecho, pueden predecirse con precisión a partir de las características de sus demás miembros. También se refirió a la relación significativa existente entre las desviaciones de la comunicación de los padres en la gravedad de las enfermedades psiquiátricas de los hijos. ⁽²⁵⁾

A si mismo Muñoz M. y Reyes B. (Chile 1991) investigadores de la familia que han estudiado la incidencia que tiene en el proceso Salud-Enfermedad, realizándose trabajos con menores que presentan trastornos de la conducta, los que son incorporados al hogar como mejor forma de rehabilitación. De manera similar, las experiencias de los educadores demuestran que existen una relación ente los problemas conductuales y de rendimiento escolar, con la vivencia de conflictos en el interior de la familia. ⁽³⁰⁾

Según la clasificación de Dr. Evans, Director General de Servicios Sanitarios de Noruega, los trabajos con la familia deben encaminarse a problemas relacionados con el desacuerdo conyugal y sexual que conlleva al divorcio, disminución constante de la edad del matrimonio, problemas intergeneracionales de educación con niños y adolescentes, familias en las que hay enfermos crónicos. De igual modo se refiere que muchos expertos consideran importante el tratamiento de niños inadaptados a través de trabajos con familias. ⁽³¹⁾

Como se puede apreciar el mal Funcionamiento Familiar influye en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, en la aparición y descompensación de las enfermedades, en las conductas de riesgo de la salud, pudiéndose decir que de ellas dependen la estabilidad y el equilibrio del proceso Salud-Enfermedad ⁽²⁹⁾

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de los fines principales de cada país debe ser incrementar el nivel de salud de la población, haciendo referencia a la “familia como uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud “. ⁽³³⁾ La familia en el proceso Salud-Enfermedad puede contribuir al mantenimiento de la salud en tanto es un espacio de aprendizaje; es en este grupo donde se forman hábitos, costumbres, creencias, valores y estilos de vida saludables que conducen a comportamientos protectores de salud. Es de significar que también este grupo familiar puede favorecer la curación y rehabilitación de sus integrantes en la medida que sea capaz de identificar tempranamente los problemas de salud, facilita el cumplimiento del tratamiento terapéutico y brinda apoyo y

seguridad en la evolución del enfermo, entre otros aspectos. En los casos de los miembros que necesiten rehabilitación puede contribuir a que el enfermo asuma su nuevo rol familiar y social, así como cubrir la dependencia que genera esta incapacidad. La familia es tanto más saludable en la medida que facilite el crecimiento y el desarrollo de cada uno de sus integrantes, y contribuye a la satisfacción de las necesidades materiales y afectivas según las exigencias de cada etapa de la vida.

La importancia de planificar Estrategias de Intervención dirigidas a promover una adecuada Salud Familiar. La intervención psicológica Familiar consiste en la aplicación de un conjunto de acciones a través de las cuales la familia desarrolle sus propios recursos psicológicos, se propicie la autoayuda, facilitando que ella, de manera independiente sea capaz de hallar soluciones adaptativas ante situaciones conflictivas y de crisis que se presentan en la vida cotidiana. ⁽³⁴⁾

2.-PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La depresión es un padecimiento frecuente en personas adultas y se asocia a condiciones de vulnerabilidad social. El bajo porcentaje de diagnóstico es un reto para la planeación y oferta de servicios de salud mental. Basándose en la definición de episodio de depresión en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM IV) y de los datos de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002 – 2003, se calculó la prevalencia de depresión en adultos en México y fue de 4.5% (IC 95%=4.1, 4.9), con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad. El porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8% (IC 95%=5.2, 6.5). La cifra correspondiente en los hombres es de 2.5% (IC 95%=2.2, 3.0)

Por lo que la familia es una institución que varía, se transforma, se adapta, se reinventa, perdura y puede constituir un elemento central en la organización de la vida y del bienestar propio. (Navarro, Misitu y Herrero, 2007). La importancia de la familia en la vida de las personas, no se remite únicamente a ser la primera fuente de socialización entre sus miembros, sino que se convierte en la principal fuente de apoyo a pesar de los conflictos que puedan suscitarse, el afecto y el apoyo dentro del contexto familiar son fundamentales para un adecuado desarrollo psicosocial de la familia.

Cuando la familia comienza a distorsionar su función principal ante la sociedad y antepone a ello los conflictos, actualmente se le etiqueta como familia disfuncional. Linares (1994, citado por Navarro y cols., 2007) se usa este término para referirse a familias con serios problemas en más de una de las siguientes áreas: Salud, situación económica y adaptación social, concluyendo que la pobreza

y la asistencia social son dos variables que se relacionan con el término “familia multiproblemática.” Por lo anterior, Navarro y cols, (2007) refiere que el concepto de familia disfuncional debe ser analizado no solo en base al contexto socioeconómico, sino en base a los factores de riesgo y de compensación en el funcionamiento familiar teniendo en cuenta que necesidades psicosociales del microsistema familiar se están viendo afectadas (físico-biológicas, afectivas y emocionales, relación e interacción entre sus miembros, pertenencia. Pardo y cols. (2004) refiere que los criterios del trastorno depresivo son parecidos entre niños, adolescentes y adultos, de acuerdo al DSM-IV.

Por otro lado, Callabed y cols. (1997) refieren que las teorías explicativas actuales son de carácter multifactoriales e integran los modelos unifactoriales que se han postulado hasta la fecha surgiendo la interacción básica entre dos tipos de factores, los de carácter predisponentes (factores genéticos, temperamentales y experienciales tempranos) y de carácter precipitantes o desencadenantes (biológicos, socioculturales, familiares y/o acontecimientos vitales). Varios autores indican que, históricamente se han diferenciado factores explicativos genéticos, biológicos y psicológicos, pero últimamente se pone énfasis en la forma como la familia interacciona. Los niveles de cohesión y adaptabilidad que la familia perciba en su hogar son decisivos para tener un adecuado desarrollo emocional.

La necesidad de intervenir con la familia viene dada por la importancia de este grupo en el desarrollo de la personalidad de sus miembros, y tiene dos modalidades: la intervención terapéutica, que se dirige hacia el logro de modificaciones en la dinámica relacional sistémica, en el proceso interactivo de relación entre los miembros de la familia disfuncional. La intervención Educativa que, va dirigida a proveer información y orientación, propicia la reflexión y el análisis de diversos aspectos del de cursar de la vida familiar con el fin de que la familia este psicológicamente mejor preparada para los acontecimientos y cambios del medio externo e interno. Se pretende desarrollar la capacidad en las familias para fomentar o mantener la funcionabilidad familiar ante las crisis. Este tipo de intervención puede

realizarse en diferentes espacios comunitarios tales como, centros de trabajo, escuelas, organizaciones femeninas, comunidades, etcétera. Las modalidades de intervención con las familias de la comunidad generalmente están basadas en metodologías grupales cuyo fin es la búsqueda de la reflexión y análisis para encontrar soluciones alternativas ante los diversos problemas o situaciones transitorios que presenta la familia en el desarrollo de su Ciclo Vital. Se considera que estas estrategias de intervención en la comunidad deben convertirse en herramientas de trabajo del equipo de salud con el fin de promover modos y estilos de vida favorables a la salud familiar, ya que la depresión es uno de los trastornos que con mayor prevalencia se presentan en la población, y que no se cuenta con herramientas suficientes para identificar, prevenir y/o resolver este tipo de problemas por lo general se considera necesario intervención del especialista, psiquiatría, psicólogo o terapeuta, así como de tratamientos farmacológicos y de los problemas emocionales para así promover estilos de vida más saludables.

Por lo que en base a las consideraciones anteriores, resulta interesante el plantearse la siguiente interrogante:

¿Qué relación existe entre la disfunción familiar y la presencia de depresión en los pacientes atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 06 Ahome, Sinaloa?

3.- JUSTIFICACION.

Los problemas de salud mental principalmente la depresión, son muy frecuentes en la práctica cotidiana del médico familiar, la prevalencia en nuestro país se sitúa en el 30%. El riesgo para un trastorno depresivo a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y 25 % para las mujeres y entre el 5 y 12 % para los varones. La prevalencia puntual del trastorno depresivo en adultos en muestras de población general se encuentra entre el 5 y el 9 % para las mujeres y entre el 2 y 3 % para los varones. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, nivel de estudios de ingresos económicos, ni con el estado civil. ⁽¹⁸⁾

Frecuentemente son la manifestación de una dificultad de adaptación ante acontecimientos vitales estresantes, muchas veces en relación en con las etapas de transición en la vida cada persona. Entre los recursos de apoyo social, el más importante es la familia. Parece lógico pensar que la existencia de trastornos en la dinámica pueda incrementar una dificultad de adaptación de algunos miembros de la familia que a su vez presentan signos depresivos.

En esta investigación que se realizara, será de suma importancia porque en base a los resultados se podrá realizar acciones de salud pública basada en evidencia, ya que se conocerá con más profundidad y con datos confiables la frecuencia con la que se presenta la depresión en las familias y aquellos aspectos de disfunción familiar con las cuales se relaciona. Es de suma importancia realizar dicha investigación, porque brindara mayor información sobre las familias, sobre su estructura, su funcionamiento familiar, el cómo viven y se orientan en busca de bienestar psicológico, esperando conocer más acerca del panorama familiar de los

pacientes, y analizando cuidadosamente los datos que de este modo podamos contar con mayores referencias de la realidad familiar a niveles más amplios, así como emplear instrumentos adaptados adecuadamente a la realidad familiar.

Así mismo en la presente investigación será de utilidad para el estudio de las familias de la Unidad de Medicina Familiar No. 6 de Ahome, Sinaloa., que presenten datos de depresión y que objetivamente se pueda determinar que la familia disfuncional es un factor que contribuye a la aparición y desencadenamiento de la depresión.

Por lo cual, el presente estudio será utilidad para las familias y médicos familiares, como también para los programas de que se integran en la unidad de medicina familiar, específicamente a los programas de salud mental, para que en base a los resultados es decir, conociendo las causas reales de la depresión, se puedan planificar estrategias de promoción de la salud mental, principalmente en el trastorno depresivo, constituyendo una buena alternativa para prevenir y brindar atención primaria a las familias y así tratar de disminuir el nivel de depresión que se presente en los pacientes, ya que cada día va en aumento causando tantas consecuencias para la sociedad como son: las malas conductas, problemas familiares, enfermedades psicosomáticas, trastornos mentales, alcoholismo, tabaquismo y drogadicción, deserción y bajo rendimiento escolar, etc.

Por ultimo en este estudio se fomentara e invitara a que se reflexione acerca de la importancia de la labor del médico familiar y la familia para que en prácticas futuras se tenga en mente la presencia de depresión en pacientes con disfunción familiar y así estimular a realizar posteriores investigaciones en este campo ya que es factible realizarlo porque se cuentan con los recursos humanos y materiales necesarios para su elaboración.

4.- OBJETIVOS.

4.1.- OBJETIVO GENERAL.

Determinar la disfunción familiar en pacientes con depresión de la Unidad de Medicina Familiar No. 6 Ahome, Sinaloa.

4.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1.-Valorar la existencia de depresión con el instrumento de evaluación Escala de Hamilton, en derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.06 Ahome, Sinaloa.

2.- Valorar la disfunción familiar con el instrumento de evaluación APGAR FAMILIAR en pacientes con depresión.

3.- Valorar la existencia de disfunción familiar con el instrumento de evaluación FACES III en pacientes con depresión.

4.-Identificar la disfunción familiar en relación a la edad y sexo de los pacientes con depresión.

5.-Identificar la disfunción familiar en relación al estado civil y ocupación de los pacientes con depresión.

5.- METODOLOGIA.

5.1.- TIPO DE ESTUDIO:

Encuesta descriptiva.

5.2.- DISEÑO DE INVESTIGACION:

El tipo de estudio que se realizó de acuerdo a su finalidad fue observacional y descriptiva, de acuerdo a su secuencia temporal es de corte transversal, y de acuerdo a al periodo donde se capta la información fue Prospectiva.

5.3.- POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:

Derechohabientes, que acudieron a consulta externa de Medicina Familiar del turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar N° 6 Ahome, Sinaloa. Durante el periodo de noviembre del 2014 a febrero del 2015.

5.4.- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Muestreo: No probabilístico a conveniencia.

Muestra:

Se aplicaron 270 encuestas a pacientes con depresión que acudieron a la consulta externa de medicina familiar en el periodo de tiempo de noviembre del año 2014 a febrero del año 2015, en la Unidad de Medicina Familiar No. 06 Ahome, Sinaloa.

De acuerdo a la prevalencia de 2.5 % de depresión en México.

$$N = \frac{0.025 \times 270}{0.0004}$$

$$N = 234$$

Mas 15% por posibles pérdidas = 35

$$\text{Total} = 269$$

5.5.-CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.5.1.- CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Derechohabientes del IMSS mayores de 18 años, ambos sexos.
- Pacientes derechohabientes que acudieron al servicio de consulta externa del turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar N° 6 Ahome, Sinaloa.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio con consentimiento informado.

5.5.2.- CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio o autorizar el consentimiento informado.
- Pacientes sin clasificación de depresión.

5.5.3.- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Encuesta con datos incompletos.

5.6.- VARIABLES:

5.6.1.- TIPOS DE VARIABLES:

- Variables independientes: Depresión.
- Variables dependientes: Disfunción Familiar

- Variables concurrentes: Edad, Sexo, Ocupación y Estado Civil.

5.6.2.- OPERACIONALIDAD DE VARIABLES:

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICIÓN
DEPRESIÓN	Es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos.	Obtenida por Encuesta directa por medio del Test Escala de Hamilton.	Nominal	Selección policotómica que corresponda: ESCALA DE HAMILTON. 1.-Deprimido 0-7 2.- Depresión ligera/menor 8-13 3.- Depresión moderada 14-18 4.- Depresión severa 19-22 5.-Depresion muy severa más de 23 -. La puntuación total va de 0 a 52 puntos.
DISFUNCIÓN FAMILIAR	Es cuando la familia comienza a distorsionar su función principal ante la sociedad y antepone a ello los conflictos.	Obtenida por Encuesta directa por medio del APGAR familiar y FACES III	Ordinal	Selección policotomica que corresponda: TEST APGAR: Familia disfuncional severa: 0 a 3 puntos. Familia disfuncional moderada: 4 a 6 puntos. Familia funcional: 7 a 10 puntos. TEST FACES III COHESION:(Nones) No relacionada: 10-34. Semirelacionada: 35-40. Relacionada: 41-45 Aglutinada: 46-50. ADAPTABILIDAD:

				(Pares) Rígida: 10-19 Estructurada: 20-24 Flexible: 25-28 Caótica: 29-50
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Obtenida del Expediente clínico y/o Credencial de Elector	Razón	En años
SEXO	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre. La diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales, el aparato reproductor y otras diferencias físicas.	Obtenida del Expediente clínico y/o Credencial de Elector	Nominal	Selección dicotómica que corresponda: 1= Masculino 2= Femenino
OCUPACIÓN	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la Posición en el Trabajo.	Obtenida por Encuesta directa	Nominal	Selección policotómica que corresponda: 1.-Empleado 2.-Desempleado 3.-Profesionista 4.-Técnico 5.-Trabajador agrícola 6.-Ama de casa 7.-Estudiante 8.-Pensionado
ESTADO CIVIL	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Obtenida por Encuesta directa	Nominal	Selección dicocotómica que corresponda: 1 = Soltero 2 = Casado

5.7.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

Se realizaron entrevistas directas a pacientes que acudieron a consulta a la Unidad de Medicina Familiar N° 6 Ahome. Con el apoyo de trabajo social y asistente médico y 2 encuestadoras, se aplicaron la encuesta de datos generales, el Test Escala de Hamilton, así como el Test de APGAR Familiar y FACES III.

Los instrumentos son fáciles de aplicar y simple de evaluar. Fueron administrados en forma individual, cuando acudieron a consulta de medicina familiar y aceptaron participar en el proyecto de investigación. También fue utilizado en personas que acudieron a consulta en el servicio de urgencias. La persona seleccionada leyó por si misma el cuestionario, no obstante se aclararon dudas en relación al significado de palabras o aseveraciones evitando sugerir respuestas.

ESCALA DE HAMILTON – (ANEXO 12.1.2) Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS)

M.J. Purriños Servicio de Epidemiología. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galego de Saúde

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depresión rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida

en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios. Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23.

Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25%. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo.

APGAR FAMILIAR (ANEXO 12.1.3)

Es un instrumento de evaluación familiar, Consta de cinco reactivos, aplicables mediante una breve entrevista a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos para percibir variaciones. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y constituye un instrumento válido y fiable, de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si, por el contrario, contribuye a su enfermedad. Definición de los componentes: adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución. Cada uno de los miembros de la familia, generalmente los mayores de 15 años, elige por separado una de las tres opciones de cada una de las preguntas; casi siempre algunas veces o casi nunca. Con la suma de la puntuación obtenida se puede hacer las inferencias. Si la funcionalidad o disfuncionalidad se encuentra en más de un miembro de la familia, el calificativo se otorga a todo el grupo. Es una ventaja como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, sin olvidar que no es una medida objetiva de la función familiar, aunque si del grado de satisfacción. El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el APGAR, Sus parámetros se delinearon sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento.

Calificación:

1. 0 a 3 familia disfuncional
2. 4 a 6 moderada disfunción familiar
3. 7 a 10 familia funcional

CUESTIONARIO FACES III: (ANEXO 12.1.4)

La Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar III (FACES III) es la tercer versión de The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales,

instrumento desarrollado por David H. Olson y col. en 1985 y basado conceptualmente en el Modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares, concebido por los mismos autores. Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar.

1- ADAPTABILIDAD: habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.

2- COHESIÓN: grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.

3- COMUNICACIÓN: la cohesión y la adaptabilidad son las dimensiones principales, en tanto que la comunicación favorece el mantenimiento óptimo de las otras dos.

El FACES III es un instrumento de autoaplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). Fue traducida al español por Gómez-Clavelina y col. Cuenta con una escala que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre) con valores de 1 a 5.

Con calificación del 1 al 5 donde:

1 Es igual a nunca

2 Es igual a casi nunca

3 Es igual a algunas veces

4 Casi siempre

5 Siempre

La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones, y la de adaptabilidad de la suma de los pares.

5.8.- METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.

Se acudió al área de informática médica y archivo clínico (ARIMAC), previa autorización del director de la Unidad de Medicina Familiar No. 6 Ahome Sinaloa, y se solicitó información estadística, sobre los derechohabientes con diagnóstico médico de depresión, así como la autorización para realizar entrevista con el apoyo de trabajo social y asistente médico realizando entrevistas y encuestas directas a estos pacientes cuando acudieron a su atención médica, en la consulta externa de medicina familiar de esta unidad médica, aplicándoseles una encuesta de datos generales, Test Escala de Hamilton, Test APGAR familiar, y FACES III (anexo 12.1.1, 12.1.2, 12.1.3, y 12.1.4) con previo consentimiento informado, en las cuales se abordaran las variables: Depresión, disfunción familiar, edad, sexo, ocupación y estado civil, para obtener información sobre depresión y disfunción familiar entre los pacientes y sus familiares.

5.9.- ANALISIS ESTADISTICO:

Se realizó la captura de las variables a una base de datos, posteriormente se procesó y se obtuvo el análisis e interpretación de las variables por medio del programa estadístico SPSS 13. Al procesar las variables en el programa estadístico, se obtuvieron frecuencias, porcentajes de las variables nominal y ordinal, las medidas de tendencia central y de dispersión de las variables numéricas, para calcular e identificar la posible relación entre variables se calcularon medidas de

riesgo OR. Los resultados obtenidos se presentaron en forma de cuadros y gráficas en los programas de Microsoft Excel de Microsoft Office.

5.10.- RECURSOS:

5.10.1.- RECURSOS HUMANOS:

- Medico responsable del proyecto.
- Personal del departamento de archivo clínico, trabajo social, asistente médico y sector técnico.
- 2 Encuestadoras
- Asesor estadístico.

5.10.2.- RECURSOS MATERIALES:

- Hojas blancas.
- Tarjetas para recolección de datos.
- Plumas y lápiz.
- Borradores.
- Copias.
- Equipo de cómputo e impresión:
- Microsoft Office Word
- Microsoft Office Excell.

6.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES AÑO 2013 – 2015.

ACTIVIDAD	FECHA PROGRAMADA
Elaboración de protocolo	5 meses
Registro de protocolo en SIRELCIS	1 mes
Revisión del comité de evaluación	1 mes
Dictamen de autorización de protocolo	1 mes
Recolección de los datos	4 meses
Análisis de resultados	1 mes
Interpretación de datos y conclusiones	1 mes
Redacción e informe final	1 mes
Envío y entrega de proyecto	1 mes

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.

Se acudió al área de informática médica y archivo clínico (ARIMAC), previa autorización del director de la Unidad de Medicina Familiar No. 6 Ahome Sinaloa, y se solicitó información estadística, sobre los derechohabientes con diagnóstico médico de depresión, así como la autorización para realizar entrevista con el apoyo de trabajo social y asistente médico realizando entrevistas y encuestas directas a estos pacientes cuando acudieron a su atención médica, en la consulta externa de medicina familiar de esta unidad médica, aplicándoseles una encuesta de datos generales, Test Escala de Hamilton, Test APGAR familiar, y FACES III (anexo 12.1.1, 12.1.2, 12.1.3, y 12.1.4) con previo consentimiento informado, en las cuales se abordaran las variables: Depresión, disfunción familiar, edad, sexo, ocupación y estado civil, para obtener información sobre depresión y disfunción familiar entre los pacientes y sus familiares.

5.9.- ANALISIS ESTADISTICO:

Se realizó la captura de las variables a una base de datos, posteriormente se procesó y se obtuvo el análisis e interpretación de las variables por medio del programa estadístico SPSS 13. Al procesar las variables en el programa estadístico, se obtuvieron frecuencias, porcentajes de las variables nominal y ordinal, las medidas de tendencia central y de dispersión de las variables numéricas, para

calcular e identificar la posible relación entre variables se calcularon medidas de riesgo OR. Los resultados obtenidos se presentaron en forma de cuadros y gráficas en los programas de Microsoft Excel de Microsoft Office.

9.- CONCLUSIONES.

Este estudio se realizó principalmente para detectar si existe relación entre la disfunción familiar y las personas que tengan algún grado de depresivo.

En conclusión se obtuvo como resultado considerando ambos géneros y personas con algún grado de depresión fue de 136/270 (50.37%). Se encontró en el género masculino 53/270 (19.62%) y en el género femenino 83/270 (30.74%); la prevalencia global, Entre ambos géneros en los que se hizo diagnóstico de depresión por el test de Hamilton y tomando en cuenta la disfunción familiar con el APGAR encontramos que 81.47% vivían en familias funcionales, el 16.65% vivían en familias moderadamente disfuncionales y el 1.85% vivían en familias disfuncionales. La presencia de disfuncionalidad familiar y la presencia de síntomas depresivos con importancia clínica no guardan asociación significativa. No siendo así los resultados del Test FACES III de funcionalidad familiar de 136 pacientes que resultaron con algún grado de depresión, dio como resultado 52 pacientes (38.2%) vivían en familias balanceadas, 53 pacientes (38.9%) vivían en familias en rango medio y 31 pacientes (22.7%) vivían en familias en rango extremo, (grafica N° 14) lo que indica que de este estudio y por medio del Test FACES III, se encontró que el 22.7 % de los pacientes tenían familias en un rango extremo lo que se traduce en algún grado de disfuncionalidad familiar.

Es por tal motivo que Las unidades de medicina familiar desempeñan funciones de puerta de entrada al sistema de salud, encontrándose por tanto en un

lugar privilegiado no solo para diagnosticar y tratar en forma oportuna dicho padecimiento sino para desarrollar intervenciones enfocadas a su prevención.

10.- LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Entre los recursos de apoyo social, el más importante es la familia. Parece lógico pensar que la existencia de trastornos en la dinámica familiar pueda incrementar la probabilidad de presentar una dificultad de adaptación en algunos miembros o un grado de depresión.

El objetivo principal del estudio fue valorar la existencia de asociación entre la depresión y la presencia de disfunción familiar, detectado mediante una entrevista de ayuda diagnóstica estructurada, esto debido a que una gran cantidad de pacientes con depresión no llegan a ser atendidos por profesionales de la salud mental, el reconocimiento temprano por parte de los médicos familiares, así como su oportuna intervención son esenciales. Las unidades de medicina familiar desempeñan funciones de puerta de entrada al sistema de salud, encontrándose por tanto en un lugar privilegiado no solo para diagnosticar y tratar en forma oportuna dicho padecimiento sino para desarrollar intervenciones enfocadas a su prevención y tratamiento.

La importancia de planificar Estrategias de Intervención dirigidas a promover una adecuada Salud Familiar. La intervención psicológica Familiar consiste en la aplicación de un conjunto de acciones a través de las cuales la familia desarrolle sus propios recursos psicológicos que propicie la autoayuda, facilitando que ella, de manera independiente y sea capaz de hallar soluciones adaptativas ante

situaciones conflictivas y de crisis que se presentan en la vida cotidiana. ⁽³⁴⁾ Sin embargo serán necesarios posteriores estudios que aborden en profundidad el tema.

11.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Morel – Maroger, A. Los síndromes depresivos, Paris. 1970.
- 2.- Hill, D. “La depresión en la historia” en depresión, Medcom, Nueva York, 1970.
- 3.- Narvárez GC. Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento. Editorial trillas S.A de C.V. Marzo 1985. Pag. 12 – 17.
- 4.- Calderón, N.G., “la clasificación de los trastornos mentales en la IX Revisión de la clasificación Internacional de Enfermedades”, psiquiatría, vol. 7, núm. 3, pag. 31. 1977.
- 5.- Goic A, Chamorro G, Reyes H. Semiología Médica 2ª Edición. 1999, pag. 71-74
- 6.- Ciurana MR. Detectar la depresión, primer paso hacia un tratamiento eficaz. Aten. Primaria 2002, pag. 329-337.
- 7.-Berlaga CC. La evaluación del trastorno depresivo, cuarta parte. Atención médica 1999, pag. 53-64.
8. - Jiménez RL, Juárez AMH, Jiménez GN, Goona VL...depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Revista médica instituto mexicano seguro social / 2007; 45 (3): 225 – 232.
- 9.-Bhatia SC, Bhatia SK. Depression in women, diagnostic and treatment considerations. Am fame physician 1999, pag. 225-234.
- 10.- De La Gándara MJJ. Manejo de la depresión y ansiedad en la atención primaria, Aten primaria 1997, pag. 389-394.
- 11.- Ilesas RR. Diagnostico del trastorno depresivo mayor, 2ª Parte, atención

medica 1999, pag. 51-57.

12.- Caraveo AJJ. Epidemiología de los trastornos depresivos. Psiquiatría 1997, pag. 2-5.

13.- Moreno LME. Clemente LE, Piñero AMJ, Martínez MMR, Alonso GF, Rodríguez AFJ. Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansiosos/depresivos. Atención primaria 2000. Pag. 554-558.

14.- González S. Aspectos clínicos de la depresión, Nuevos horizontes en el tratamiento de la depresión, congreso nacional de psiquiatría biológica, Acapulco, México. Octubre 1990.

15.- CIE - 10. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Organización panamericana de la salud. Washington. D.C. 10ª revisión 1995. Pag. 317-326

16.- Dos Santos PL. Beria JU, Fernández FA. Tomas E. Depresión en la adolescencia, en centros de atención primaria. Aten primaria 2001. Pag. 543-549.

17.- Dio BE. La depresión en la mujer, ediciones. Temas de hoy 1999. Pag. 21-74.

18.- D.S.M - IV (1995) Barcelona Masson.

19.-Vazquez C. Gómez LH. 2007. Modelos cognitivos de la depresión, su aplicación al estudio de las fases tempranas, Barcelona Masson & Elsevier.

20.- Hoyl, Valenzuela E, Marín P. Depresión en el adulto mayor, evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamisaje, revista médica 2000, pag. 128.

21.- Colectivo de autores. Sociología para médicos. La Habana. Editorial ciencias sociales, 1990. Pag. 1-93.

22.- Von Bertalanffy. Teoría general de sistemas. Ed. México. Fondos de cultura económica, 1976. Pag. 28-54.

23. - Simón FB, Stirling M, Minne LC. Vocabulario de terapia familiar. Editorial Gedesa, Buenos Aires 1998. Pag. 2010-20.

24.- Sluzki C, Berenstein I. patología y terapéutica del grupo familiar. En Wunne C. esquizofrénicos y sus familiar. Orientaciones hallazgos e investigaciones. Buenos Aires; en prensa medica 1970, pago. 234-242.

25.- Ortiz M.T. Lauro I. proyectos de intervención en salud familiar, una propuesta

metodológica 1996.

26.- Macías R. antología de la sexualidad humana II, Ed. México. Editora Migunicoser porrua, 1994, pag 163-165.

27.- De la Cuesta D. Pérez E. Louro I. funcionamiento familiar construcción validación de un instrumento, Habana 1996.

28.- Louro I. algunas consideraciones acerca de la familia en el proceso salud - enfermedad. Experiencia en la atención primaria de la salud. C de la Habana 1993.

29.- Muñoz M. Reyes B. Chile en familia. Un análisis socio demográficos 1 edición, C. Medicas. Unicef, Santiago de Chile 1991. Pag.3-18

30.- Buckle P. Hffmayer H. Isambert A. La salud mental en la familia de Europa. Ginebra. Editorial prensa medica 1996. Pag. 2-10.

31.-Perez Rojo N, Carmona Gutiérrez A. La familia y el nivel de salud de la comunidad, aspectos conceptuales y metodológicos. Rev. Cubana aten salud. 1982. Pag. 224-241.

32.- Louro I. Intervención psicológica familiar. Instituto superior de ciencias medicas, facultad de salud pública. C. habana 1994.

33.-. Zapata-Gallardo JN, Figueroa-Gutiérrez M, Méndez-Delgado M, Miranda-Lozano V, Linares-Segovia B, Carrada-Bravo T, et al. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. Bol Med Hosp Infant Mex. 2007;64(5):295-301.

34.-. Escribá-Quijada R, Maestre-Montoya C, Amores- Laserna P, Pastor-Toledo A, Millares-Marco E, Escobar-Rabadán F. Prevalencia de depresión en adolescentes. Actas Esp Psiquiatr. 2005;33(5):298-302.

35.- Campo-Arias A, González S, Sánchez Z, Rodríguez D, Dallos C, Díaz-Martinez. Percepción de rendimiento académico síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia. Arch Pediatr Urug. 2005; 76(1):21-6.

36. - Remick RA. Diagnosis and management of depression in primary care: A clinical update and review. CMAJ 2002, 167:1253-1260.

37. - Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas Esperanzas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2001: 29-30.

12.- ANEXOS.

12.1.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

12.1.1.- HOJA DE ENCUESTA DIRECTA.

HOJA DE ENCUESTA.

Folio.- _____

1.- N.S.S. _____

2.- Edad.- _____

3.- Sexo.-

a).- Masculino b).- Femenino

4.- Estado civil.-

a).- Soltero b).- Casado

5.- Ocupacion.-

- a).-Empleado. b).- Desempleado c).- Profesionista d).- Tecnico
 e).-Ama de casa f).- Estudiante e).- Trabajador agrícola
 g).- Jubilado.

12.1.2.--ESCALA DE HAMILTON.- Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Folio.- _____

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad) - Ausente - Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente - Estas sensaciones las relata espontáneamente - Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) - Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma	0 1 2 3 4
Sentimientos de culpa - Ausente - Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente - Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones - Siente que la enfermedad actual es un castigo - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	0 1 2 3 4
Suicidio - Ausente - Le parece que la vida no vale la pena ser vivida - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse - Ideas de suicidio o amenazas - Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	0 1 2 3 4
Insomnio precoz - No tiene dificultad - Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño - Dificultad para dormir cada noche	0 1 2
Insomnio intermedio - No hay dificultad - Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche - Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	0 1 2
Insomnio tardío - No hay dificultad - Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	0 1 2
Trabajo y actividades	

- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligero retraso en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4
Agitación psicomotora	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4
Ansiedad psíquica	
- No hay dificultad	0
- Tensión subjetiva e irritabilidad	1
- Preocupación por pequeñas cosas	2
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
- Expresa sus temores sin que le pregunten	4
Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
- Ausente	0
- Ligera	1
- Moderada	2
- Severa	3
- Incapacitante	4
Síntomas somáticos gastrointestinales	
- Ninguno	0
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen.	1
- Sensación de pesadez en el abdomen	2
- Dificultad en comer si no se le insiste.	3
- Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	4
Síntomas somáticos generales	
- Ninguno	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	1
- Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
- Ausente	0
- Débil	1
- Grave	2
Hipocondría	
- Ausente	0
- Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1

- Preocupado por su salud	2			
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3			
Pérdida de peso				
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0			
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1			
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2			
Introspección (insight)				
- Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0			
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1			
- No se da cuenta que está enfermo	2			
TOTAL				
No deprimido: 0-7	Depresión ligera menor: 8-13	Depresión moderada: 14-18	Depresión severa : 19- 22	Depresión muy severa: Mayor de 23

12.1.3. FACES III. Versión familiar David H. Olson

NSS _____

Folio _____

Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.

		1	2	3	4	5
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos					
3	Aceptamos las amistades de los de mas miembros de la familia					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5	Nos gusta hacer cosas con nuestros familiares proximos					
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 quien tiene la autoridad					
19	La unión familiar es muy importante					
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar					

Puntuación _____

12.1.4. CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

N.S.S. _____ Folio _____

Instrucciones: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con un cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia persona en su familia.

	Nunca 0	A veces 1	Siempre 2
Está satisfecho. (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema			
Conversan con usted los problemas que tienen en su casa.			

Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa.			
Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos.			
Siente que su familia lo (a) quiere.			

12.2.- CONSENTIMIENTO INFORMADO.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.

Lugar y fecha----- Folio.-----

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de Investigación titulado-

DEPRESION Y DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 06 AHOME, SINALOA.-

Registrado ante el Comité Local de Investigación Médica con el número-----

El objetivo de este estudio es Determinar la disfunción familiar en pacientes con depresión de la unidad de medicina No. 06 Ahome, Sinaloa.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en participar contestando una entrevista directa, test y cuestionarios.

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes, el beneficio es detectar depresión y disfunción familiar en pacientes. El inconveniente es el tiempo y la molestia de contestar la encuesta, los test y cuestionarios que se indiquen.

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

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio aunque pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

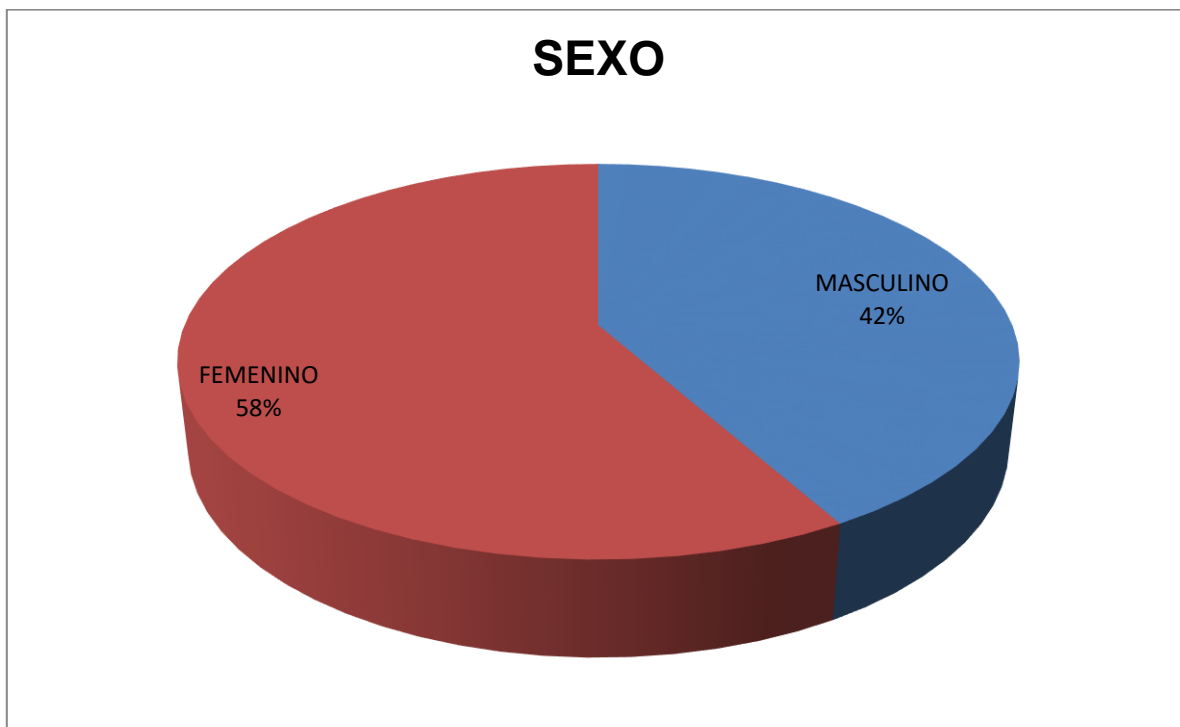
Nombre, matrícula y firma del
Investigador principal.

Testigo

Testigo

13.- GRAFICAS.

Frecuencia por Genero de pacientes de la Unidad de Medicina Familiar N° 6 Ahome Sinaloa.



Fuente: encuesta.

GRAFICA N° 1.- Resultado de 270 encuestas, las cuales se obtuvieron 157 femeninos (58%) y 113 masculinos (42%).

SEXO	RESULTADO
MASCULINO	113
FEMENINO	157

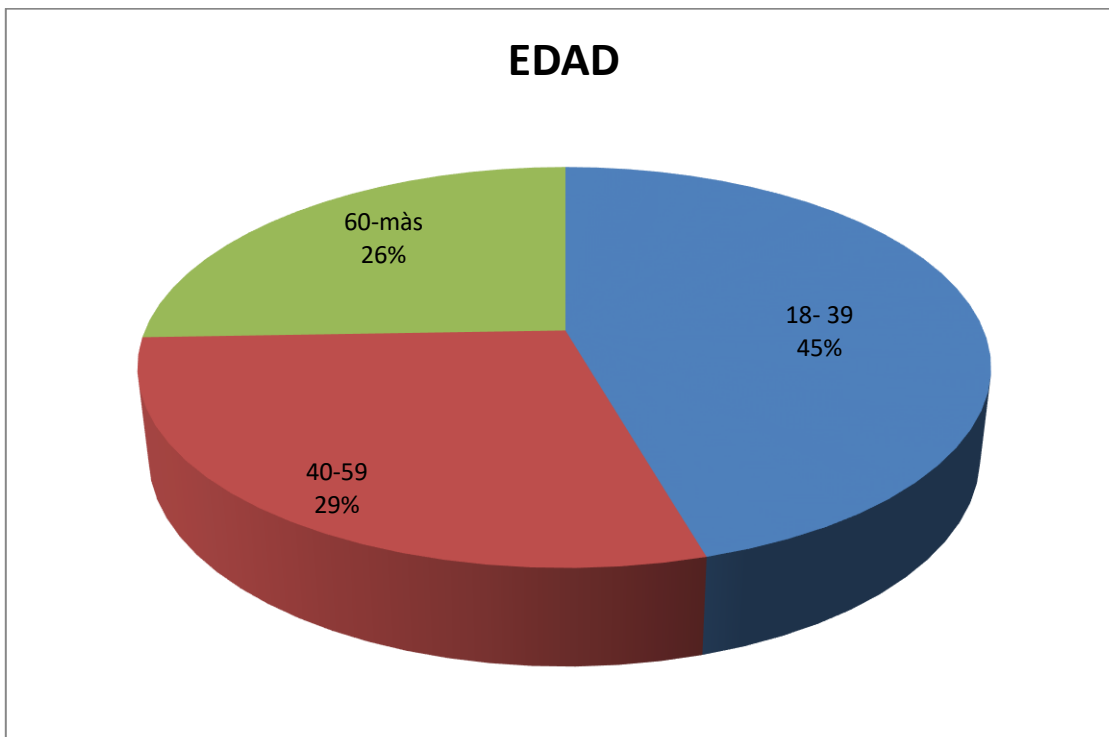
GRAFICA N° 2.- Frecuencia de estado civil en pacientes encuestados de la unidad N° 6 de Ahome Sinaloa.



Fuente: encuesta.

ESTADO CIVIL	RESULTADO
CASADO (A)	214
SOLTERO (A)	56

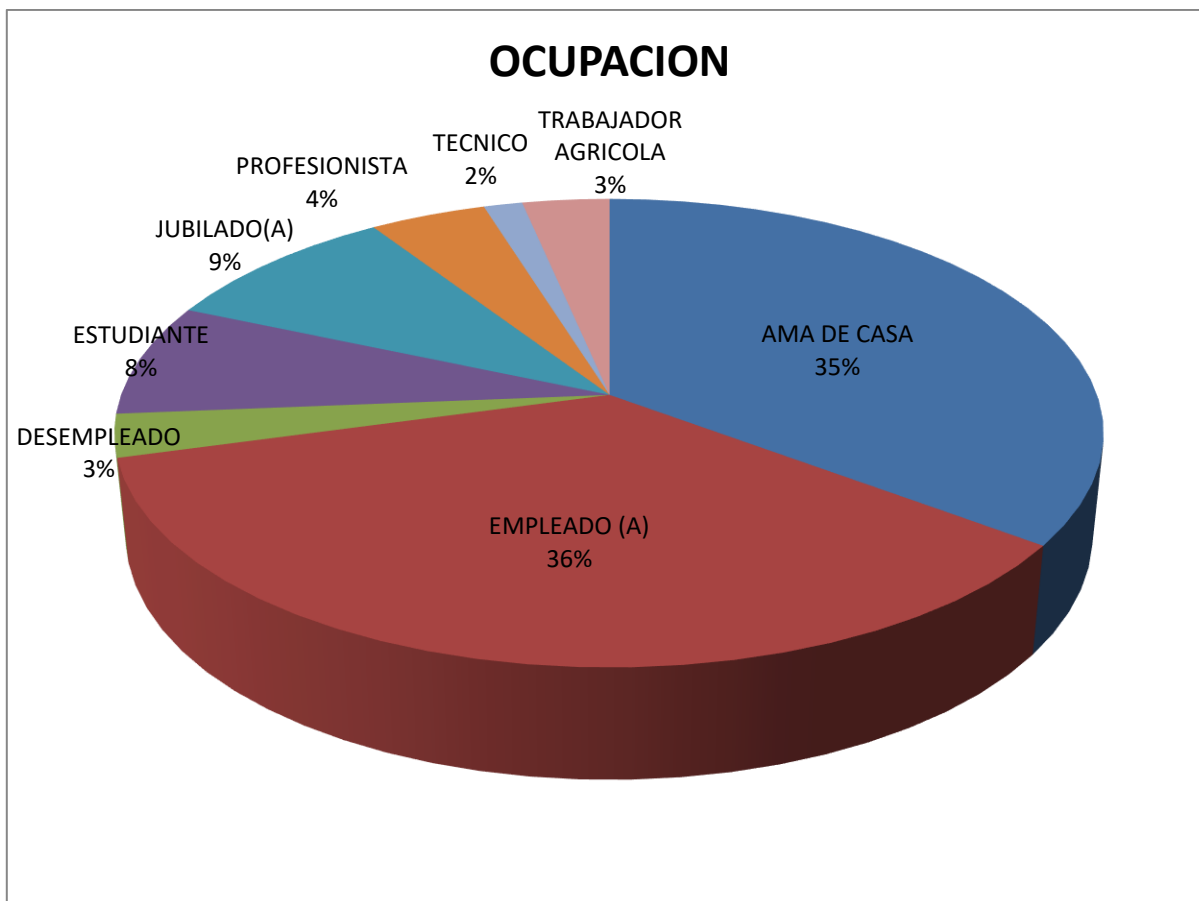
GRAFICA N°3.- Frecuencia por edad de pacientes de la Unidad de Medicina Familiar N° 6 Ahome Sinaloa.



Fuente: encuesta.

EDAD	RESULTADO
18- 39	123
40-59	78
60-màs	69

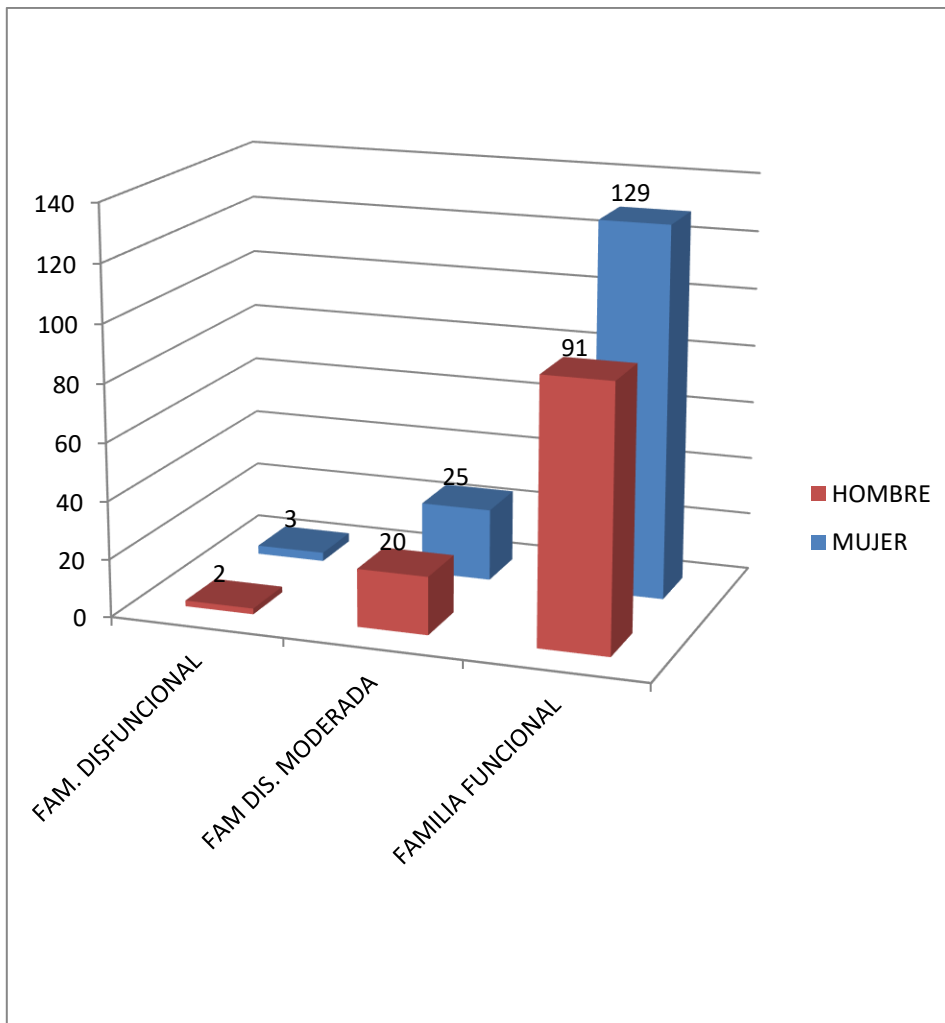
GRAFICA N°4.- Frecuencia por Ocupación de pacientes de la Unidad de Medicina Familiar N°6 Ahome Sinaloa.



Fuente: encuesta.

OCUPACION	RESULTADO
AMA DE CASA	95
EMPLEADO (A)	96
DESEMPLEADO	8
ESTUDIANTE	21
JUBILADO(A)	25
PROFESIONISTA	12
TECNICO	4
TRABAJADOR AGRICOLA	9

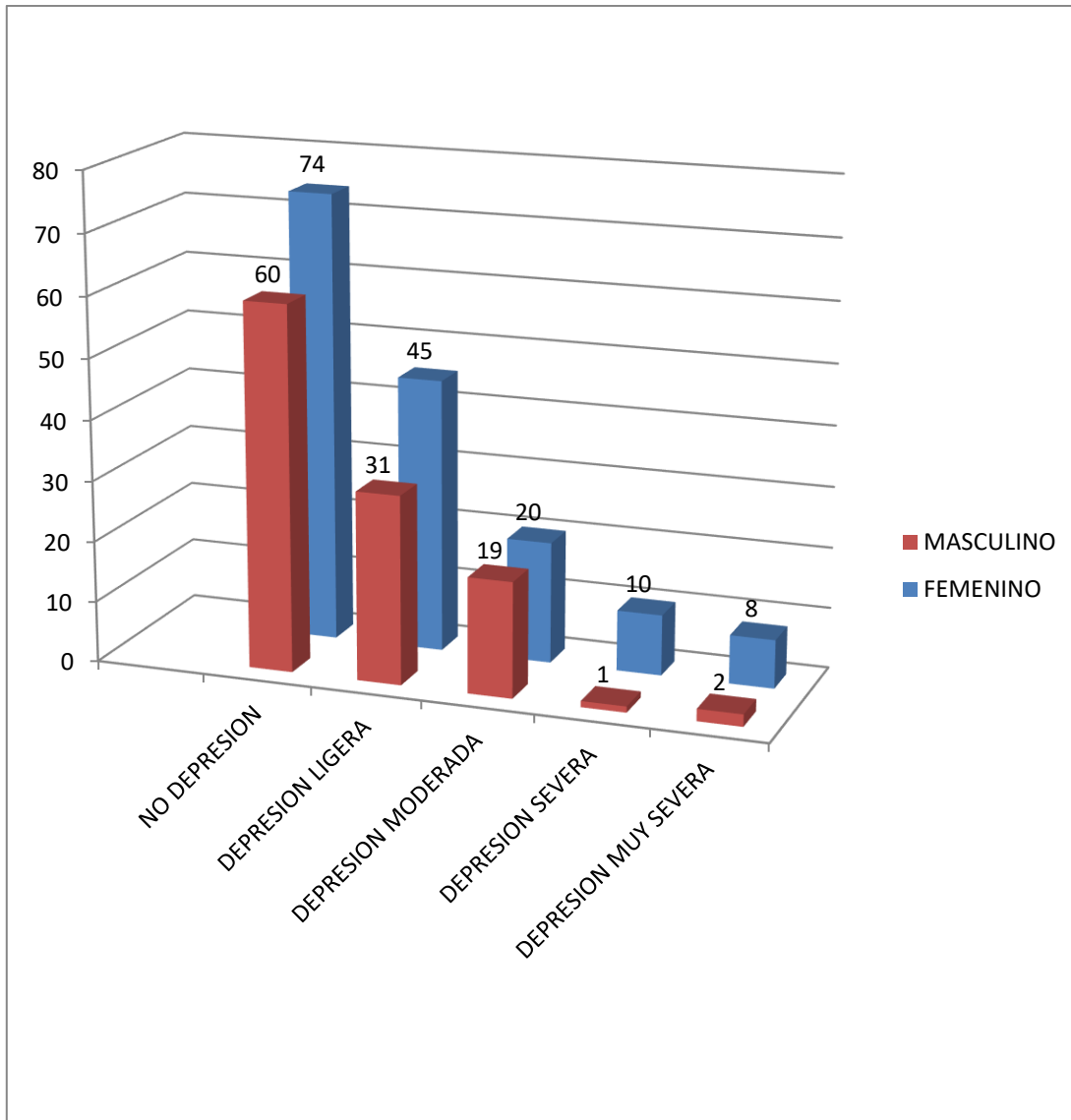
Nivel de depresión en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar N°6 Ahome Sinaloa, mediante el Test APGAR FAMILIAR.



Fuente: encuesta.

GRAFICA N° 5.- Se realizó la asociación entre el Género y el tener Disfunción Familiar el OR = 0.89 Lo cual no muestra que no se asocian dichas variables.

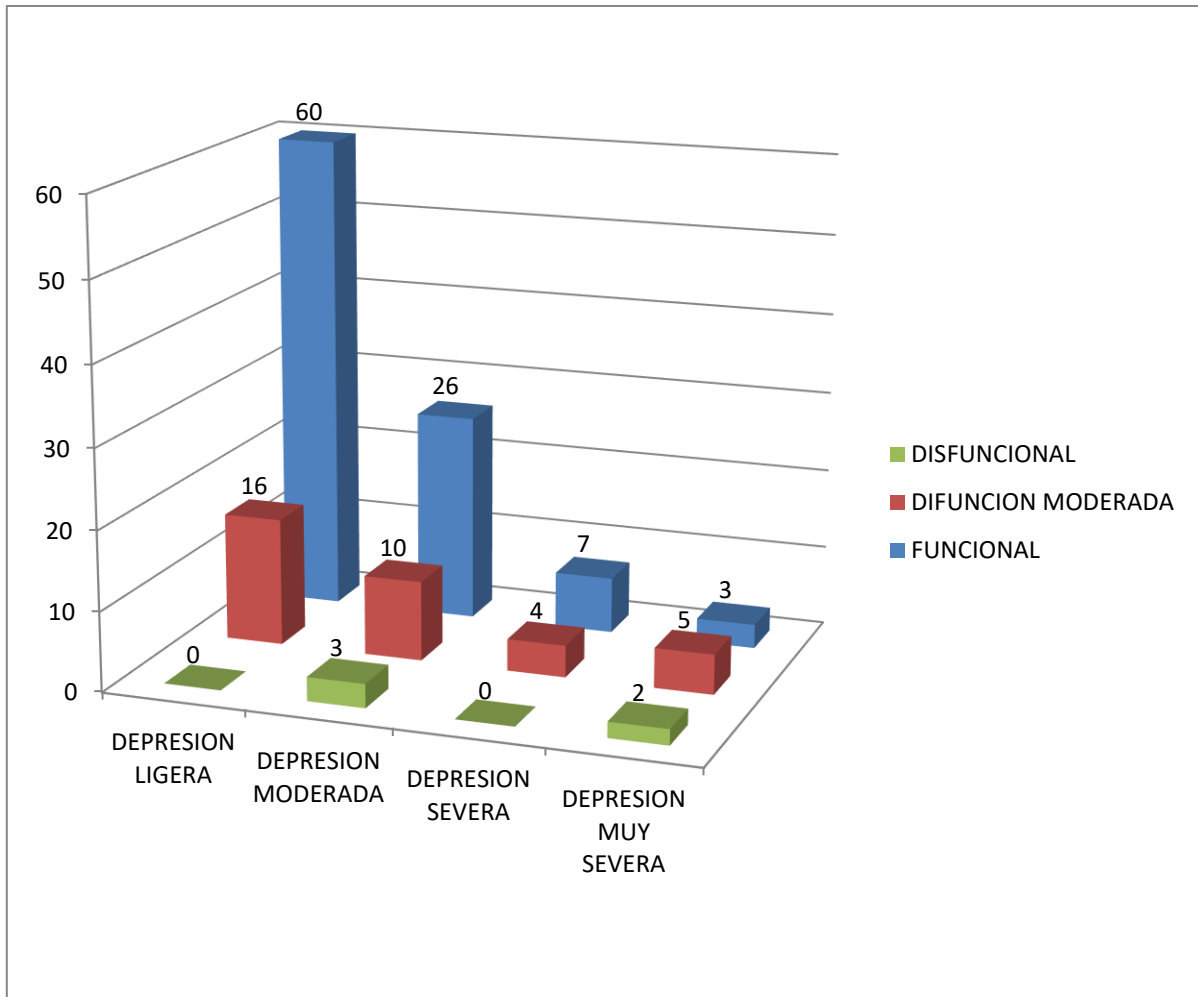
Nivel de depresión en Escala de Hamilton de pacientes de la Unidad de Medicina Familiar N° 6 Ahome Sinaloa.



Fuente: encuesta.

GRAFICA N° 6.--- En relación de tener o no depresión con el género femenino el OR = 1.26 al calcular $\chi^2 = 1.36$ la cual no es significativa ya que la $p=0.5$ de 270 encuestas.

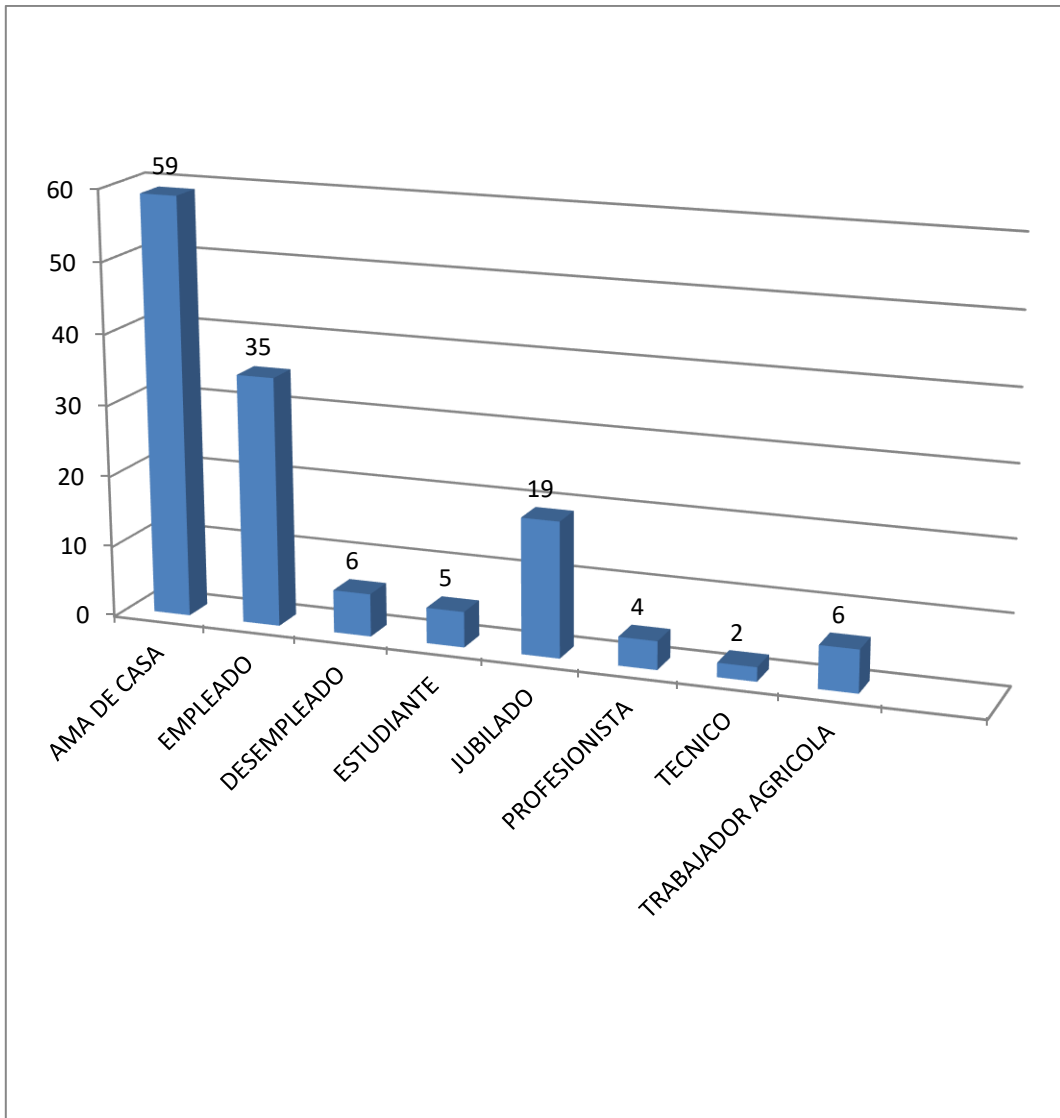
Tipo de funcionalidad familiar en pacientes con Depresión en la Escala de Hamilton y Disfunción Resultado del test de Apgar.



Fuente: encuesta.

GRAFICA N° 7.- Entre la asociación de algún grado de depresión y tener disfunción familiar el OR= 2.5. Por lo que se calculó la prueba X2 para ver significancia encontrando $X^2=5.72$ la cual es significativa ya que la p fue $p<0.05$.

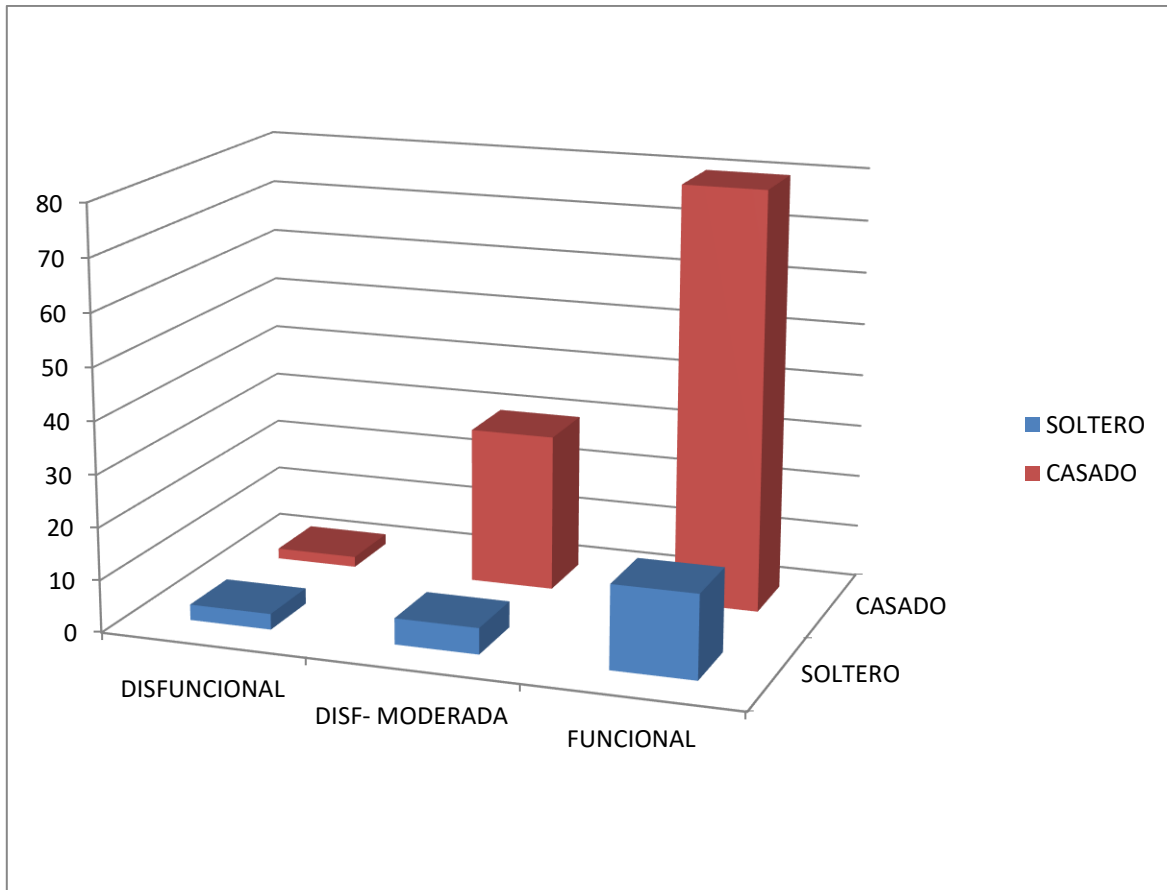
Depresión en relación con la Ocupación en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar N° 6 Ahome Sinaloa.



Fuente: encuesta.

GRAFICA N°8.- Resultado por ocupación en relación a los pacientes con depresión. El tipo de ocupación y el tener alguna disfunción el OR es 1.39 se calcula $\chi^2 = 0.57$ lo cual no es significativa ya que $p < 0.5$.

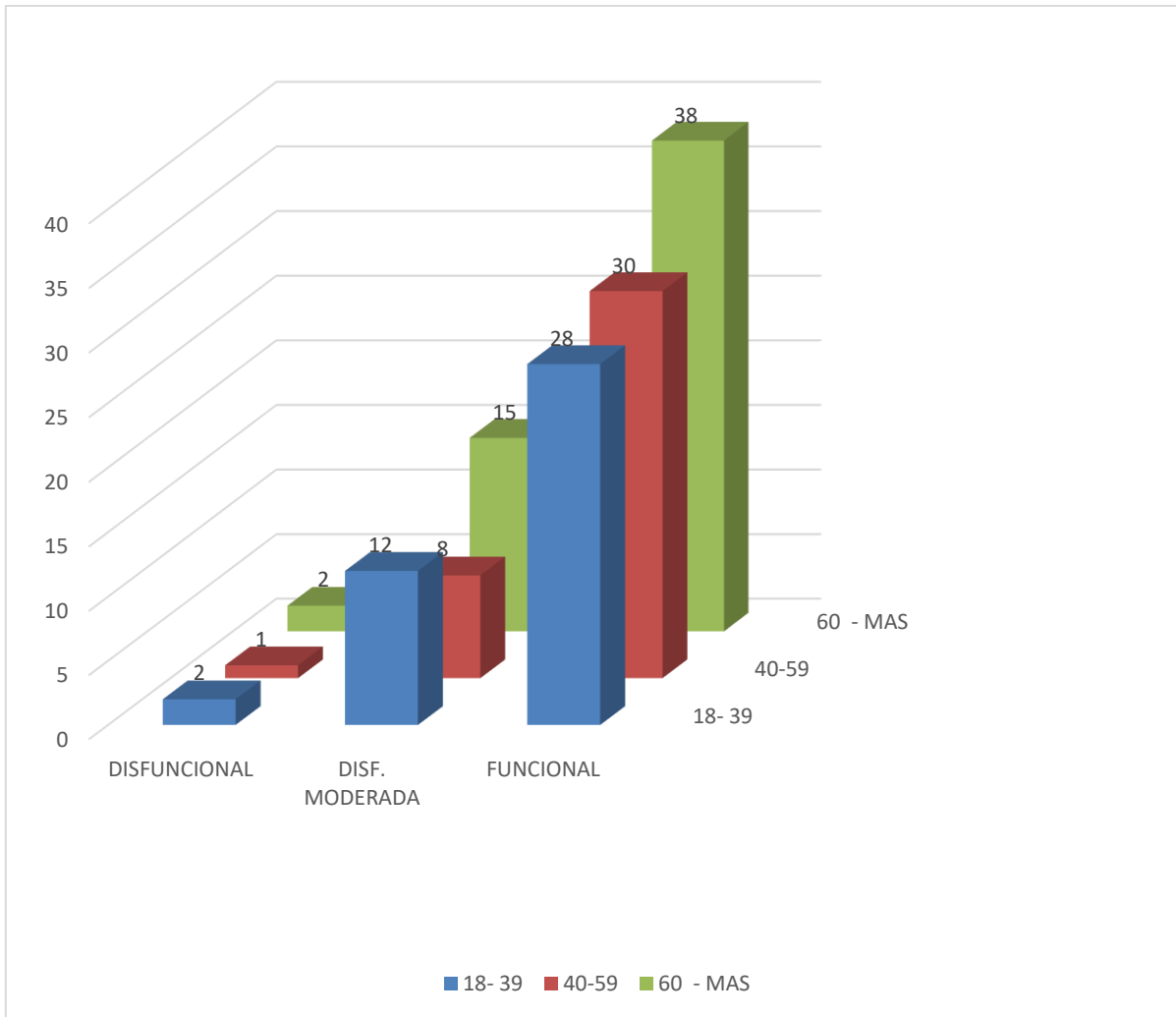
Tipo de funcionalidad familiar en relación con el Estado Civil en pacientes con Depresión de la Unidad de Medicina Familiar N° 6 Ahome Sinaloa.



Fuente: encuesta.

GRAFICA N° 9.- En relación a los deprimidos y su estado civil soltero y el tener alguna disfunción el OR es 0.8 Lo que nos dice que el ser soltero deprimido es factor protector para presentar algún grado de disfunción, Se calcula la $X^2 = 0.20$ lo cual no es significativa ya que la $p < 0.5$.

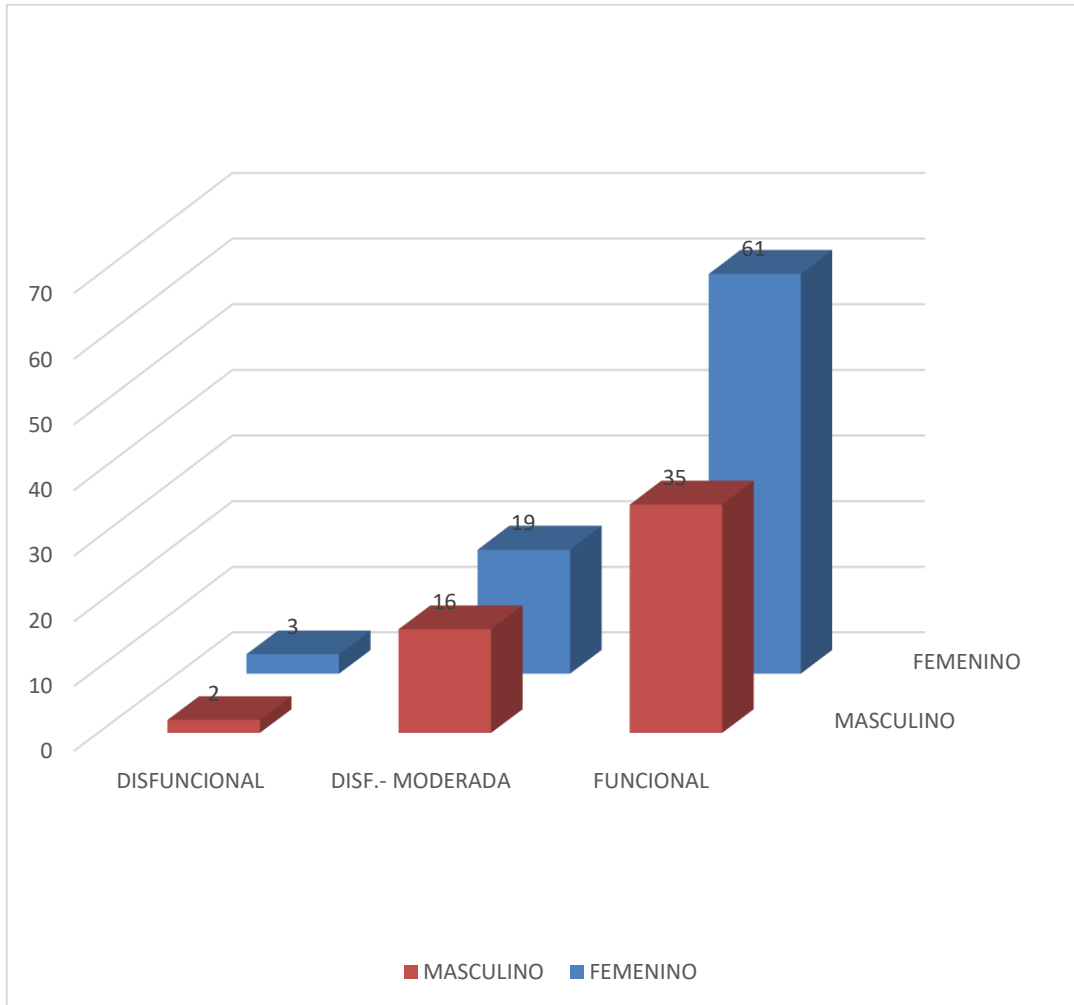
Funcionalidad Familiar, Resultados de Encuesta APGAR, en relación con la edad.



Fuente: encuesta.

GRAFICA N° 10.- Tipo de disfunción familiar en relación con la Edad de Pacientes con Depresión de la Unidad de Medicina Familiar N° 6 Ahome Sinaloa.

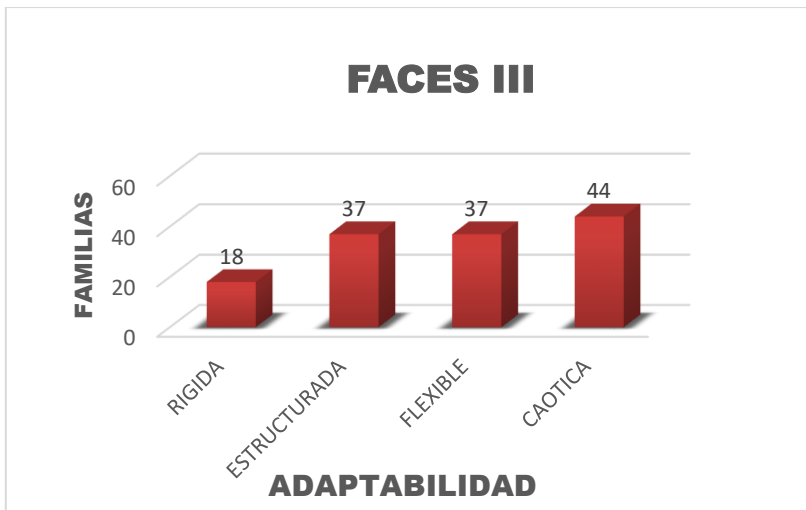
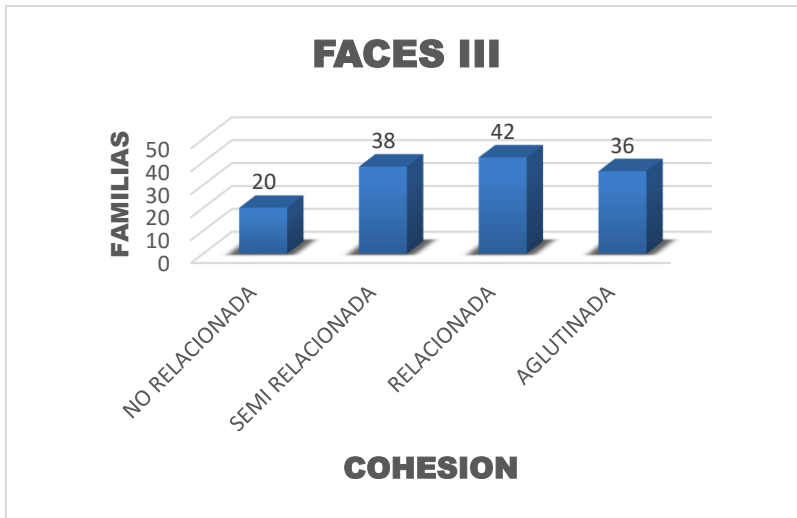
Nivel de funcionalidad en relación con el género en pacientes con Depresión de la Unidad de Medicina Familiar N°6 Ahome Sinaloa.



Fuente: encuesta.

GRAFICA N° 11.- En relación a los deprimidos Femeninos y el tener alguna Disfunción el OR es 1.42. Lo que nos dice que el ser del género femenino deprimido está relacionado para presentar algún grado de disfunción. Se calcula la $X^2 = 1.572$ lo cual no es significativa ya que la $p = 0.252$.

GRAFICA N° 12 Y 13.- Nivel de funcionalidad en pacientes con depresión de la Unidad de Medicina Familiar N° 6 Ahome, Sin.

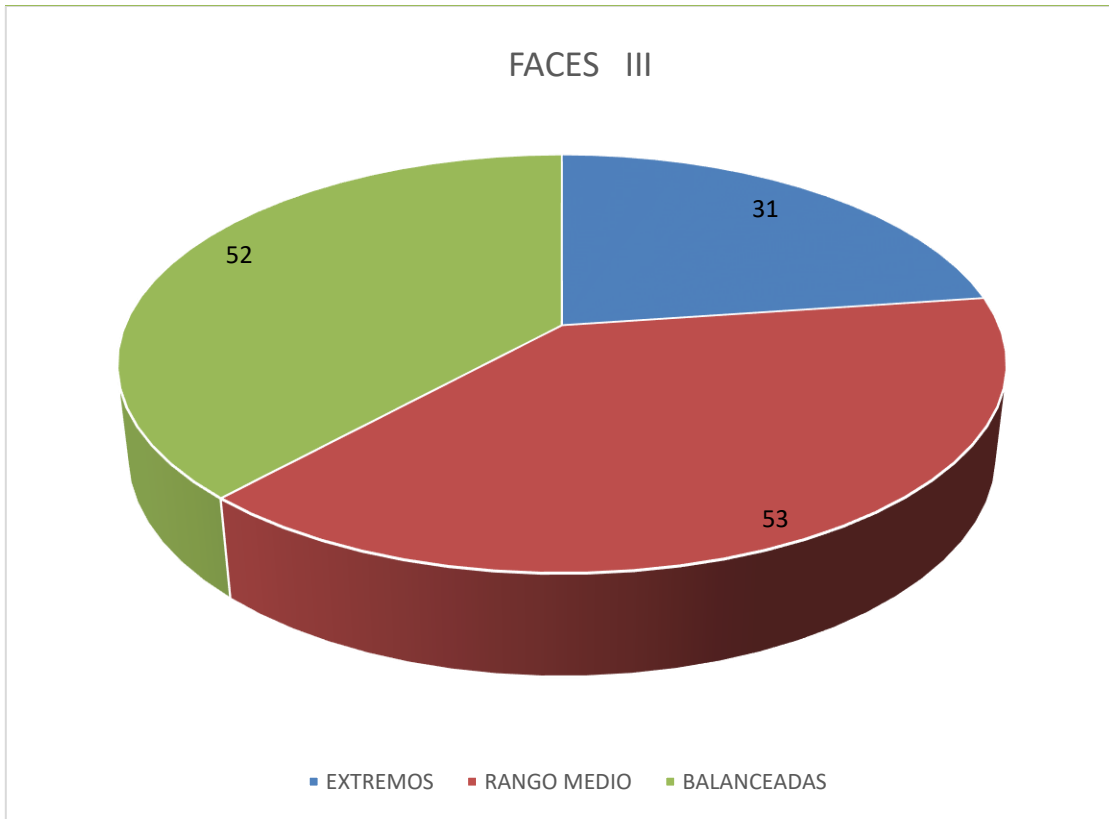


Fuente: encuesta.

TABLA DE RESULTADOS FACES III.

COHESION	Nº	%
NO RELACIONADA	20	14.71
SEMI RELACIONADA	38	27.94
RELACIONADA	42	30.88
AGLUTINADA	36	26.47
ADAPTABILIDAD	Nº	%
RIGIDA	18	13.23
ESTRUCTURADA	37	27.21
FLEXIBLE	37	27.21
CAOTICA	44	32.35

GRAFICA N° 14.- Resultados de la encuesta FACES III de la Funcionalidad de la familia en los pacientes con depresión de la Unidad de Medicina Familiar N° 6 Ahome, Sin.



Fuente: encuesta.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR FACES III.

FAMILIAS	EXTREMOS	RANGO MEDIO	BALANCEADAS
N° 136	31	53	52
%	22.79	38.97	38.23