



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 27



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON LA DISFUNCIÓN
FAMILIAR**

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

PRESENTA

CYNTHIA MORALES OROZCO

ASESORES

DRA. MARÍA CECILIA ANZALDO CAMPOS

DRA. EDITH SANABRIA DÍAZ

Tijuana, Baja California, febrero de 2014

ÍNDICE.

Resumen	3
Antecedentes	4
Planteamiento del problema	10
Objetivos	11
General	
Específicos	
Justificación	12
Material y métodos	13
Definición conceptual de variables	16
Aspectos éticos	17
Resultados	18
Discusión	23
Conclusiones	26
Bibliografía	27
Anexos	
Anexo 1. Hoja de recolección de datos	30
Anexo 2. Operacionalización de variables	31
Anexo 3. Instrumentos de medición	
“Escala de Birleson”	33
“Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar”	34
Anexo 4. Consentimiento informado	
Consentimiento informado adultos	35
Consentimiento informado menores de edad	36
Anexo 6. Cronograma de actividades	37

Resumen.

Título: Depresión en adolescentes y su relación con la disfunción familiar

Investigadores: Cynthia Morales Orozco, Dra. María Cecilia Anzaldo Campos, Dra. Edith Sanabria Díaz.

Antecedentes: Las mayores tasas de depresión en la edad adulta están asociadas con la depresión en la infancia y la adolescencia. La asociación encontrada entre algunos tipos de familia y la depresión en los adolescentes nos invita a recordar el papel de dicha institución en el proceso de salud-enfermedad.

Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión en el adolescente y su relación con la disfunción familiar.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal. Muestra de 110 adolescentes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 (UMF 27) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Tijuana, Baja California. Para el diagnóstico de depresión se utilizó la escala de Birleson y para evaluar el funcionamiento familiar, la prueba de percepción del funcionamiento familiar FF-SIL, ambos en español. Análisis estadístico: estadística descriptiva y de tipo no paramétrica para análisis bivariado, prueba Chi cuadrada y de correlación de Spearman para evaluar relación entre depresión y disfunción familiar. Para el procesamiento de resultados, se utilizó el programa estadístico SPSS versión 21 en español.

Resultados: Prevalencia de depresión del 19.1%, 5.5% hombres y 13.6% mujeres (OR=2.92). Relación depresión con familias funcionales 16% y disfuncionales 27.5% (OR=1.99). Depresión en adolescencia tardía del 14.8% y 31% para la temprana (p=0.05).

Conclusiones: La prevalencia de depresión fue del 19.1%, con riesgo 1.99 veces mayor de depresión en adolescentes con disfunción familiar.

Palabras clave: Adolescente, depresión, disfunción familiar.

Antecedentes

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) afecta al 3-5% de la población mundial, lo que equivale a unos 20-200 millones de personas. A su vez los pacientes depresivos representan alrededor del 20% de enfermos de la consulta general y más de la mitad de los pacientes visitados en la consulta de psiquiatría.¹

Los trastornos afectivos constituyen uno de los principales problemas de salud mental en los niños y adolescentes donde hay alteración en el ánimo, que ocasiona malestar significativo y disfunción en diferentes áreas de la vida del sujeto. Cuando un chico está sufriendo un trastorno del afecto sus actividades cotidianas se ven menoscabadas y su comportamiento y forma de ser, se modifica en relación con lo habitual.²

Las mayores tasas de depresión en la edad adulta están asociadas con la depresión en la infancia y la adolescencia, por lo que actualmente los esfuerzos se encaminan a detectar y tratar precozmente a niños y adolescentes con síntomas depresivos.³

A pesar de que no existe una definición de adolescencia aceptada internacionalmente, las Naciones Unidas establecen que los adolescentes son personas con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años; es decir, la segunda década de la vida.⁴

Los niños y adolescentes constituyen casi un tercio (2.2 billones de individuos) de la población mundial y cerca del 90% viven en países de ingresos bajo y medio,

donde abarcan hasta el 50% de la población. Para la gente joven los trastornos neuropsiquiátricos constituyen la causa principal de barreras relacionadas con la salud, representando del 15-30% de discapacidad-ajustada vida-años perdidos durante las primeras tres décadas de vida.⁵

En México de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2010, la población adolescente alcanzaba los 21'966,049 habitantes.⁶

Las manifestaciones de la depresión en el adolescente semejan a la de los adultos, más que a las de los niños. Un estado de ánimo triste o disfórico, se manifiesta con una tendencia al abandono. Comúnmente los adolescentes deprimidos sufren de anhedonia, frecuentemente expresado como "aburrimiento".⁷

El trastorno depresivo mayor (TDM) frecuentemente inicia en la adolescencia, es crónico y recurrente, y frecuentemente ubica a los jóvenes en riesgo para TDM durante la adultez.⁸

Aunque por mucho tiempo se consideraba que la depresión no existía en niños y que era normativa en la adolescencia, en los últimos 30 años se empezó a reconocer la depresión mayor como un trastorno que también padecen los niños y adolescentes. Debido a la mayor comorbilidad y mayor agrupación familiar de la depresión en los individuos en quienes ésta se inicia tempranamente, se considera la posibilidad de que aquella que se inicia en la infancia o la adolescencia sea una forma más severa del trastorno. En estudios realizados en otros países, como Estados Unidos de América (EUA), se estima una prevalencia de depresión mayor entre niños de 9 a 17 años de edad de alrededor de 5% en los últimos seis meses.⁹

Los jóvenes deprimidos que no reciben tratamiento pueden tener resultados pobres, incluyendo funcionamiento social reducido y deterioro del desempeño escolar y el riesgo de uso de alcohol y drogas y dependencia a la nicotina. Por lo que la identificación temprana y el acceso al tratamiento es de particular importancia para los adolescentes deprimidos.¹⁰

El TDM está caracterizado por la presencia de diferentes síntomas que tienen que ver con la tristeza, alteraciones cognitivas y síntomas somáticos. Los niños o adolescentes que presentan TDM experimentan ánimo bajo, que a diferencia de los adultos se manifiesta principalmente con irritabilidad, incapacidad para disfrutar de las cosas que les gustan, problemas para estar concentrados en comparación con el funcionamiento previo, fallas de atención, ideas de ser menos valiosos que otros, aislamiento, disminución del rendimiento escolar, pérdida o aumento notable del apetito, con falta de incremento ponderal esperado para su edad y sexo, labilidad emocional, llanto fácil, alteraciones en el sueño y la energía, dificultad para pensar en el futuro y cuando es grave puede haber intentos suicidas o síntomas de psicosis, consistentes en alucinaciones (alteraciones somatosensoriales) o delirios (creencias falsas). La duración de los síntomas es de al menos dos semanas y representa un malestar importante para el chico con un deterioro de varias de las áreas de su vida cotidiana.²

De acuerdo con el Colegio Americano de Medicina familiar, la familia es un grupo de individuos con una relación legal, genética y/o emocional. La sociedad confía en que el grupo familiar provee las necesidades económicas y de protección de los

individuos, especialmente de los niños y los adultos mayores.¹¹ La disfunción familiar puede tener efectos depresogénicos durante meses o años, no más. Si se mide en la adolescencia o en el adulto joven, la disfunción familiar, sin embargo, pudiera estar relacionada con depresión de inicio en el adolescente o en el adulto joven.¹² El apoyo e involucramiento de la familia puede jugar un papel crucial en ayudar a alguien que está deprimido.¹³

Estudios relacionados con la diferencia de edades reportan la influencia del ambiente en la ansiedad y depresión durante la niñez que desaparece conforme el niño entra en la adolescencia. En la edad adulta, esta influencia desaparece y se incrementa la influencia de los factores genéticos.¹⁴

La familia es la unidad básica responsable de preservar la integridad de los individuos que forman la unidad. Las familias extienden soporte emocional, social y económico a cada miembro. Una familia altamente funcional ayuda a mantener las dimensiones de la comunicación y el control conductual y emocional, además ayuda en la resolución de problemas e imitación de conductas de sus miembros.¹⁵

En la existencia de un ambiente familiar de alto riesgo para depresión, si las relaciones con los padres se caracterizan por calidez, aceptación, poca hostilidad y escaso control parental, tienen tendencia a un mejor estado de salud mental.¹⁶

La asociación encontrada entre algunos tipos de familia y la depresión en los adolescentes nos invita a recordar el papel de dicha institución social en el proceso de salud-enfermedad, por lo que el médico familiar debe buscar en forma oportuna las características estructurales y funcionales que pueden poner en riesgo la salud de la

población, o bien, ayudar a que la enfermedad de un integrante de la familia la afecte lo menos posible.¹⁷

El ambiente al que se encuentran expuestos nuestros niños y adolescentes en sus años de formación tienen efectos potencialmente duraderos en el desarrollo cognitivo y conductual. Es bien conocida la asociación de las adversidades en la edad temprana con psicopatología subsecuente.¹⁸

La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes identificó que 7.2% de los jóvenes de la Ciudad de México, que tienen entre 12 y 17 años, sufrieron un trastorno depresivo en el último año (IC 95%=6.3-8.3), con prácticamente la mitad de los casos (54.7%) calificados como «graves».¹⁹

La evidencia sugiere que solamente una fracción de los jóvenes son identificados cuando se presentan en el ambiente de la atención primaria, y solamente el 50% de los adolescentes son diagnosticados antes de llegar a la edad adulta. Como parte del cuidado de la salud, los médicos de atención primaria deberían monitorear el funcionamiento psicosocial de todos los jóvenes, porque los problemas en el funcionamiento psicosocial pueden ser una indicación de una variedad de problemas, incluyendo la depresión.²⁰

La evidencia de las últimas 2 décadas sugiere que los programas de prevención primaria reducen la incidencia de problemas de salud mental con un enfoque basado en la familia como unidad.²¹

En respuesta a la creciente evidencia para la efectividad de los tratamientos en

los adolescentes, el grupo de los servicio se prevención de Estados Unidos ahora recomienda el tamizaje para depresión en los adolescentes en el escenario de la atención primaria.²²

Planteamiento del problema

¿Cuál es la prevalencia de depresión en adolescentes y su relación con familia disfuncional?

Objetivos

General

Determinar la prevalencia de depresión en el adolescente y su relación con la disfunción familiar.

Específicos

Conocer características sociodemográficas de la muestra.

Identificar dimensiones afectados en la percepción del funcionamiento familiar.

Conocer prevalencia de depresión por género.

Justificación

La depresión se ha convertido en un padecimiento cada vez diagnosticado con mayor frecuencia en la edad adulta, sin embargo, existe poca información con respecto a la población adolescente. Anteriormente se pensaba que era una enfermedad del adulto, pero en los últimos años se ha encontrado que el diagnóstico pudiera realizarse en etapas más tempranas.

La adolescencia es un periodo de cambios, durante el cual resulta de vital importancia realizar el diagnóstico de forma temprana y oportuna para tomar las medidas necesarias y dar tratamiento a quienes lo requieran para evitar que se vuelva un padecimiento crónico y disminuir los resultados adversos por no ser diagnosticada en el momento adecuado.

Debido a que México es un país de población joven, de acuerdo al censo del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2010 en México habitan 21'966,049 adolescentes, resulta particularmente relevante ya que se convertirán en los siguientes adultos jóvenes con depresión que sufrirán las consecuencias de no haber recibido el tratamiento.

La participación de la familia en el desarrollo del individuo se encuentra estudiada y reconocida, por lo que resulta importante conocer cómo encontramos la disfuncionalidad familiar y cómo esta afecta al adolescente.

Material y métodos

Diseño: Se trata de un estudio cuantitativo, de alcance descriptivo, observacional y transversal.

Población: Adolescentes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 (UMF 27) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Lugar: Tijuana, Baja California.

Selección de muestra: Muestreo de tipo no probabilístico dirigido por criterios.

Tamaño de muestra: El tamaño de la muestra se determinó en base a la prevalencia nacional de depresión en el adolescente, aplicando la siguiente fórmula:

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

Donde: "N" representa el tamaño muestral (103), "Z" la variable establecida (1.96), "P" prevalencia (0.072) y "m" margen de error (0.05). Lo anterior resultó en una muestra con un total de 103 adolescentes.

Periodo de recolección: 3 de febrero – 30 de abril de 2014.

Criterios de inclusión: Pacientes con edad de 13-19 años, derechohabientes de UMF 27 del IMSS, que aceptaron contestar la encuesta y firmaron carta de consentimiento informado. En los pacientes menores de edad, se solicitó firma a padres o tutores.

Criterios de no inclusión: Pacientes con edad <13 años, no derechohabientes de UMF 27 del IMSS, que no aceptaran contestar encuesta, o no firmaran carta de consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Encuesta respondida de forma incompleta o incorrecta.

Metodología: Una vez autorizado el protocolo por parte del Comité Local de Investigación (CLIS) 204, se procedió a solicitar autorización al Director de la unidad para la aplicación de los diferentes instrumentos de medición.

Se solicitó su participación y a los que aceptaron formar parte del estudio, se les pidió firmaran la carta de consentimiento informado. Las variables que se estudiaron fueron datos sociodemográficos: edad, género, etapa de la adolescencia, estado civil, escolaridad, ocupación, posteriormente se aplicaron los siguientes instrumentos:

Para el diagnóstico de depresión se utilizó la escala de Birlson en su versión al español, instrumento autoaplicable tipo Likert que consta de 18 reactivos que pueden tener una calificación de 0 a 2, siendo 36 la máxima. Diez de los 18 reactivos (1, 5 a 9, 11 a 13, 16) se califican de 0 a 2 (0 siempre, 1 a veces, 2 nunca) y ocho (2 a 4, 10, 14 a 15, 17 a 18), de 2 a 0 (2 siempre, 1 a veces, 0 nunca). 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 corte es 14. De acuerdo con esta escala se obtuvieron dos categorías:

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

Para evaluar el funcionamiento familiar se utilizó la prueba de percepción del funcionamiento familiar FF-SIL en su versión en español, instrumento tipo Likert que consta de 14 reactivos divididos en 7 áreas: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Cada pregunta tiene cinco opciones de respuesta al que se asigna un puntaje como sigue: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos) y casi siempre (5

puntos). El puntaje global resultante de la suma de la respuesta de los 14 reactivos permite clasificar el funcionamiento familiar en:

- Familia funcional: puntuaciones de 70 a 57 puntos
- Familia moderadamente funcional: puntuaciones 56 a 46 puntos
- Familia disfuncional: puntuaciones 42 a 28 puntos
- Familia severamente disfuncional: puntuaciones de 27 a 14 puntos

Análisis estadístico: se utilizará estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas y frecuencias para las cualitativas. Se empleará estadística de tipo no paramétrica para análisis bivariado, prueba Chi cuadrada y Prueba de correlación de Spearman, para evaluar relación entre depresión y disfunción familiar. Para el procesamiento de resultados, se utilizará el programa estadístico Statistical Product and Service Solutions (SPSS) versión 21 en español para MAC.

Definición conceptual de variables:

Edad: tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.

Género: clase a la que pertenece un nombre sustantivo o un pronombre por el hecho de concertar con él una forma y, generalmente solo una, de la flexión del adjetivo y del pronombre. En las lenguas indoeuropeas estas formas son tres en determinados adjetivos y pronombres: masculina, femenina y neutra.

Estado civil: condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo.

Escolaridad: conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. Tiempo que duran estos cursos.

Ocupación: trabajo, empleo u oficio.

Adolescencia: periodo de transición entre la infancia y la edad adulta, contemplándose dos etapas: adolescencia temprana (entre los 10 y los 14 años de edad) y adolescencia tardía (entre los 15 y los 19 años de edad).

Disfunción familiar: alusión a los trastornos que producen disminución en el funcionamiento de un sistema familiar.

Depresión: síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.

Aspectos éticos:

El presente estudio se elabora de acuerdo a la normatividad emitida en materia de investigación en la Ley General de Salud, así como la observancia de los lineamientos de investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social; así como de las guías de prácticas clínicas y los lineamientos de la declaración de Helsinki del año 1964, modificada por la XLI Asamblea Medica Mundial de Hong Kong en 1989 y revisada en el año 2000, y por la reglamentación de la ley general de salud para la investigación de nuestro país

Toda información obtenida será resguardada, bajo los principios de confidencialidad, y exclusivo manejo por parte del investigador con la debida autorización por parte del paciente y/o padre de familia/tutor en el caso de menores de edad.

Recursos utilizados: Los propios del investigador.

Resultados

Se realizaron un total de 112 encuestas, de las cuales se eliminaron 2 por no encontrarse respondidas de forma completa, resultando en una muestra total de 110 adolescentes (N=110) de los cuales, ninguno declinó a participar.

De acuerdo al cuestionario de Birlson, se identificó depresión en el 19.1% (n=21) de los adolescentes encuestados (13.6% mujeres y 5.5% hombres) en el gráfico 1 se muestran los resultados por género. La puntuación media del cuestionario resulto ser de 9.75 ± 4.73 puntos.

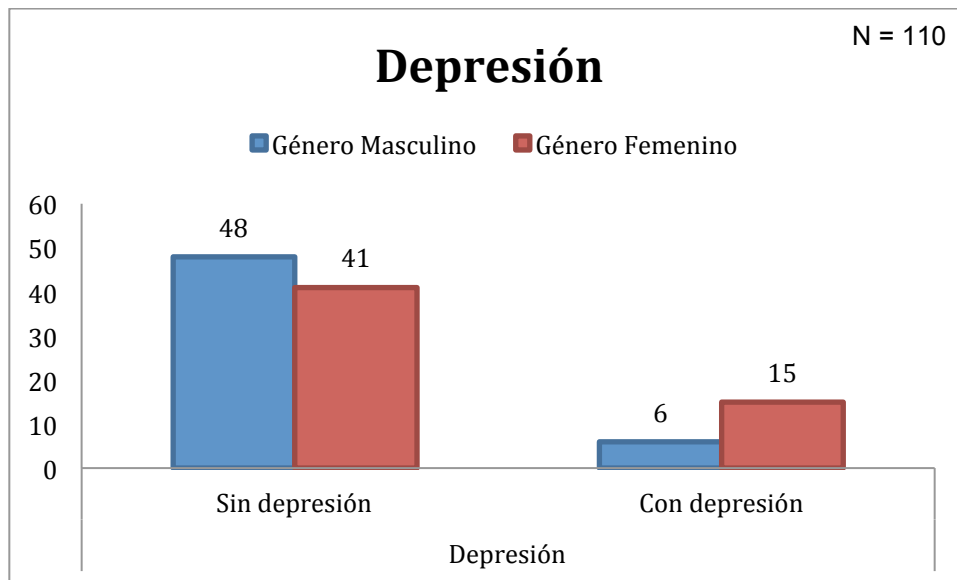


Gráfico 1. Depresión de acuerdo a escala de Birlson.

La relación entre disfunción familiar y depresión, resultó con una OR=1.99 (IC 95%=0.728-5.458), lo que nos habla de 1.99 veces más probabilidad que se presente depresión al existir disfunción familiar en el 27.5% y 16% para las familiar en que no se encontrón disfunción. (Tabla 3)

Las variables sociodemográficas se analizaron y se presentan de la siguiente manera: edad promedio de 16.13 ± 2 años, escolaridad en base a los años cursados con una media de 10.69 ± 1.93 años. Un análisis más detallado de las variables sociodemográficas se presenta en la tabla que se muestra a continuación (Tabla 1).

Variables sociodemográficas		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Adolescencia		
Temprana (edad 10-14 años)	29	26.4
Tardía (edad 15-19 años)	81	73.6
Género		
Masculino	54	49.1
Femenino	56	50.9
Estado civil		
Soltero (a)	96	87.3
Casado (a)	5	4.5
Unión libre	9	8.2
Nivel educativo		
Educación básica*	57	51.8
Educación media superior	40	36.4
Educación superior	13	11.8
Ocupación		
Estudiante	73	66.4
Empleado (a)	19	17.3
Estudiante-empleado	8	7.3
Desocupado (a)	10	9.1

Tabla 1. Variables sociodemográficas

N= 110

* Educación básica se considera 1 año de educación preescolar, primaria y secundaria previo a reforma educativa de la Secretaría de Educación Pública (SEP) del 2004.

La clasificación de las familias de acuerdo con el instrumento de medición “prueba de percepción de funcionalidad familiar” (FF-SIL), con puntuación media de 48.72 ± 10.33 puntos, la clasificación resultante fue la siguiente: familias funcionales en un 24.5%, moderadamente funcionales en un 49.1%, disfuncionales en un 23.6% y severamente disfuncionales en 2.7% de la información obtenida se muestra la distribución en el siguiente gráfico (Gráfico 2).

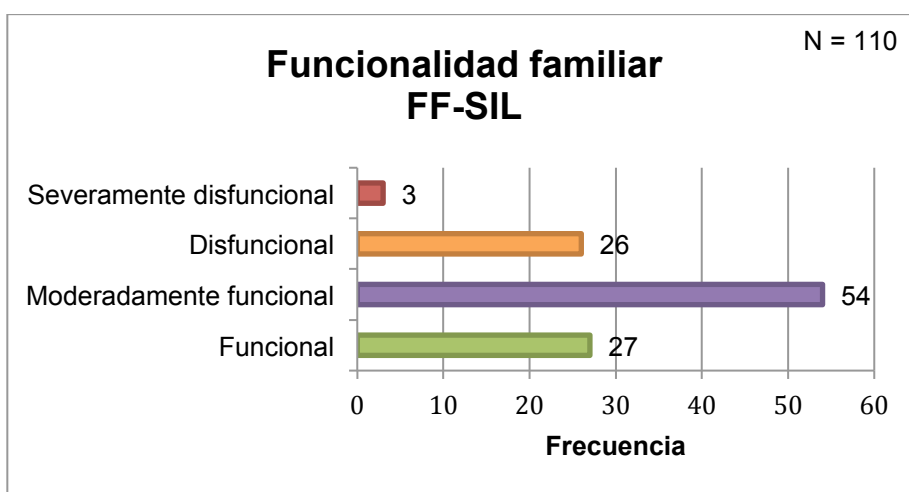


Gráfico 2. Clasificación de acuerdo a instrumento de medición FF-SIL.

En conjunto, las familias que fueron percibidas como funcionales fue del 73.6% y como disfuncionales 26.4%.

Dentro de las dimensiones que evalúa el FF-SIL, se encontró que la dimensión más afectada fue la permeabilidad con una calificación promedio de 6.38 puntos, en segundo lugar los roles con un promedio de 6.57 puntos y en tercer lugar la armonía con 6.89 puntos Las que recibieron la calificación más alta fueron las dimensiones de cohesión y afectividad. (Tabla 2)

Dimensiones (FF-SIL)	
	(Media ± DE)
Cohesión	7.38 ± 1.97
Armonía	6.89 ± 1.95
Comunicación	6.97 ± 2.07
Permeabilidad	6.38 ± 1.86
Afectividad	7.43 ± 2.13
Roles	6.57 ± 2.23
Adaptabilidad	7.09 ± 1.84

Tabla 2. Dimensiones evaluadas por el FF-SIL

Se realizó prueba de Chi cuadrada para establecer si existía relación entre las variables estudiadas y la depresión, posteriormente se realizó la prueba de correlación de Spearman para establecer la asociación existente entre las variables que resultaron con significancia estadística y finalmente se realizó análisis de regresión lineal para establecer la fuerza de asociación entre las variables.

Como resultado de lo anterior, se analizaron el resto de las variables recabadas y se obtuvo la siguiente información: asociación estadísticamente significativa entre las variables de adolescencia-depresión con valor de X^2 cuadrada de 3.637 ($p=0.05$), con depresión en 31% en la adolescencia temprana y 14.8% en adolescencia tardía, identificando a la adolescencia tardía como factor protector para la no presencia de depresión. De igual forma, existe relación entre género-depresión con valor de X^2 de 4.373 ($p=0.03$), con una OR=2.92 (IC 95% = 1.040-8.235) para el género femenino con 26.78% y del 11.11% para el género masculino. (Tablas 3 y 4)

Tabla 3. Razón de Momios

Género y funcionamiento familiar y su relación con depresión

	Depresión		OR	IC (95%)
	Sí	No		
Género			2.92	1.040-8.235
Masculino	6	48		
Femenino	15	41		
Funcionamiento familiar			1.993	0.728-5.458
Funcional	13	68		
No funcional	8	21		

N= 110

Tabla 4. Chi cuadrada

Relación entre depresión y variables sociodemográficas

	Depresión		X ²	p
	Sí	No		
Adolescencia			3.637	0.05
Temprana	9	20		
Tardía	12	69		
Estado civil			0.933	0.334
Unido	4	10		
No unido	17	79		
Nivel educativo			0.295	0.587
Básica	12	45		
Media superior-Superior	9	44		
Ocupación			0.006	0.939
Ocupado	19	81		
Desocupado	2	8		

N= 110

Discusión

Nuestro estudio encontró una prevalencia de depresión en el adolescente del 19.1%, por arriba de lo reportado por la Encuesta de Salud Mental en Adolescentes referida por Wagner y colaboradores en 7.2%¹⁹ y a lo reportado por Deutsches Ärzteblatt International en 3-8%⁷ y a lo publicado en EUA, donde se estima una prevalencia de depresión mayor entre niños de 9 a 17 años de edad de alrededor de 5% en los últimos seis meses⁹, Kieling C, et al reportan una incidencia de enfermedades mentales del 15-20%. Aunque muy similar a la prevalencia reportada en México de hasta 29.8% ya en 2006¹⁷.

La diferencia de los resultados entonces también dependerá de la heterogeneidad del abordaje metodológico realizado⁵ incluido el instrumento de medición utilizado, ya que a pesar que los instrumentos de autoaplicación en su mayoría se encuentran basados en el DSM, al momento de responder, el resultado dependerá de la memoria de los pacientes de la manifestaciones en periodos de una semana a seis meses (lo que puede representar un sesgo para la estimación). Además que los diferentes instrumentos, no se encuentran todos validados al español y son para rangos de edad diferentes, tal es el caso del inventario de depresión de Beck y del cuestionario de depresión para niños con respecto al inventario de Birleson. El estudio de Carolina del Norte anteriormente mencionado, el instrumento de medición utilizado es el CAPA (valoración psiquiátrica del niño y el adolescente, por sus siglas en inglés) para los menores de 16 años de edad y el YAPA (valoración psiquiátrica del adulto joven) para los adultos jóvenes de los 19 a los 21 años de edad (una extensión del

YAPA)¹².

Además la diferencia pudiera también encontrarse debido a la diversidad de los grupos de edades evaluados, ya que no existe consistencia con la misma. En un estudio realizado en Carolina del Norte (E. E. U. U.) estima una prevalencia del 5.6%, con un rango de edad para adolescencia de los 13 a los 16 años de edad y del 2.5% para el grupo de edad de 9 a 12 años y finalmente para adultos jóvenes (18 y 19 años de edad) del 3.6%¹². Por otro lado, en México de acuerdo a un estudio realizado en Guanajuato el grupo de edad considerado fue de los 15-19 años¹⁷. Al no existir un consenso universal de rangos de edad para adolescencia, el estimar la prevalencia real resulta difícil ya que no existe un común acuerdo y por tanto los resultados serán consistentemente distintos. Aunque la UNICEF establece como adolescencia el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años de edad⁴.

Por otra parte, se buscaba encontrar si existe relación entre el adolescente deprimido y la familia disfuncional, estableciendo que existe una relación entre ambos con el presente estudio con una OR de 1.99 (IC 95%=0.728-5.458). compatible con lo encontrado en estudios realizados en Pakistán donde se habla de una relación con aproximadamente el 90% de los pacientes deprimidos con percepción de familias disfuncionales¹³. Además de lo estudiado en España en donde la presencia de un diagnóstico de depresión incluye la variable de disfunción familiar con una OR de 4,27 (IC 95 %: 1,98-9,21)¹. Otro estudio en Carolina del Norte (E. E. U. U.) establece relación con la disfunción familiar y la depresión de inicio en la adolescencia (OR=2.42,

IC 95%=1.39-4.20, p=0.002)¹².

Recalcando la importancia de la identificación temprana de la depresión y la prevalencia que encontramos, se destaca la importancia de la detección ya que la adolescencia representa un punto crítico de vulnerabilidad, con un 75% de los adultos con TDM experimentaron su primer episodio depresivo durante la niñez o la adolescencia⁸.

Debido a la prevalencia de depresión encontrada por este estudio, se corrobora la necesidad de entidades responsables de programas referentes a la salud mental del niño y el adolescente; el financiamiento de servicios de salud mental fue rara vez identificado en los presupuestos de los diferentes países de acuerdo a lo mencionado por Salud Mental Global 2⁵. De acuerdo a lo publicado por el Reino Unido, la OMS ha lanzado una importante iniciativa para mejorar mundialmente el diagnóstico y manejo de ciertas condiciones clave y una estrategia para el tamizaje (cuestionarios que proveen un método rápido y económico) y manejo de precisión ha sido identificado¹⁶. Con lo anterior se reafirma la importancia de la implementación de medidas de tamizaje en la población adolescente que sean de características propias para los mismos.

Lo anterior nos muestra una importantísima área de oportunidad para la detección oportuna dentro del ambiente de la atención primaria de acuerdo a lo establecido por Richardson LP y colaboradores en donde se hace referencia²², siendo el ambiente de las Unidades de Medicina Familiar el lugar ideal para identificar depresión en el adolescente.

Conclusiones

La prevalencia de depresión en el adolescente encontrada por el presente estudio, fue del 19.1%.

Existe un riesgo mayor de depresión en adolescentes con disfunción familiar con $OR=1.99$ (IC 95%=0.728-5.458). Además de existir predominio en el género femenino con $OR=2.92$ (IC 95% = 1.040-8.235).

Es importante mencionar que a los adolescente en los cuales se detectó la prueba de tamizaje positiva para depresión, fueron canalizados para su atención con su médico familiar, para su evaluación y tratamiento integral.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Escribá-Quijada R, Maestre-Montoya C, Amores-Laserna P, Pastor-Toledo A, Miralles-Marco E, Escobar-Rabadán F. Prevalencia de depresión en adolescentes. *Actas Esp Psiquiatr* 2005;33(5):298-302.
- ² Cárdenas EM, Fera M, Vázquez J, Palacios L, De la Peña F. [2010]. [Consultado 10 de noviembre de 2013]. ISBN: 978-607-460-157-2. [aprox. 32p]. Disponible en: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastornos_afectivos.pdf
- ³ Fonseca-Pedrero E, Paino M, Lemos-Giráldez S, Muñiz J. Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos. *Actas Esp Psiquiatr* 2011;39(4):217-25.
- ⁴ UNICEF [Base de datos en internet]. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 2011. [Consultado 16 de noviembre de 2013]. ISBN: 978-92-806-4557-6. [aprox. 148p]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf
- ⁵ Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet* 2011; 378: 1515–25.
- ⁶ Censo de Población y Vivienda (2010). Panorama sociodemográfico de México. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI, c2011.
- ⁷ Herpertz-Dahlmann B, Bühren K, Remschmidt H: Growing up is hard—mental disorders in adolescence. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110 (25): 432–40.
- ⁸ Jacobs RH, Reinecke MA, Gollan JK, Kane P. Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents: A cognitive science and developmental perspective. *Clin Psychol Rev*. 2008 June; 28 (5): 759–782.
- ⁹ Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Publica Mex* 2004;46:417-424.
- ¹⁰ Stein REK, Zitner LE, Jensen PS. Interventions for Adolescent Depression in Primary Care. *Pediatrics* 2013; 118 (2): 669-682.
- ¹¹ AAFP [homepage on the internet]. American Academy of Family Physicians; c2009. [Consultado 01 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.aafp.org/about/policies/all/family-definition.html>
- ¹² Shanahan L, Copeland WE, Costello EJ, Angold A. Child-, adolescent- and young adult-onset depressions: differential risk factors in development? *Psychol Med*. 2011;41(11):2265-74.
- ¹³ Siddiqua Aamir, Syeda Farhana Jahangir and Saeed Farooq. Family Functioning Among Depressive and Dissociative (Conversion) Patients. *J Coll Physicians Surg Pak* 2009; 19 (5): 300-303.
- ¹⁴ Franić S, Middeldorp CM, Dolan CV, Ligthart L, Boomsma DI. Childhood and adolescent anxiety and depression: beyond heritability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Aug;49(8):820-9.
- ¹⁵ Sawant NS, and Kamal S. Jethwani. Understanding family functioning and social support in unremitting schizophrenia: A study in India. *Indian J Psychiatry*. 2010 Apr-Jun; 52(2): 145–149.

¹⁶ Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet* 2012; 379: 1056–67.

¹⁷ Leyva-Jiménez R, Hernández-Juárez AM, Nava-Jiménez G, López-Gaona V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (3): 225-232

¹⁸ Dunn VJ, et al. Profiles of family-focused adverse experiences through childhood and early adolescence: The ROOTS project a community investigation of adolescent mental health. *BMC Psychiatry* 2011, 11:109.

¹⁹ Wagner FA, González-Forteza C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental* 2012;35:3-11.

²⁰ Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein REK, Laraque D. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, Assessment, and Initial Management. *Pediatrics* 2007; 120 (5): 1299-1312.

²¹ Beardslee WR, Gladstone TRG, Wright EJ, Cooper AB. A Family-Based Approach to the Prevention of Depressive Symptoms in Children at Risk: Evidence of Parental and Child Change. *Pediatrics* 2003;112 (2): e119-e131.

²² Richardson LP, McCauley E, Grossman DC, McCarty CA, Richards J, Russo JE, Rockhill C, et al. Evaluation of the Patient Health Questionnaire-9 Item for Detecting Major Depression Among Adolescents. *Pediatrics* 2010; 126 (6): 1117-1123.