



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA  
CALIFORNIA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**SEDE: UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NO. 28**

**MEXICALI, BAJA CALIFORNIA.**

**UNIDAD ACADÉMICA**



**“INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON LA  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS ADSCRITAS A LA U.M.F. 28 EN  
MEXICALI, BAJA CALIFORNIA”**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. GABRIEL RESENDIS DORANTES**  
**RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR UMF 28**

**ASESORES TEMÁTICOS**

**DRA. GUADALUPE ORTEGA VÉLEZ**

**ASESOR METODOLÓGICO**

**DRA. ALBERTA SILVIA LABORDE**

**MEXICALI, BAJA CALIFORNIA.**

**FEBRERO 2014**

**AUTORIZACIONES:**



**Dra. María Elena Haro Acosta**  
Coordinadora Delegacional de Planeación y Enlace Institucional



**Dra. Vanessa Johana Caro.**  
Jefatura de Enseñanza e Investigación  
Unidad de Medicina Familiar No. 28



**Dra. Guadalupe Ortega Vélez.**  
Profesora Titular de la Especialidad  
En Medicina Familiar IMSS-UABC



**Dra. Alberta Silvia Laborde**  
Asesora Metodológica  
Médico Familiar



**Dra. Guadalupe Ortega Vélez**  
Especialista en Medicina Familiar  
Asesor Temático

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis asesores, Dra. Laborde por ser la guía, Dra. Pérez Campos por enseñarme los caminos en la depresión, Dra. Ortega por ser la guía y darme los ánimos para seguir adelante.

A profesores y maestros durante estos tres años, son ejemplo de perseverancia y éxito.

A mis compañeros, por todos los momentos juntos en la práctica médica y por todos los momentos cotidianos del día a día, gracias por la amistad.

## **DEDICATORIA**

A Paz, Abuela de mi alma y de mi corazón, para ti en el cielo, te extraño.

A Simón, Abuelo, extraño nuestras pláticas y tus historias, cuídame desde  
donde estés.

A mis padres y mis hermanas.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	6
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	
Antecedentes .....	8
Marco Teórico .....	9
CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
2.1 Justificación.....	29
2.2 Planteamiento del Problema.....	31
2.3 Pregunta de investigación.....	33
2.4 Objetivos.....	34
2.4.1 Objetivo General.....	34
2.4.2 Objetivos Específicos.....	34
CAPITULO III MÉTODOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	
Metodología.....	35
3.1 Tipo de estudio.....	35
3.2 Universo.....	35
3.3 Muestra.....	35
3.4 Criterios de Inclusión.....	36
3.5 Criterios de Exclusión.....	37
3.6 Criterios de eliminación.....	37
3.7 Operacionalización de las Variables.....	39
3.8 Instrumento de Medición.....	40
3.9 Procedimiento.....	42
3.10 Recursos humanos y materiales .....	43
3.11 Aspectos éticos.....	43
RESULTADOS.....	44
DISCUSIÓN.....	48
CONCLUSIONES.....	50
BIBLIOGRAFÍA.....	52
ANEXOS.....	55

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La depresión en adolescentes es más frecuente de lo que se diagnostica y puede constituir una de las determinantes para provocar distanciamiento y problemas de comunicación con sus padres, lo que afectara en la dinámica familiar, con una posible evolución a la desintegración de la familia, la cual es la unidad básica de la sociedad.

**OBJETIVO:** Conocer la incidencia de depresión en los adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar en familias adscritas a la Unidad de Medicina Familiar número 28 de Mexicali, B.C.

**MATERIAL Y METODOS:** Es un estudio observacional, descriptivo, analítico y transversal en adolescentes de 10 a 19 años de edad. El tamaño muestral de 100 participantes con un muestreo no probabilístico, por conveniencia. Se aplicó el cuestionario de Birlson y FACES III. Se realizo un análisis estadístico descriptivo, mediante el cálculo de medidas de tendencia central para evaluar las frecuencias. Se realizó un análisis de comparación de proporciones para determinar la relación entre depresión y funcionalidad familiar.

**RESULTADOS:** La incidencia de depresión en adolescentes fue de 18%. La funcionalidad familiar en pacientes con depresión, fue disfuncional 72%. Con un valor de asociación de 27.8. No hay diferencia de género en los casos detectados. La edad más frecuente en los casos de depresión fue de 14 y 16 años.

**CONCLUSIONES:** La incidencia de depresión en adolescentes de 10 a 19 años de edad fue del 18%, presentándose disfunción familiar en 13(72%) de los 18 casos de depresión, con un valor de asociación de 27.8.

**PALABRAS CLAVE:** Depresión, Funcionalidad Familiar, Adolescentes.

## **CAPÍTULO I**

### **ANTECEDENTES**

Se decidió realizar el presente estudio debido a que la depresión en adolescentes es frecuente en atención primaria y no suele ser identificada, ya que la mayoría de ocasiones el motivo de consulta no suele ser el problema psicológico real.

Los adolescentes presentan problemas de comunicación con sus padres, lo cual afecta su autoestima y los predispone a un estado de ánimo depresivo, siendo la relación negativa, lo que conlleva a seguir con problemas de comunicación y a un círculo vicioso. Este desconocimiento por parte de los padres puede acentuar el distanciamiento entre ellos.

El interés en el estudio surgió del propósito de determinar si existe una relación entre la depresión en el adolescente y la funcionalidad familiar, con la finalidad de abordar a los pacientes, realizar su diagnóstico y proporcionarles orientación, así como apoyo por parte de psicología, en busca de prevenir la disfunción familiar.



## MARCO TEÓRICO

La organización mundial de la salud define la adolescencia como la etapa que va entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años<sup>2,3,4</sup>. Desde una perspectiva etimológica, el vocablo “adolescencia” proviene del verbo latino *adolescere*, cuyo significado es “crecer”, “madurar”, “llegar a la maduración”, indica que ese crecimiento al que alude la raíz verbal involucra tanto los aspectos físicos como el desarrollo intelectual, emocional del individuo. Es la etapa entre la infancia y la edad adulta, que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones<sup>2,3</sup>.

La adolescencia constituye un período y un proceso activo de construcción del futuro personal y de proyectos a partir de un enorme potencial y acervo de posibilidades que el adolescente posee. El logro evolutivo individual depende de circunstancias familiares y sociales, que pueden facilitar o dificultar adherirse a una determinada identidad personal<sup>1,15</sup>.

La adolescencia es la etapa de la vida en la que más se desarrollan las conductas cooperativas pro sociales o altruistas de solidaridad y es también, según Piaget, el momento en el que se consolidan los juicios morales, pasando los adolescentes desde la moral heterónoma, donde las normas son impuestas por la presión de los adultos, a una moral autónoma, donde las normas surgen de relaciones de reciprocidad y cooperación entre iguales<sup>1,18</sup>.

Desde un punto de vista psicológico, se considera como una etapa de la vida humana que comienza con la pubertad y se prolonga durante el tiempo que demanda a cada joven la realización de ciertos cambios que le permiten alcanzar la autonomía y hacerse responsable de su propia vida. La forma que adquiere la realización de estos cambios es dependiente a las características del tiempo y lugar en que al adolescente le toque vivir, de su particular situación familiar, género y clase social<sup>3</sup>.

Los cambios en cuestión han sido definidos de diversos modos, pero todos los autores coinciden en que es el momento en que se abandona la identidad infantil y al mismo tiempo que se elabora la separación de la familia de origen. En esta etapa deben realizarse tres operaciones básicas, íntimamente ligadas entre sí: la construcción de la identidad, la construcción del espacio subjetivo y el proceso de emancipación<sup>3, 13,15</sup>.

#### El pensamiento del adolescente

Para Piaget la tarea fundamental de la adolescencia es lograr la inserción en el mundo de los adultos. Para lograr este objetivo las estructuras mentales se transforman y el pensamiento adquiere nuevas características en relación al del niño: comienza a sentirse un igual ante los adultos y los juzga en este plano de igualdad y entera reciprocidad. Piensa en el futuro, muchas de sus actividades actuales apuntan a un proyecto ulterior. Quiere cambiar el mundo en el que comienza a insertarse.

Tiende a compartir sus teorías (filosóficas, políticas, sociales, estéticas, musicales, religiosas) con sus pares, al principio sólo con los que piensan como él. La discusión con los otros le permite, poco a poco, el descentramiento (aceptar que su verdad es un punto de vista, que puede haber otros igualmente válidos, y que puede estar equivocado). La inserción en el mundo laboral promueve (más aún que la discusión con los pares) la descentración y el abandono del dogmatismo mesiánico (mi verdad es la única verdad).<sup>15</sup>

#### Adolescencia temprana (10-14 años)

La característica fundamental de esta fase es el rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Estos cambios hacen que se pierda la imagen corporal previa, creando una gran preocupación y curiosidad por los cambios físicos. El grupo de amigos, normalmente del mismo sexo, sirve para contrarrestar la inestabilidad producida por estos cambios, en él se compara la propia normalidad con la de los demás y la aceptación por sus compañeros de la misma edad y sexo<sup>15</sup>.

Los contactos con el sexo contrario se inician de forma “exploratoria”. También, se inician los primeros intentos de modular los límites de la independencia y de reclamar su propia intimidad pero sin crear grandes conflictos familiares<sup>15</sup>.

La capacidad de pensamiento es totalmente concreta, no perciben las implicaciones futuras de sus actos y decisiones presentes.

Creer que son el centro de una gran audiencia imaginaria que constantemente les está observando, con lo que muchas de sus acciones estarán moduladas por este sentimiento. Su orientación es existencialista, narcisista y son tremendamente egoístas<sup>15</sup>.

#### Adolescencia tardía (15-19 años)

El crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal. La capacidad cognitiva va siendo capaz de utilizar el pensamiento abstracto, aunque este vuelve a ser completamente concreto durante períodos variables y sobre todo con el estrés. Esta nueva capacidad les permite disfrutar con sus habilidades cognitivas empezándose a interesar por temas idealistas y gozando de la discusión de ideas por el mero placer de la discusión. Son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos y decisiones aunque su aplicación sea variable. Tienen una sensación de omnipotencia e invulnerabilidad con el pensamiento mágico de que a ellos jamás les ocurrirá ningún percance; esta sensación facilita los comportamientos de riesgo que conllevan a la morbi mortalidad (alcohol, tabaco, drogas, embarazo, etc.) de este período de la vida y que puede determinar parte de las patologías posteriores en la época adulta<sup>15</sup>.

La lucha por la emancipación y el adquirir el control de su vida está en plena efervescencia y el grupo adquiere una gran importancia, sirve para afirmar su autoimagen y definir el código de conducta para lograr la emancipación.

Es el grupo el que dicta la forma de vestir, de hablar y de comportarse, siendo las opiniones de los amigos mucho más importantes que las que puedan emitir los padres; estas últimas siguen siendo muy necesarias, aunque sólo sea para discutir las, sirven de referencia y dan estabilidad, los padres permanecen, el grupo cambia o desaparece. La importancia de pertenecer a un grupo es altísima, algunos adolescentes antes que permanecer "solitarios" se incluyen en grupos marginales, que pueden favorecer comportamientos de riesgo y comprometer la maduración normal de la persona. Las relaciones con el otro sexo son más plurales pero fundamentalmente por el afán narcisista de comprobar la propia capacidad de atraer al otro, aunque las fantasías románticas están en pleno auge<sup>15</sup>.

Las relaciones familiares son de adulto a adulto y el grupo pierde importancia para ganar las relaciones individuales de amistad. Las relaciones son estables y capaces de reciprocidad y cariño y se empieza a planificar una vida en común, familia, matrimonio y proyectos de futuro<sup>15</sup>.

Dentro de los cambios que se presentan en los adolescentes, se caracteriza la evolución normal de la adolescencia por los siguientes aspectos<sup>15</sup>:

1. Búsqueda de sí mismo y de la identidad. Los cambios constantes en este período conducen a reestructuraciones permanentes externas e internas del individuo: De este modo, se adquiere el conocimiento de la individualidad biológica y social, el conocimiento de sí mismo, y de la propia personalidad<sup>15</sup>.

2. Tendencia grupal. La relación con el grupo de pares se intensifica, de tal forma que se distingue como un proceso de identificación masiva. Se transfiere al grupo la dependencia que anteriormente se tenía con la familia y en especial con los padres. A su paso por el grupo el individuo comienza a asumir su identidad adulta<sup>15</sup>.

3. Necesidad de intelectualizar y fantasear. Estas tendencias se utilizan como mecanismos de defensa frente a la situación de renunciar al cuerpo y rol de niño. La búsqueda de la identidad genera angustia y obliga a un refugio interno, que permite un reajuste emocional, en el que se da un incremento de la intelectualización, surge así la preocupación por principios éticos, filosóficos, sociales, movimientos políticos, las ideas de salvar a la humanidad. También surge el interés por las actividades literarias, artísticas<sup>15</sup>.

4. Crisis religiosas. El individuo se manifiesta como un ateo exacerbado o como un místico muy fervoroso, como situaciones extremas, lo cual refleja el intento de solución a la angustia que vive en la búsqueda de su identidad, de tal forma que la figura de una divinidad, de cualquier tipo de religión, puede representar una salida mágica<sup>15</sup>.

5. Desubicación temporal. Es característico que convierta el tiempo en presente y activo como un intento de manejarlo. Las urgencias son enormes y a veces las postergaciones son aparentemente irracionales. Suelen presentarse sentimientos de soledad.

Los duelos experimentados durante esta etapa permiten conceptualizar el tiempo, que implica la noción discriminada de pasado, presente y futuro<sup>15</sup>.

6. Evolución sexual manifiesta: que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad. Se caracteriza por actividad masturbadora y los comienzos del ejercicio sexual, de tipo exploratorio y preparatorio. Se inicia la búsqueda de la pareja<sup>15</sup>.

7. Actitud social reivindicatoria con tendencias antisociales de diversa intensidad. La familia es la primera expresión de la sociedad que influye y determina gran parte de la conducta de los adolescentes. El medio en que se vive determina nuevas posibilidades de identificación, futuras aceptaciones de identificaciones parciales e incorporación de una gran cantidad de pautas socioculturales y económicas, entonces la aceptación de la identidad está determinada por un condicionamiento entre individuo y medio. La sociedad impone restricciones a la vida del adolescente, quien con su actividad y con la fuerza reestructuradora de su personalidad, trata de modificarla<sup>15</sup>.

8. Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta. La conducta del adolescente está dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este período de la vida, de tal forma que, no puede mantener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta<sup>15</sup>.

9. Una separación progresiva de los padres. Los padres no son ajenos a las ansiedades que despiertan la genitalidad, al desprendimiento real, a los celos que esto implica en los hijos y en ellos mismos. La evolución de la sexualidad depende en gran parte de que los padres acepten los conflictos y el desprendimiento de los hijos. Si la figura de los padres está bien definida se convierte en el modelo que el adolescente buscará<sup>15</sup>.

10. Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo. La cantidad y la calidad de la elaboración de los duelos en la adolescencia determinan la mayor o menor intensidad de estos sentimientos<sup>15</sup>.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2003) en la Sesión Especial por la Infancia, en el art. N° 15, refiere lo siguiente: “La familia es la unidad básica de la sociedad y, como tal, debe reforzarse, La familia tiene derecho a recibir protección y apoyo completo. La responsabilidad primordial de la protección, la educación y desarrollo de los niños incumbe a la familia”<sup>31</sup>.

La Familia tiene como tarea preparar a sus 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. Las crisis se derivan de cualquier situación de cambio que signifique contradicción y requiera modificaciones<sup>31</sup>.



La adolescencia es un periodo especial para los miembros de la familia en que existe inestabilidad debido a los importantes cambios en los hijos, y que afecta directamente a los padres. Durante la adolescencia se produce un empeoramiento de la comunicación y un aumento de los conflictos entre padres e hijos, lo cual tiene mayor impresión emocional y afecta negativamente a los padres, debido a que son situaciones de riña constante<sup>32</sup>.

Las investigaciones ponen de manifiesto que la familia sigue siendo un contexto fundamental para el desarrollo positivo de los y las adolescentes. Al margen de los valores y costumbres culturales de cada familia, las características principales para fomentar un clima familiar saludable son el afecto y apoyo en conexión con el control y monitorización adecuados según la edad del adolescente para fomentar autonomía en su desenvolvimiento personal. Además de ello es indispensable la comunicación asertiva, por medio de la cual se establezcan normas de convivencia y límites justos para que los hijos se sientan libres y autónomos en su toma de decisiones<sup>32</sup>.

#### LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR: EL MODELO CIRCUMPLEJO DE OLSON.

En 1979 David Olson y sus colaboradores crearon el Modelo Circunflejo, un instrumento donde describe la dinámica familiar, la cual plantea tres dimensiones centrales del comportamiento familiar: Cohesión, Adaptabilidad y Comunicación<sup>33</sup>.

La cohesión se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí y evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella. Dentro del modelo circunplejo, los conceptos específicos para medir y diagnosticar la dimensión de la cohesión familiar son: La vinculación emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, interés y las recreaciones<sup>33</sup>.

La adaptabilidad familiar: Tiene que ver con la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar. Se define como la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo. Los conceptos específicos para diagnosticar y medir la dimensión de adaptabilidad son el poder de la familia (asertividad, control, disciplina), el estilo de negociación, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones<sup>33</sup>.

La comunicación familiar: Facilita el movimiento de las dimensiones de la cohesión y adaptabilidad. La comunicación familiar es un proceso interactivo en el que la comunicación es siempre una acción conjunta. Para el análisis, interesa más la forma y el contexto donde la comunicación actúa. Las habilidades de comunicación positiva, tales como la empatía, escucha reflexiva y comentarios de apoyo permiten a las familias compartir entre sí sus necesidades y preferencias cambiantes en relación con la cohesión y la adaptabilidad.

Las habilidades negativas tales como el doble mensaje, los dobles vínculos y la crítica, disminuyen la habilidad para compartir los sentimientos y restringen por lo tanto la movilidad de la familia en las otras dimensiones<sup>33</sup>.

Olson considera que la interacción de la dimensión de cohesión y adaptabilidad condiciona el funcionamiento familiar. Cada una de las dimensiones tiene cuatro rasgos y su correlación determina 16 tipos de familias, integradas en tres niveles de funcionamiento familiar<sup>21</sup>.

La dimensión de cohesión tiene dos componentes, el vínculo emocional de los miembros de la familia y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia. Lo que determina cuatro niveles<sup>21</sup>.

No relacionada o Dispersa: Extrema separación emocional, falta de lealtad familiar, se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, la correspondencia efectiva es infrecuente entre sus miembros, hay falta de cercanía paterno-filial, predomina la separación personal, rara vez pasan tiempo juntos, necesidad y preferencia por espacios separados, se toman las decisiones independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales, la relación se lleva a cabo individualmente<sup>21</sup>.

Semirelacionada o separada: Hay una separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, algunas veces se demuestra la correspondencia efectiva, los límites

paterno-filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos, se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses son distintos, las relaciones se llevan a cabo más separadas que en forma compartida<sup>21</sup>.

Relacionada o conectada: Hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada, se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre subsistemas son claros, con cercanía paterno-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefieren los intereses comunes, se prefiere la recreación compartida más que la individual<sup>21</sup>.

Aglutinada: Cercanía emocional extrema, se demanda lealtad hacia la familia, el involucramiento es altamente simbiótico, los miembros de la familia dependen mucho unos de otros, se expresa independencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, se dan coaliciones paterno-filiales, hay falta de límites generacionales, hay falta de separación personal, la mayor parte del tiempo lo pasan juntos, se permite poco tiempo y espacio privado, las decisiones están sujetas al deseo del

grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia más que los personales, los intereses conjuntos se dan por mandato<sup>21</sup>.

La dimensión de adaptabilidad, es la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo. Para que exista un buen sistema de adaptación se requiere un balance entre cambios y estabilidad. El desplazamiento entre alta y baja adaptabilidad se determina en cuatro tipos<sup>21</sup>.

Caótica: Liderazgo limitado y/o ineficaz, las disciplinas son muy poco severas e inconsistentes en sus consecuencias, las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones, existe alternancia e inversión en los mismos, frecuentes cambios en las reglas que se hacen cumplir inconsistentemente<sup>21</sup>.

Estructurada: En principio el liderazgo es autoritario sienta algunas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa siendo predecible sus consecuencias, es un tanto democrática, los padres toman decisiones, las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian<sup>21</sup>.

Rígida: El liderazgo es autoritario existiendo fuerte control parental, la disciplina es estricta y rígida mientras que su aplicación severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente no existiendo posibilidad de cambio<sup>21</sup>.

Flexible: El liderazgo es igualitario y permite cambios, la disciplina es algo severa negociándose sus consecuencias, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian<sup>21</sup>.

La correlación entre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, determina 3 niveles de funcionamiento familiar<sup>21</sup>:

Familia Balanceada o Equilibrada: De acuerdo al modelo circunflejo es el más adecuado y corresponde a familias resultantes de la combinación de los siguientes grados de adaptabilidad y cohesión, flexiblemente separada, flexiblemente conectada, estructuralmente separada y estructuralmente conectada<sup>21</sup>.

Familia Medio o Moderado: Corresponde a las familias resultantes de la combinación de los siguientes grados de adaptabilidad y cohesión: caóticamente separada, caóticamente conectada, flexiblemente dispersa, flexiblemente aglutinada, estructuralmente dispersa, estructuralmente aglutinada, rígidamente separada y rígidamente conectada<sup>21</sup>.

Familia Extremo: De acuerdo con el modelo circunflejo es el menos adecuado y corresponde a las familias resultantes de la combinación de los siguientes grados de adaptabilidad y cohesión: Caóticamente dispersa, caóticamente aglutinada rígidamente dispersa y rígidamente aglutinada<sup>21</sup>.

La presencia de conflictos familiares o falta de afecto pueden contribuir en un incremento de la vulnerabilidad emocional. Es importante considerar que los adolescentes con depresión pueden generar conflictos que pueden contribuir al mantenimiento de interacciones negativas entre los miembros de la familia y su propia depresión. Eventos específicos como pérdidas parentales, divorcio o exposición al suicidio parecen ser hallazgos consistentes también en muestras de adolescentes<sup>9</sup>.

La depresión (del latín *depressus*, que significa 'abatido', 'derribado') es un trastorno del estado de ánimo que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. Este término ha sido definido y estudiado de diversas maneras y ampliamente a lo largo de los siglos, sin embargo, desde el punto de vista psicológico actual, la depresión es un término genérico que se aplica a un conjunto de desórdenes de la afectividad, cuyo rasgo esencial y común es una alteración del estado de ánimo unida a problemas cognitivos, psicomotores, psicofisiológicos e interpersonales, que ocurre como condiciones únicas o acompañados de otros estados patológicos, es decir, la esfera psíquica, somática y conductual, son perturbadas en grados diversos<sup>6,7,8</sup>.

Los factores asociados a mayor riesgo de inicio temprano de sintomatología y de recurrencia son: carga familiar, psicopatología parental, psicopatología previa, factores socioculturales negativos, estrés y acontecimientos vitales. En un intento de dar consistencia a todos estos datos, se ha sugerido que lo que se hereda puede ser la vulnerabilidad a padecer un trastorno ansioso o depresivo, pero que ciertos

acontecimientos estresantes son necesarios para que se manifiesten estas alteraciones.

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su clasificación de enfermedades mentales DSM-IV-TR (2000) considera que para realizar el diagnóstico de un Trastorno Depresivo Mayor se requieren cinco o más síntomas, que deben estar presentes por al menos dos semanas de duración y que ello representa un cambio en el funcionamiento habitual del sujeto<sup>18</sup>.

Los criterios para uso específico en niños y adolescentes, partiendo del DSM. -IV - TR, son los siguientes<sup>10,18</sup>.

1.- Estado de ánimo deprimido: Se requiere que esté presente, sea objetiva o subjetivamente la mayor parte del día y casi todos los días. En los adolescentes deprimidos, el estado de ánimo se puede describir como un sentimiento inespecífico como sentirse malo, malhumorado, e irritable, y no necesariamente triste. El estado de ánimo y el afecto parecieran ser más influenciados por el medio ambiente en adolescentes que en adultos<sup>10,18</sup>.

2.- Anhedonia: Se define como el interés o el placer disminuido en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del tiempo. Se manifiesta por la deserción de actividades usuales, tales como el deporte y las actividades recreativas, así como en el cambio de relaciones interpersonales con sus pares. Es muy frecuente que sean capaces de decir que antes disfrutaban de ciertas actividades específicas, pero no logran hacerlo ahora. Un adolescente, reporta con frecuencia el cambio de



intereses y de placer. En relación a la interacción social, las y los adolescentes pueden no aislarse socialmente, pero pueden cambiar los grupos de amigos a grupos menos aceptados por los padres<sup>10,18</sup>.

3.- Pérdida o ganancia de peso: Cambios en el apetito y el peso son reportados menos frecuentemente en adolescentes que en adultos, y puede confundirse con los cambios evolutivos alrededor de la pubertad. Muchos adolescentes y padres desconocen que el aumento de peso debe ir en conjunto con el aumento de la estatura<sup>10,18</sup>.

4.- Insomnio o hipersomnias: Para entender los cambios en los patrones de sueño, es importante conocer sobre los patrones de sueño de normales. Estos tienden a dormir menos de lo necesario durante la semana, y duermen más de la cuenta durante los fines de semana. Se ha comprobado que este tipo de patrón de sueño puede disminuir su rendimiento cognitivo. El insomnio medial y terminal es poco frecuente en adolescentes, aunque el insomnio inicial y problemas para despertarse se reportan con frecuencia<sup>10,18</sup>.

5- Agitación o retardo psicomotor: Este síntoma requiere ser valorado por otras personas, no sólo un sentimiento subjetivo, esta información es difícil de obtener si uno no conoce al o la adolescente en su estado no depresivo, y si la madre o el padre tiene dificultad para atribuir el cambio a algo más que ser algo normal<sup>10,18</sup>.

6.- Fatiga o pérdida de energía: Pueden confundir la fatiga y la pérdida de energía con otros síntomas de depresión y con sueño. Debe establecerse una diferencia entre la “pereza “de realizar los quehaceres domésticos y las actividades placenteras, y no se deben de confundir entre sí la fatiga con la pérdida de energía. La fatiga es un síntoma subjetivo de sentirse cansado o teniendo baja energía la mayor parte del tiempo, aún con suficiente sueño.

7.- Sentimientos de Inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada<sup>10,18</sup>.

8.- Disminución de la capacidad para concentrarse, pensar, indecisión. Este es uno de las medidas más confiables de la depresión en adolescentes por su habilidad para hacer preguntas sobre el rendimiento escolar. Un adolescente quien previamente era capaz de terminar su trabajo durante el período de clase permitido, cuando está deprimido(a), es incapaz de completar los trabajos, llevándolo a aumentar las tareas a llevar a casa por el trabajo incompleto de la clase.

Puede durar horas largas haciendo una tarea con resultados mínimos. Sus notas pueden reflejar una caída<sup>10,18</sup>.

9.- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. El peligro en adolescentes es que su relativamente reciente adquisición del pensamiento abstracto tiende a llevarlos a percibir como una mayor catástrofe lo que otro llame un evento menor. Más difícil para evaluar en adolescente es la preocupación con la muerte y los temas mórbidos.

Algunos padres pueden mostrar preocupación con la música y el arte relacionado con temas de muerte, pero también otros lo pueden considerar propio de adolescentes<sup>10,18</sup>.

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

Episodio Depresivo Leve.

Debe durar al menos 2 semanas y ninguno de los síntomas debe estar en grado intenso. Tiene facultad para llevar a cabo su actividad laboral o social, aunque es probable que no las deje por completo. Se caracteriza por síntomas como ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad<sup>18</sup>.

Episodio Depresivo Moderado.

Deben estar presentes al menos 2 de los siguientes síntomas: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar o aumento de la fatigabilidad. Así como al menos 3 de estos síntomas: disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza de sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos

suicidas o de auto agresiones, trastornos del sueño o pérdida de apetito. Deben durar al menos 2 semanas. El sujeto suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral y doméstica<sup>18</sup>.

#### Episodio Depresivo Grave.

El enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación. El riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. El paciente debe presentar los 3 síntomas del Episodio Depresivo Leve y Moderado, y por lo menos 4 de los demás síntomas; todos ellos en intensidad grave. No es probable que el sujeto sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado<sup>18</sup>.

## CAPÍTULO II

### JUSTIFICACIÓN

Se estima que la depresión será el problema de mayor impacto en salud de la población en países en vías de desarrollo en el año 2020 y es la psicopatología más importante como precondition para en un futuro presentar intento de suicidio en jóvenes, que figura como una de las principales causas de muerte en esta etapa de la vida. Existe evidencia de la continuidad de trastorno depresivo a lo largo de la adolescencia y su prolongamiento durante la etapa adulta, resultando en un alto índice de hospitalizaciones psiquiátricas y clínicas, así como problemas laborales y de relación futuros.

El trastorno depresivo se encuentra asociado al abuso de alcohol y drogas, a trastornos alimentarios, a conductas de riesgo, a promiscuidad sexual, a conductas delictivas y a hiperagresividad, lo que nos hace entender que la depresión en la adolescencia, además de un costo personal, acarrea un grave costo social, por la repercusión comunitaria que genera<sup>21</sup>.

Los adolescentes deprimidos son poco identificados por sus padres, no buscan ayuda en ellos y son reticentes a consultar a un profesional de salud. Cuando recurren a la atención médica lo hacen con quejas primariamente somáticas y, como resultado, este grupo se vuelve vulnerable a no tener sus problemas emocionales identificados que tal vez no podrán resolverse de forma espontánea,

sino al contrario, posteriormente dificultaran el desarrollo psíquico normal de la adolescencia y de la vida adulta<sup>21</sup>.

Debido a que muchos casos no llegan a los profesionales de la salud mental, el reconocimiento de los médicos de atención primaria, así como su intervención, son esenciales<sup>21</sup>.

El médico familiar en atención primaria detecta con baja frecuencia los trastornos depresivos, permaneciendo sub diagnosticados entre un tercio y la mitad de los mismos<sup>24</sup>. Por lo que hay que establecer programas de detección temprana de depresión, con la finalidad de prevenir sus complicaciones y así reducir los riesgos en el desarrollo psicosocial del adolescente y la disfunción familiar.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia es la unidad social básica y como tal, en México, 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 distimia, 0.9%. En un estudio nacional en 2005 se encontró 4.5% de depresión en adultos.

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, atribuyéndoseles actualmente 10% de la global y estimando que para el 2020 aumentara a 15%, y que la depresión será el segundo motivo de incapacidad y ausentismo laboral. Hasta antes de la década de los setenta, 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, asociada incluso con mayor comorbilidad que cuando inicia a 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.

De acuerdo con los resultados de encuestas de auto aplicación, 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.

Los adolescentes deprimidos son poco identificados por sus padres, no buscan ayuda en ellos y son resistentes a consultar a un profesional de la salud. Cuando acuden para atención médica, lo hacen por manifestaciones somáticas. Por dichas razones, este grupo se vuelve vulnerable al no tener identificados sus problemas emocionales, que tal vez no podrán resolverse de forma espontánea y dificultarán el desarrollo psíquico normal de la adolescencia y de la vida adulta.

Los factores causales de la depresión en el adolescente son múltiples, entre ellos el genético, ya que se ha demostrado mayor riesgo de depresión en hijos de personas que presentan trastornos afectivos. Así mismo, se ha informado la presencia de factores biológicos como el descenso de dopamina, noradrenalina y serotonina. Se han detectado factores individuales como labilidad emocional, formación de 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 más frecuentes en los adolescentes deprimidos son el carácter autoritario o permisivo de los padres, la ruptura de lazos familiares, la riña continua de los padres, el rechazo de los padres y la falta de comunicación.

Para identificar la incidencia de depresión y los tipos de función familiar en los adolescentes de nuestra Unidad de Medicina Familiar, se decidió realizar esta investigación.

Pregunta de investigación.

¿Cuál incidencia de depresión en adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar en familias adscritas a la U.M.F. 28 en Mexicali, Baja California?

## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL**

Conocer la incidencia de depresión en los adolescentes y su relación con la funcionalidad de familias adscritas a la U.M.F. 28 en Mexicali, B.C.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Conocer la incidencia de depresión con base a los resultados de la Escala de Birleson (DSRS) aplicado a los adolescentes adscritos a la U.M.F. 28.
- 2) Conocer la funcionalidad Familiar en los adolescentes con depresión con base a los resultados del cuestionario FACES III aplicado a adolescentes adscritos a la U.M.F. 28.
- 3) Conocer la proporción de depresión por género en adolescentes con adscripción a la U.M.F. 28.
- 4) Conocer la proporción de depresión en adolescentes según grupo de edad.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Observacional, descriptivo, analítico y transversal.

#### **MARCO MUESTRAL**

##### **POBLACIÓN:**

Adolescentes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California, sin importar sexo, religión, ocupación, escolaridad que acudan a consulta o como acompañantes a la unidad de medicina familiar.

Población total adscrita a la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social Número 28 en Mexicali Baja California al mes de Enero de 2013 192,696 derechohabientes.

De los cuales se encuentran adscritos a esta Unidad de Medicina Familiar un total de 18,908 son adolescentes de 10-19 años.

#### **MUESTRA**

Mediante la fórmula para la estimación de una proporción se calcula la muestra a estudiar.

Fórmula:

$$N = \frac{Z\alpha^2 \times P(1-P)}{\delta^2}$$

N = Muestra de pacientes a estudiar.

$Z\alpha^2$  = Nivel de confianza del 95% (1.96)

P = Prevalencia de depresión en adolescentes 7% <sup>34,35</sup>.

$\delta^2$  = Precisión 0.05

**Cálculo matemático:**

$$N = \frac{3.84 \times 0.07(1-0.07)}{0.05^2} = \frac{0.249984}{0.0025} = 100$$

$$\frac{3.84 \times 0.07(1-0.07)}{0.05^2} = \frac{0.249984}{0.0025} = 100$$

Se estudiará una muestra de 100 Adolescentes de entre 10 y 19 años.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- 1.- Adolescentes de entre 10 y 19 años de edad.
- 2.- Que se encuentren adscritos entre Enero de 2013 y Febrero 2013 a la Unidad de Medicina Familiar Número 28 IMSS, Mexicali Baja California.
- 3.- Que su padre o tutor legal firmen el consentimiento informado para autorizar su participación en el estudio.

4.- Que los adolescentes acepten voluntariamente para contestar la encuesta.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

1.- Edad Menor a los 10 años y Mayor a los 19 años

2.- Adolescentes no adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 28 entre Enero 2013 y Febrero 2013.

3.- Que sus padres o tutores legales no firmen el consentimiento informado, ni autoricen su participación en el estudio.

4.- Adolescentes que no deseen participar voluntariamente en el estudio.

5.- Adolescentes con alguna limitación física o mental que no les permita contestar el cuestionario.

6.- Adolescentes con diagnóstico y/o tratamiento para trastornos de depresión o ansiedad.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

1.- Responder los cuestionarios en forma incompleta.

2.- Seleccionar más de una opción en una pregunta.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Naturaleza	Interrelación	Indicador	Definición	Escala
Edad	Cuantitativa	Independiente	Años cumplidos	Tiempo de vida desde el nacimiento.	1.-10–11 años 2.- 12–13 años 3.- 14–15 años 4.- 16–17 años 5.- 18–19 años
Sexo	Cualitativa	Independiente	Género masculino o femenino	Características genotípicas del sexo	1.- Femenino 2.- Masculino
Funcionalidad familiar.	Cualitativa	Dependiente	Funcional.  Disfuncional		1.- Funcional 2.- Disfuncional
Depresión	Cualitativa	Dependiente	Con depresión.  Sin depresión.	Trastorno mental caracterizado por tristeza profunda y pérdida de interés o placer, que perdura por al menos dos semanas y que está presente en la mayoría del día.	1.-Con depresión 2.-Sin depresión

## **INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

Para el diagnóstico de depresión se utilizó la escala de Birleson en su versión en español, instrumento auto aplicable tipo Likert que consta de 18 reactivos en el que puedes tener una calificación de 0 a 2, siendo 36 la máxima. Diez de los 18 reactivos (1, 5 a 9, 11 a 13, 16) se califican de 0 a 2 (0 siempre, 1 a veces, 2 nunca) y ocho (2 a 4, 10, 14 a 15, 17 a 18) de 2 a 0, (2 siempre, 1 a veces, 0 nunca). El valor alfa de Cronbach de esta encuesta es de 0.85 y como prueba diagnóstica tiene una sensibilidad de 87% y una especificidad de 74% cuando el punto de cohorte es de 14. De acuerdo con esta escala se obtuvieron dos categorías <sup>20</sup>:

- Adolescentes sin depresión: Puntuación de 0 a 13.
- Adolescentes con depresión: Puntuación de 14 a 36.

Para evaluar la función familiar se utilizó la Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (FACES III) en su versión al español, el cual contiene 20 preguntas: las 10 noes evalúan la cohesión familiar y las 10 pares, la adaptabilidad familiar. Las preguntas están planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Lickert de 1 a 5 (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre); de tal manera que la puntuación posible para cohesión y la adaptabilidad es de 10 a 50. El nivel alfa de Cronbach es de 0.70.<sup>21,23</sup>

#### Niveles de Cohesión:

- No relacionada o dispersa, 10 a 30.
- Semirelacionada o separada, 31 a 35.
- Relacionada o conectada, 36 a 40.
- Aglutinada 41 a 50.

#### Niveles de adaptabilidad.

- Rígida, 10 a 24.
- Estructurada, 25 a 28.
- Flexible, 29 a 32.
- Caótica, 33 a 50.



## **PROCEDIMIENTO**

Previa autorización para la realización del protocolo de estudio por parte del director de la Unidad de Medicina Familiar No.28, previa aceptación de la metodología de investigación y con autorización del comité de investigación, previa firma del consentimiento informado por parte del padre o tutor y del adolescente al cual se le encuestará; se realizará la entrevista a los adolescentes que se encuentren dentro de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar Número 28 IMSS; ya sea para recibir consulta, como acompañantes en la sala de espera de consulta externa en el área de atención médica continua.

Se explicará al adolescente los motivos de la encuesta y solicitando su participación voluntaria, siempre garantizando el anonimato y confidencialidad en el manejo de la información.

Se hará entrega de los formatos correspondientes a la escala de Birleson para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia y a la Escala de Evaluación de Funcionamiento Familiar FACES III. Ambos cuestionario auto aplicables.

Una vez resueltos ambos cuestionarios, frente al adolescente, su padre o tutor y dos testigos, se depositaran ambos cuestionarios y el consentimiento informado dentro de un sobre el cual permanecerá cerrado hasta ser evaluado.

## **RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES**

Para éste estudio se utilizaron los siguientes recursos materiales:

- Hojas de papel tamaño carta
- Formato de recolección de datos
- Cuestionarios
- Material bibliográfico
- Lápices
- Gomas
- Impresora
- Tinta
- Computadora personal
- USB

## **RECURSOS FÍSICOS**

Áreas de aula y consulta externa de la UMF No. 28.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

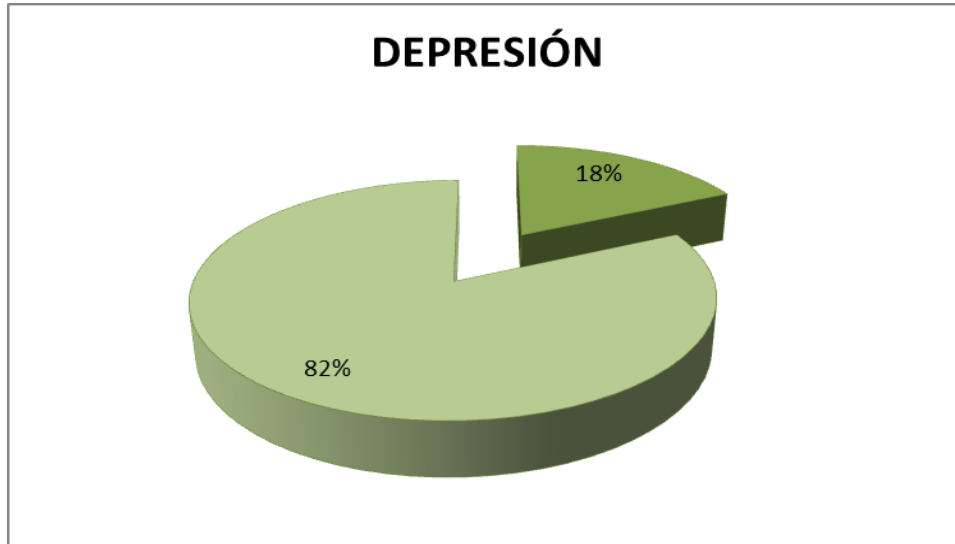
El presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas aceptados en las normas establecidas en la declaración de Helsinki de 1964, revisada en Tokio en 1975, en Venecia en 1983 y en Hong Kong en 1989.

La presente investigación será acorde con los lineamientos que en materia de investigación y ética se encuentran establecidos en las normas e instructivos institucionales.

## RESULTADOS

La población de estudio fueron 100 participantes, de los cuales (18%) presentaron depresión. Gráfica 1.

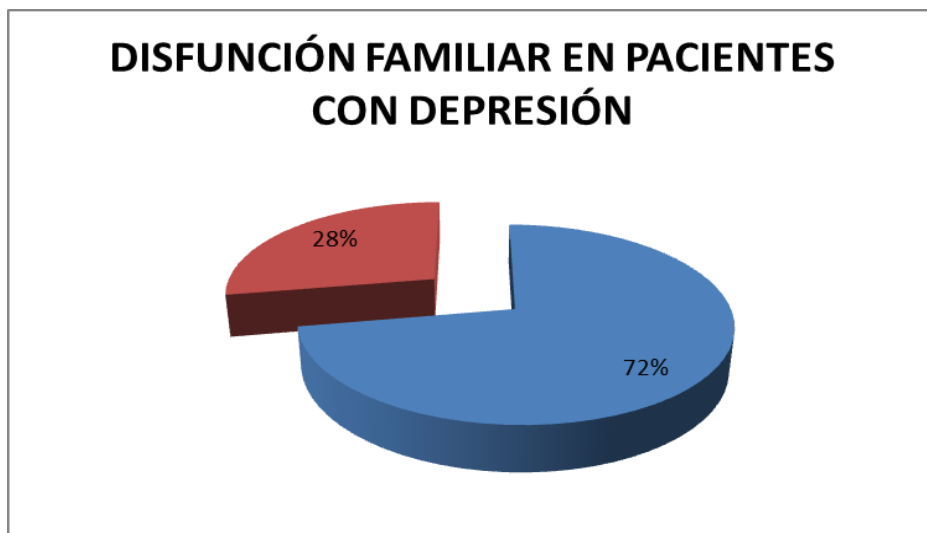
Gráfica 1.



Fuente: encuesta

La funcionalidad familiar en relación con los casos de depresión, se encontró que 13(72%) de los 18 casos presentaron disfunción familiar. Gráfica 2

Gráfica 2. Diagnóstico de Funcionalidad Familiar en pacientes con depresión.



Fuente: encuesta

La edad promedio fue de 14.5 años, la edad más afectada de la población con depresión fue 14 y 16 años de edad. Grupo etario 3 y 4, según la clasificación.

Tabla 1.

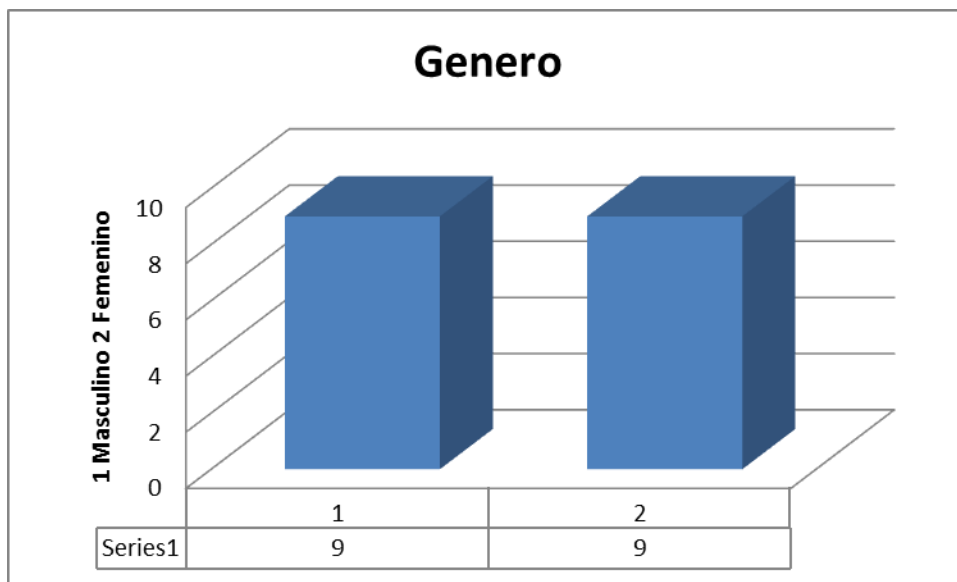
Tabla 1. Grupo etario

Grupo etario (años)	Pacientes con depresión	Porcentaje
I 10 – 11 años	0	0
II 12 – 13 años	2	11.1%
III 14 – 15 años	10	55.5%
IV 16 – 17 años	6	33.4%
V 18 – 19 años	0	0
Total	18	100%

Fuente: encuesta

Respecto al género, no se encontró diferencia en los casos de depresión. Grafica 3.

Gráfica 3. Género.



Fuente: encuesta

Se encontró una asociación de 27.8 para pacientes con depresión y disfunción familiar, mediante tablas de proporciones, los pacientes con depresión tiene 27.8 veces más probable que resulten con disfunción familiar, en comparación con pacientes sin depresión.

Grafica 4.



Fuente: encuesta

Del total de los pacientes con disfunción familiar, 13(65%), presentaron en lo referente a tipo de cohesión, familias no relacionadas. Y en relación al tipo de adaptabilidad, 15(75%) fueron de tipo flexible.

Tabla 2

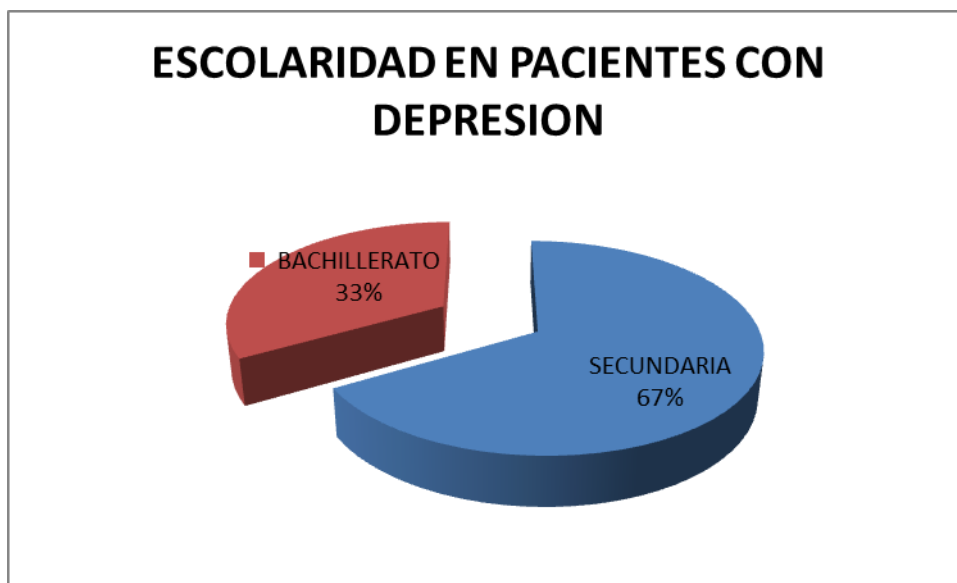
Adaptabilidad			Cohesión		
Rígida	2	10%	Aglutinada	1	5%
Estructurada	2	10%	No relacionadas	13	65%
Flexible	15	75%	Semirelacionada	3	15%
Caótica	1	5%	Relacionada	3	15%

Fuente: encuesta

En relación a los pacientes con depresión, se encontró en relación con el tipo de cohesión, con familias no relacionadas 77.7% y en relación a adaptabilidad, el tipo de familia predominante fue la flexible en un 61.1%.

Del total de los pacientes con depresión, el 66.6% cursan secundaria. Grafica 5.

Grafica 4.



Fuente: encuesta

## DISCUSIÓN

Dentro del servicio de consulta de medicina familiar es importante la valoración integral de todos los pacientes, para así tomar decisiones oportunas en cuanto a la prevención y el tratamiento las patologías que pudieran presentar. En nuestro estudio encontramos una incidencia del 18% para depresión, encontrándose en 18 de los 100 pacientes, lo cual no concuerda con lo que se menciona en el artículo de Acosta Hernández, el cual reporta una prevalencia de 3 al 8% y concordamos con el autor que esta enfermedad produce aislamiento social y que en casos muy severos puede culminar en suicidio. En el mismo artículo menciona que la depresión puede ser subdiagnosticada debido a que los adolescentes pueden tener dificultad para identificar y describir los síntomas.

Una de las limitaciones del presente estudio fue que solamente se investigó la función familiar y no la influencia de otras características, lo cual hubiese sido importante para comparar resultados y tener un sustento más sólido entorno a los factores familiares que se asocian con la depresión en el adolescente. Más que clasificar a las familias como funcionales y disfuncionales, se decidió analizar los 16 tipos de funciones familiares para ser más descriptivos y tener una mejor idea sobre las características del comportamiento familiar relacionadas con la depresión del adolescente. Es importante aclarar que dado el carácter transversal del estudio, sólo se puede afirmar que existe una asociación entre el tipo de familia no relacionadas y flexibles y la depresión en el adolescente, sin que podamos establecer una relación de causa efecto, pues no se conoce realmente la secuencia

temporal de los acontecimientos, si el tipo de familia llevó al adolescente a la depresión o la depresión del adolescente influyó en la funcionalidad de la familia. De igual forma pasa con la asociación entre las familias aglutinadas y la ausencia de depresión.



## CONCLUSIONES

De acuerdo a la información obtenida se concluye que nuestra muestra tiene una incidencia del 18% para depresión. En relación a los casos de depresión con funcionalidad familiar, se encontró disfunción familiar en un 65%, del total de los pacientes con depresión. No se encontró diferencia de género en los casos de depresión. Se encontró una mayor frecuencia de los casos de depresión a nivel de secundaria y a los 14 y 16 años de edad. Se encontró una asociación del 27.8 entre depresión y disfunción familiar. Los pacientes con disfunción familiar tienen 27.8 veces más posibilidades de presentar depresión que los pacientes que no la tienen. Se encontró que los pacientes con disfunción familiar, el 65%, presentaron en lo referente a tipo de cohesión, familias no relacionadas y en relación al tipo de adaptabilidad, el 75% fueron de tipo flexible. En relación a los pacientes con depresión, se encontró en relación al tipo de cohesión, con familias no relacionadas 77.7% y en relación a adaptabilidad, el tipo de familia predominante fue la flexible en un 61.1%.

La detección oportuna de los adolescentes con riesgo de depresión o en depresión, permitirá evitar la progresión a disfunción familiar, por lo tanto es de gran relevancia detectar cada uno de los factores predisponentes para su desarrollo y actuar para erradicarlos.

Es necesario aumentar la concientización en el personal médico de las unidades de medicina familiar y a todo el personal que esté en contacto con la población en

estudio, para que se realice una detección y referencia a todo paciente adolescente con sospecha de depresión, con el objetivo de prevenir la desintegración familiar.

Por todo lo anterior consideramos que se debe seguir investigando sobre la asociación de la depresión en adolescentes con problemas familiares y de adaptación social.

## BIBLIOGRAFIA

1. López Gutiérrez P. Educación para la ciudadanía y los derechos humanos en tercero de E.S.O.: una nueva perspectiva. Red Visual. 2008. Revista No. 8. Pag. 1.
2. Gutiérrez Baro Elsa, et.al. Toxicomanías y adolescencia: Realidades y consecuencias. La Habana, Cuba. Clínica del adolescente. 1999. Consultado en Octubre de 2009.
3. Pineda Pérez, Aliño Santiago. Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral a la Salud en la Adolescencia. Cap. 1. [en línea]. Ed. MINSAP. 1999. Consultado en octubre de 2009.
4. Fonseca León. Estadística de adolescentes - México. México. Coord. Est. UIESSA-IMSS. 2000.
5. Pardo G, Sandoval A, Umbarila D. Adolescencia y depresión. Revista Colombiana de Psicología número 013. 2004. Bogotá Colombia. Universidad Nacional de Colombia. Pág. 17 – 32.
6. De la Peña F., Ulloa R., Páez F. Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. Salud mental. Número especial. 1999. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
7. Rodríguez Ávila J, Ortiz Ramírez M. Depresión Infantil. [en línea]. Revista científica electrónica de psicología. ICSa- UAEH. 2008. No. 6. Pag. 77- 88.
8. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz C, Zambrano J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud Publica Mex 2004;46(5):417-423.
9. Otero S. Depresión y suicidio en niños y adolescentes. Pediatría integral. 2004; VIII(8):635-641.
10. Manual de atención integral a la depresión y el suicidio en adolescentes. Costa Rica. Caja costarricense de seguro social. 2004.
11. Mondragón L. La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. México. Salud Mental, Vol. 24, No. 6, Diciembre 2001. Pág. 4 – 15.
12. Leyva- Jiménez R. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Guanajuato, México. 2006. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (3): 225-232
13. Casas J, González M. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Revista Pediatría Integral. Móstoles, Madrid. 2005. Pag.20-24. *Pediatr Integral 2005;IX(1):20-24*
14. Madrigal E. Suicidio. Revista Adolescencia. Ed. Nueva época. Guadalajara, Jalisco. Junio 2004.
15. Weissmann P. Adolescencia. Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653). Pag, 1-8.
16. González C. Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. Psicothema. 2003. Vol. 15, nº 4, pp. 524-532.
17. Aberastury A. Knobel M. El síndrome de la adolescencia normal. Capítulo 2: normalidad y patología en la adolescencia.

18. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona, España, Editorial Masson, 2003. Pág. 345-352.
19. De la Peña, Lara, Cortés, Nicolini, Páez, Almeida. Traducción al español y validez de la Escala de Birlson (DSRS) para el trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia. Salud Mental V. 19, Suplemento de Octubre 1996.
20. Martinez-Pampliega et al. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FASES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2006, Vol. 6, No.2, pp. 317-338.
21. Dos Santos-Palazo et al. Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto de salud colectiva. Atención Primaria 2001. Noviembre. 28 (8): 543 – 549.
22. E.R. Ponce Rosas et al. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Atención Primaria 2003. Diciembre. 30 (10): 624 – 630.
23. Pérez-Amezcu. B. et al. Prevalencia y factores asociados a ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la Republica Mexicana. Salud Pública de México, Vol. 52. No. 4, Julio-Agosto 2010: 324 – 333.
24. Boschetti – Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Archivos de Medicina Familiar. Vol. 6 Núm. 3. Septiembre – Diciembre 2004. pp. 61 – 63.
25. Barrientos – Acosta V. et al. Depresión y tipología familiar en un grupo de adolescentes mexicanos. Archivos de Medicina Familiar. Vol. 12. Núm. 3 Julio – Septiembre 2010. pp. 69 – 76.
26. Carreon Nieto C.H. et al. Síntomas depresivos y estructura familiar en adolescentes. Atención Familiar. 2012; 19(1):12 – 15.
27. Xóchitl Galicia Moyeda, i., Sánchez Velasco, a., Robles Ojeda, F.. Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. Anales de Psicología, Norteamérica, 25, jul. 2009.
28. Informe Nacional Sobre Violencia y Salud. Secretaria de Salud. Primera edición 2006. Capítulo II, pág. 35
29. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Baja California. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaria de Salud. Primera Edición Diciembre 2007. Capítulo I, Pág. 49.
30. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Resultados por entidad federativa. Baja California. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaria de Salud. Fundación Gonzalo Rio Arronte, I. A.P. Primera Edición, 2009. Capítulo II, Pág. 31-34.
31. Organización de las Naciones Unidas, ONU Sesión Especial sobre la infancia (2003). Un mundo apropiado para los niños. Art. N°15. Red por los derechos de la infancia. México
32. Arranz, E. (2004), Familia y desarrollo psicológico. Chile: Editorial Prentice Hall.
33. Sotil, A. y Quintana, A. (2003). Influencias del clima familiar, estrategias de aprendizaje e inteligencia emocional en el rendimiento académico. Revista de investigación psicológica UNMSM. 6(2), 53-69.

34. Medina Mora et. al. Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental, Vol. 26, No. 4, agosto 2003.
35. Vietya López et. al. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. Salud Mental 2012;35:37-43.

# ANEXO 1.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Título del protocolo: Incidencia de depresión en adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar en familias adscritas a la U.M.F. 28 en Mexicali, baja california durante el periodo de Noviembre 2012 a Mayo 2013.

Investigador principal: \_\_\_\_\_

Sede donde se realizará el estudio: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

*(Enunciar brevemente cada uno de los apartados en un lenguaje no médico, accesible a todas las personas).*

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO. *(Dar razones de carácter médico y social).*

### 2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos

.....  
*(La información deberá estar acotada en un lenguaje que sea claro para una persona sin conocimientos médicos, deberá detallar los objetivos y los resultados esperados)*

### 3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

*(Explicar brevemente los beneficios esperados. Si existen estudios anteriores o alternativos, aunque sean de otros investigadores, se puede hacer referencia a ellos en este capítulo con la intención de ampliar la información).*

En estudios realizados anteriormente por otros investigadores se ha observado que

.....  
Con este estudio conocerá de manera clara si usted

.....  
Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido

### 4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos y sus antecedentes médicos, y ..... *(Aquí se deberá detallar el o los procedimientos a seguir, anotando aquellos que pueden causar molestias, o que se acompañen de un riesgo igual o superior al mínimo, o bien que tienen efectos adversos en un determinado plazo. Al igual que en el apartado anterior, en un lenguaje claro para una persona sin conocimientos médicos).*

### 5. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante o del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

He explicado al Sr(a). \_\_\_\_\_ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y 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 apegó a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO BIRLESON.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:**

Por favor, responde honestamente como te has sentido las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas, Gracias.

	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 3

1.- Nunca o casi nunca 2.- Pocas veces 3.- A veces 4.- Con frecuencia 5.- Casi siempre

1. Los miembros de la familia se sienten muy cercanos unos a otros. (C)	1 2 3 4 5
2. Cuando hay que resolver problemas, se siguen las propuestas de los hijos. (A)	1 2 3 4 5
3. Los padres tienen dificultades para llegar a acuerdos.	1 2 3 4 5
4. En nuestra familia la disciplina (normas, obligaciones, consecuencias, castigos) es justa. (A)	1 2 3 4 5
5. Los miembros de la familia asumen las decisiones que se toman de manera conjunta como familia. (C)	1 2 3 4 5
6. Es difícil saber cuáles son las normas en nuestra familia.	1 2 3 4 5
7. Los miembros de la familia se evitan unos a otros en casa.	1 2 3 4 5
8. Los miembros de la familia tienen miedo de decir lo que piensan.	1 2 3 4 5
9. Los miembros de la familia se piden ayuda mutuamente. (C)	1 2 3 4 5
10. En cuanto a su disciplina, se tiene en cuenta la opinión de los hijos (normas, obligaciones). (A)	1 2 3 4 5
11. Vemos con buenos ojos los amigos de los otros miembros de la familia.	1 2 3 4 5
12. Cuando surgen problemas, negociamos para encontrar una solución. (A)	1 2 3 4 5
13. En nuestra familia hacemos cosas juntos. (C)	1 2 3 4 5
14. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia más cercana.	1 2 3 4 5
15. Cuando surge un problema, cada miembro de la familia lo resuelve por su cuenta.	1 2 3 4 5
16. Los miembros de la familia dicen lo que quieren libremente. (A)	1 2 3 4 5
17. Los miembros de la familia tienen dificultades para encontrar tiempo para estar juntos.	1 2 3 4 5
18. En nuestra familia todos compartimos las responsabilidades.	1 2 3 4 5
19. Los miembros de la familia se meten demasiado en los asuntos de los demás.	1 2 3 4 5
20. En nuestra familia, mandan diferentes personas.	1 2 3 4 5



21. Los miembros de la familia conocen a los amigos íntimos de los demás.	1 2 3 4 5
22. En nuestra familia, es difícil cambiar una norma.	1 2 3 4 5
23. En nuestra familia nos reunimos todos juntos en la misma habitación (sala, cocina). (C)	1 2 3 4 5
24. Los miembros de la familia se sienten más cercanos a personas externas a la familia que a los propios miembros de la familia.	1 2 3 4 5
25. A los miembros de la familia les gusta pasar su tiempo libre juntos. (C)	1 2 3 4 5
26. En nuestra familia, a todos nos resulta fácil expresar nuestra opinión. (A)	1 2 3 4 5
27. Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en los momentos difíciles. (C)	1 2 3 4 5
28. En nuestra familia se intentan nuevas formas de resolver los problemas. (A)	1 2 3 4 5
29. Los miembros de la familia comparten intereses y hobbies. (C)	1 2 3 4 5
30. Cuando quedamos para hacer actividades juntos, la mayoría de los miembros de la familia está presente.	1 2 3 4 5
31. Tenemos amigos a los que vemos todos juntos como familia.	1 2 3 4 5
32. En nuestra familia se respeta la forma de ser de cada uno.	1 2 3 4 5
33. Los miembros de la familia hacen cosas en parejas, más que todos juntos.	1 2 3 4 5
34. Todos tenemos voz y voto en las decisiones familiares importantes. (A)	1 2 3 4 5
35. Es más fácil comentar los problemas con personas externas a la familia que con los otros miembros de la familia.	1 2 3 4 5
36. Nos cuesta pensar en cosas para hacer juntos.	1 2 3 4 5
37. Nuestra familia cambia su forma de organizar las actividades de la vida diaria de la familia.	1 2 3 4 5
38. Los miembros de la familia se consultan unos a otros sus decisiones. (C)	1 2 3 4 5
39. En nuestra familia las normas pueden cambiarse.	1 2 3 4 5
40. Nuestra familia come reunida más de una vez al día.	1 2 3 4 5
41. Los padres y los hijos hablan juntos sobre el castigo. (A)	1 2 3 4 5
42. La unidad familiar es una preocupación principal. (C)	1 2 3 4 5
43. La mayoría de las decisiones las toman los padres.	1 2 3 4 5
44. Una vez que se le asigna una tarea a un miembro de la familia, no es posible realizar cambios.	1 2 3 4 5

45. Nuestra familia no habla sobre sus problemas.	1 2 3 4 5
46. Tornamos entre todos la responsabilidad de las tareas domésticas	1 2 3 4 5
47. Los miembros de la familia comentamos los problemas y nos sentimos muy bien con las soluciones encontradas. (A)	1 2 3 4 5
48. En nuestra familia es difícil saber quién manda.	1 2 3 4 5
49. Es difícil saber quién hace cada tarea doméstica.	1 2 3 4 5
50. En nuestra familia cada uno va a lo suyo.	1 2 3 4 5

(C) Cohesión

(A) Adaptabilidad

## ANEXO 4

### INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Instrumento.

Para el diagnóstico de depresión se utilizará la escala de Birlson en su versión en español, instrumento auto aplicable tipo Likert que consta de 18 reactivos en el que puedes tener una calificación de 0 a 2, siendo 36 la máxima. Diez de los 18 reactivos (1, 5 a 9, 11 a 13, 16) se califican de 0 a 2 (0 siempre, 1 a veces, 2 nunca) y ocho (2 a 4, 10, 14 a 15, 17 a 18) de 2 a 0, (2 siempre, 1 a veces, 0 nunca). El valor alfa de Cronbach de esta encuesta es de 0.85 y como prueba diagnóstica tiene una sensibilidad de 87% y una especificidad de 74% cuando el punto de cohorte es de 14. De acuerdo con esta escala se obtendrán dos categorías:

Adolescentes sin depresión: Puntuación de 0 a 13.

Adolescentes con depresión: Puntuación de 14 a 36.

Para evaluar la función familiar se utilizará la Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (FACES III) en su versión al español, el cual contiene 20 preguntas: las 10 noes evalúan la cohesión familiar y las 10 pares, la adaptabilidad familiar. Las preguntas están planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Lickert de 1 a 5 (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre); de tal manera que la puntuación posible para cohesión y la adaptabilidad es de 10 a 50. El nivel alfa de Cronbach es de 0.70.

#### **Niveles de Cohesión:**

No relacionada o dispersa, 10 a 30.

Semirelacionada o separada, 31 a 35.

Relacionada o conectada, 36 a 40.

Aglutinada 41 a 50.

#### **Niveles de adaptabilidad.**

Rígida, 10 a 24.

Estructurada, 25 a 28.

Flexible, 29 a 32.

Caótica, 33 a 50.

