



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



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARÍA DE SALUD DEL EDO. DE TABASCO

**CENTRO DE SALUD CIUDAD PEMEX
MACUSPANA, TABASCO**

**“COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN
ADOLESCENTES CON DEPRESION DE 15 A 19 AÑOS
DE EDAD, DEL COLEGIO DE BACHILLERES No. 10,
CIUDAD PEMEX. MACUSPANA, TABASCO.”**

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

PRESENTA

DR. RICARDO ANTONIO ZAVALA HIDALGO

VILLAHERMOSA, TABASCO

FEBRERO

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN
ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN DE 15 A 19 AÑOS DE
EDAD, DEL COLEGIO DE BACHILLERES No. 10, CIUDAD
PEMEX. MACUSPANA, TABASCO”**

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

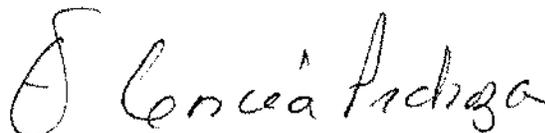
PRESENTA:

Dr. RICARDO ANTONIO ZAVALA HIDALGO

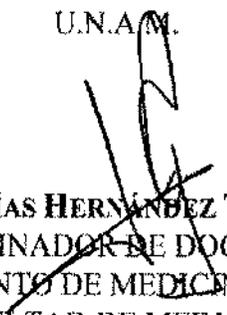
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**“COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN
ADOLESCENTES CON DEPRESION DE 15 A 19 AÑOS DE
EDAD, DEL COLEGIO DE BACHILLERES No. 10, CIUDAD
PEMEX. MACUSPANA, TABASCO.”**

PRESENTA

DR. RICARDO ANTONIO ZAVALA HIDALGO

A U T O R I Z A C I O N E S



**MF. BLADIMIR MORALES ARIAS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA
SEDE TEAPA, TABASCO**



**MF. SONIA JIMENES LUIS
ASESOR DEL TEMA DE TESIS Y METODOLOGICO**

VILLAHERMOSA, TABASCO

2009

**“COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN
ADOLESCENTES CON DEPRESION DE 15 A 19 AÑOS DE
EDAD, DEL COLEGIO DE BACHILLERES No. 10, CIUDAD
PEMEX. MACUSPANA, TABASCO.”**

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

PRESENTA

DR. RICARDO ANTONIO ZAVALA HIDALGO

AUTORIZACIONES:

P.O.

**DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA
SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO**

**QUIMICO: SERGIO LEON RAMIREZ
DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA EN SALUD**

VILLAHERMOSA, TABASCO



2009

**SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE CALIDAD Y
ENSEÑANZA EN SALUD**

DEDICATORIA

A MIS PADRES:

**María Micaela Hidalgo Vda. De Zavala
Francisco Zavala Vidal +**

**Por su ejemplo, amor y apoyo incondicional para mi formación
como persona y profesionista**

A MIS HERMANOS:

**José del Carmen ,María Guadalupe ,María de Lourdes ,Santiago
de Jesús ,Miguel Angel,Martha Magdalena ,José Luis ,José
Javier ,Raúl Alberto en especial a José Francisco quien ha sido
como un segundo padre para nosotros;
Que DIOS nos siga manteniendo unidos como hasta ahora.**

**A mi compañera Guadalupe Gómez H. Por su amor y su
paciencia.**

A mi amigo Jorge Alberto por su cariño

**A mi mejor tesoro mi hija Micki el más grande regalo que DIOS
me ha dado por llenar mi vida diaria con sus risas, travesuras
y con su gran amor (Micaela Guadalupe Zavala Gómez)**

AGRADECIMIENTOS

A la UNAM, a la secretaria de salud publica en el estado de Tabasco por la oportunidad para la realización de esta especialidad.

A DIOS por darme la fe y la fortaleza para alcanzar la meta

Con respeto y cariño a mis compañeros de sede Macuspana.

A la Dra. Ady Ocaña H

Al Dr. Gilberto Miranda Palacios

A la Dra. Wendolyn Pineda M

Al Dr. Darwin Zacarías Arias

Por su amistad, por la unión que siempre nos distinguió ya que juntos logramos vencer las adversidades.

A mi asesora de tema, tesis y metodológico

Dra. Sonia Jiménez Luis

por su apoyo incondicional por su tiempo sin la cual no hubiese sido posible la realización de esta tesis.

A mi profesor y amigo titular del curso de especialización

Dr. Bladimir Morales Arias

Gracias por sus valiosos consejos.

A los Drs. Miguel Pablo García y Julio Cecilio López por su Amistad y apoyo

2.-INDICE GENERAL

2.-INDICE GENERAL.....	07
1.-RESUMEN.....	08
3.-MARCO TEORICO.....	09
4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
5.-JUSTIFICACIÓN.....	19
6.-OBJETIVOS.....	22
1.- GENERAL	
2.- ESPECÍFICOS	
7.-METODOLOGÍA.....	23
1.- TIPO DE ESTUDIO	
3.- POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	
4.- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	
6.- METODO O PROCEDIMIENTO	
7.- VARIABLES	
8.- CONSIDERACIONES ÉTICAS	
8.-RESULTADOS.....	29
1.-DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS	
2.-TABLAS Y GRAFICAS	
9.-DISCUSION.....	41
10.-CONCLUSIONES.....	43
11.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	45
12.-ANEXOS.....	50

COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON DEPRESION DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD, DEL COLEGIO DE BACHILERES No. 10, CIUDAD PEMEX. MACUSPANA, TABASCO.

Zavala Hidalgo, Ricardo Antonio.

Centro de Salud Ciudad Pemex, Macuspana Tabasco.

RESUMEN

Introducción: La depresión (del [latín](#) *depressus*, que significa "abatido", "derribado") es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio. En la actualidad los adolescentes son unos de los grupos etáreos que presentan mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en esta etapa se llevan acabo procesos de cambios físicos, psicológicos, sociocultural y cognitivos donde demandan el desarrollo de estrategias de afrontamientos que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social. La familia tiene la tarea de preparar a sus miembros (adolescentes) para enfrentar cambios (crisis) que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y puede conllevar a modificaciones estructurales y funcionales (cohesión y adaptabilidad).

Objetivo: Determinar la cohesión y adaptabilidad familiar en adolescentes con depresión de 15 a 19 años del Colegio de bachilleres No. 10 de Ciudad Pemex, Macuspana, Tabasco.

Material y método: Se realizo un estudio descriptivo, transversal, observacional. Tomando como muestra la población de 143 adolescentes de 15 a 19 años de edad del Colegio de bachilleres de Ciudad Pemex de Macuspana, Tabasco, a partir de enero a junio del 2008. A quienes se le aplico una encuesta para la evaluar la depresión (depresión de Beck) y la cohesión y adaptabilidad familiar (faces III).

Resultados: Se determino que la prevalencia fue del 52.4% (75casos) de adolescentes con depresión; además de las características de mayor predominio sexo femenino 30.09%, 15 años de edad 17.48%, católicos 23.77%. En los adolescentes con depresión se observa con más frecuencia la familia desligados flexibles con subtipos familiares predominantes flexiblemente separados, flexiblemente desligados, rígidamente desligados y en los adolescentes sin depresión fueron más comunes las familias conectadas cahoticamente con subtipos familiares flexiblemente separados, cahoticamente separados y cahoticamente aglutinado.

Conclusiones: Se identifico una prevalencia importante de depresión en los adolescentes, mas la asociación encontrada entre algunos tipos de familia y la depresión, y donde la familia se convierte en un factor protector o de riesgo para la depresión, nos invita como medico familiar a buscar en forma oportuna las características estructurales y funcionales que pueden poner en riesgo la salud del adolescente (suicidio) o bien ayudar a que la enfermedad de un integrante de la familia la afecte lo menos posible

3.-MARCO TEORICO

La salud mental puede definirse, según la Organización Mundial de la Salud, como “el estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades.

De acuerdo con el órgano informativo del instituto de investigaciones biomédicas de la UNAM, “Las enfermedades mentales son desordenes en el cerebro que alteran la manera de pensar y de sentir de la persona afectada, al igual que su estado de animo y su habilidad de relacionarse e identificarse con otros. Son causadas por desordenes químicas en el cerebro, las cuales pueden afectar a personas de cualquier edad, raza, religión o situación económica.

Los niños y los adolescentes no están exentos de sufrir trastornos mentales. Algunos de los más frecuentes, según la Red de Ciudadanos para la Salud Mental de Estados Unidos, son: trastornos de ansiedad, deficiencia de atención y de conducta, desorden en la alimentación y depresión ⁽¹⁾

DEPRESION

La depresión es tan vieja como la humanidad y durante muchos siglos fue manejada por amigos, brujos, sacerdotes y tratada con todo tipo de pócima, brebajes. La historia del concepto de la enfermedad de los desordenes del afecto, comenzó en la medicina occidental con la formulación de la melancolía, se le considero como una perturbación de la mente caracterizada por una gran tristeza sin causa aparente y se le atribuyo a un exceso de la bilis negra. Este termino hipocrático sufrió diversos cambios de significado dentro del cuerpo doctrinario de la teoría Hipócrates, para emerger posteriormente en los escritos de Celso en latín como la atrabilis, específicamente en su obra de medicina (año 30dc). El autor

griego Galeno, en sus trabajos llevados a cabo en Roma entre los años 131 al 201 dc, definió finalmente un concepto de melancolía y ofreció una explicación filosófica de tipo humoral predominantemente en el temperamento de una persona melancólica y caracterizada por su delgadez, taciturnidad, atezanamiento, obstinación y tristeza. Samuel Johnson durante toda su vida sostuvo una gran lucha por hacer cambiar el término desorden melancólico por el de depresión, y a él se le debe la popularidad de este término. A partir de este momento se comenzaron a ver desplazados los términos de “El bazo”, “La enfermedad inglesa”, “Los vapores” y la “locura melancólica”. Al final del siglo XIX el término depresión había desplazado virtualmente a la melancolía. ⁽²⁾

La **depresión** (del latín *depressus*, que significa "abatido", "derribado") es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio. ⁽³⁾

En la historia del concepto de depresión, como en el de otros conceptos en psiquiatría, nos encontramos con una larga evolución, no sólo a nivel teórico, sino también a nivel cultural. A este respecto y centrándonos en este ámbito de las depresiones, los cambios culturales contemporáneos relacionados con este afecto o humor son muchos más rápidos y profundos que en los descritos en todos los siglos pasados desde la formulación del concepto de melancolía por los antiguos griegos. ⁽⁴⁾

Se define como un trastorno afectivo y se caracteriza por cambios involuntarios del estado de ánimo, tristeza profunda y pérdida de interés o placer que ocasiona

alguna alteración significativa en el individuo que la padece. Los síntomas perduran al menos dos semanas y están presentes la mayor parte del día. Puede clasificarse de muchas maneras, de acuerdo con distintos criterios escogidos, entre los que se hallan las causas que lo provocan, la edad de inicio, la gravedad, la evolución o los síntomas que predominan en el cuadro clínico. ⁽⁵⁾

Características diagnósticas de la depresión (DSM-IV-TR): A.- presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa.

- 1.- Estado de ánimo deprimido o irritable
- 2.- Pérdida de interés o capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades habituales.
- 3.- Pérdida o aumento significativo de peso o del apetito
- 4.- Insomnio o hipersomnia.
- 5.- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- 6.- Fatiga o pérdida de energía
- 7.- Sentimiento excesivo de inutilidad y culpa
- 8.- disminución de la capacidad de pensar y concentrarse
- 9.- ideas repetidas de muerte, idea suicidas o acto suicida.

B.- Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto. C.- Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. D.- Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica. E.- los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

El tratamiento de elección es el farmacológico, siendo menos sensibles al tratamiento psicológico, numerosos estudios confirman que la combinación de estos tratamientos es más efectiva que cualquiera de ellos por separados, con un

tratamiento adecuado puede remitir la depresión en un plazo de 3 a 6 meses, el primer episodio depresivo debe trabarte durante un año, ante un segundo episodio se prolongara por 2 años, si se produce un tercer episodio el tratamiento profiláctico debe ser de por vida, además que la información básica para el paciente y su familia hacen una actitud compresiva siempre será de ayuda porque es importante aportar un soporte emocional adecuado sin excesiva vigilancia y supervisión. ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾

Evaluación de la depresión

El inventario de Depresión de Beck se ha convertido en uno los instrumentos mas utilizados para evaluar la existencia o severidad de síntomas de depresión. Fue desarrollada los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos descritos en el Manual de Diagnostico y Estadísticos de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la American Psychiatric Asociación. La prueba consta de 21 ítems, con diseño alternativo de 4 respuestas múltiples y con el objetivo de identificar la severidad de la depresión con resultados: sin depresión, depresión leve, depresión moderada y depresión severa. ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾

La adolescencia

La adolescencia constituye una etapa de la vida en la que se suceden una serie de cambios no sólo a nivel físico, sino también a nivel emocional, social y del desarrollo intelectual. Es un período en el que comienzan a experimentarse e incorporarse cambios interiores, búsqueda de la identidad; cambios exteriores y corporales, desarrollo sexual; etapa de intercambio con el medio que los contiene.

Si bien no es sencillo determinar con precisión el tiempo o edad específica en la cual se desarrolla, ha podido establecerse que se extiende desde los 10 a los 20 años de edad. A su vez puede subdividírsela en tres etapas: *Temprana*: desde los 10 a los 13 años; *Media*: desde los 14 a los 17 años y una etapa *Tardía* a partir de los 18 años. Esta subdivisión se ha establecido principalmente para facilitar la

comprensión de la adolescencia, la cual se correspondería con la realización de actividades educacionales, sociales, etc.

La adolescencia es una etapa de extrema vulnerabilidad desde el punto de vista social, psicológico, económico y de salud, por ende, es importante que el médico de cabecera del niño junto con su familia adopten una serie de medidas para lograr una contención adecuada evitando o previniendo las complicaciones que de ello puedan suscitarse.⁽⁸⁾

Por lo que la depresión en la adolescencia puede presentarse como un problema transitorio y común, o como una enfermedad peligrosa que puede generar conductas autodestructivas. La depresión se ha asociada a la adolescencia porque en esta etapa del desarrollo suele darse, con frecuencia molestias relacionadas con el estado de animo, ya que en esta etapa se llevan acabo procesos de cambios físicos, psicológicos, sociocultural y cognitivos. El síndrome de riesgo asociados a la presentación de los 4 problemas tipos en salud del adolescentes: 1.- abuso de sustancias, 2.- embarazo o iniciación sexual temprana. 3.- deserciones escolar o problema de rendimiento académico, 4.- delincuencia.⁽⁹⁾

Los datos del segundo estudio nacional de salud y consumo de sustancias psicoactivas sobre depresión sugieren que los jóvenes ente os 16 y 21 años muestran los mas altos índices de depresión, ocupando la tercera causa de muerte de los jóvenes debido a lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios).⁽¹⁰⁾

En México, de acuerdo a los resultado de las encuestas del INEGI (2001), 60% de los intentos de suicidios suceden entre la población de 15 a 29años. La situación de inequidad que tienen la mayoría de los adolescentes especialmente en los sectores populares y en donde se encuentran obligados a convertirse en una población económicamente activa debido a las condiciones de pobreza y creciente demanda de contribuir al sostenimiento de sus hogares, cuyos ingresos generalmente se encuentra por debajo del salario mínimo, es probable que esta población se encuentra en un estado de vulnerabilidad que podría relacionarse

con la presencia de depresión y en un elevado índice de suicidios en esa etapa o en el futuro. ⁽¹¹⁾

La autoestima, aunque parezca un posicionamiento aislado, no puede entenderse sin el componente social, por eso la comunicación, principalmente de la afectividad y las emociones, es clave en la formación de los valores de la autoestima, tanto positiva como negativa. El tener una imagen positiva de sí tiene que ver con estar satisfecho y/o aceptarse como uno es, con sus limitaciones y capacidades personales, en cuanto a su apariencia física, conducta y emociones. Esto permite confiar en las propias capacidades y a la vez confiar y valorar a los otros. Donde la familia es la parte fundamental en esta etapa. ⁽¹²⁾

La familia

La definición de familia de acuerdo al censo americano: un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción y que ejercen interacción recíproca porque saben que existen los demás y saben que existen ellos y se consideran unidos. En México para considerar una familia como tal, se necesita que haya vínculo de parentesco, que convivan bajo el mismo techo, y que el presupuesto sea común a todos los miembros. ⁽¹³⁾

La familia es el primer elemento socializador, en cuyo seno se educa y forma al individuo, para que sus miembros sean capaces de desarrollarse y ser personas autónomas, que puedan enfrentarse e integrarse a la vida. La familia es un sistema complejo, a la vez viviente y humano, en interacción permanente con su medio ambiente (escuela, iglesia, familia extendida). Posee una estructura organizada y jerarquizada y presenta una organización tridimensional: biológica, social y psicológica, así mismo tiene que hacer frente a las diferentes etapas del ciclo vital. ⁽¹⁴⁾

El ciclo vital de la vida no es de ninguna manera estático, en si mismo es una progresión de cambios incesantes en el tiempo tan inevitable como el que un niño crezca; **adolescencia**. Esta etapa es en donde pueden aflorar los problemas emocionales serios, donde muchas veces los padres tratan de sobreproteger a los adolescentes. Donde las familias con hijos adolescentes viven constantes crisis ocasionadas por los cuestionamientos sobre las siguientes aéreas: identidad, sexualidad, economía, fortalecimiento del yo. Al analizar estas aéreas podemos ver que esta etapa es una de las más demandantes del ciclo familiar y se explica que el fracaso de las parejas a este nivel sea mucho mayor de lo que se piensa.⁽¹⁵⁾

Por otra parte, otro factor de riesgo se refiere al “manejo familiar”, que consiste en las distintas habilidades de los padres para controlar la conducta de los hijos, tales como la supervisión, el establecimiento de normas y límites, las habilidades para negociar con los hijos. En este sentido, los estilos educativos juegan un papel importante (sobreprotección, autoritarismo, permisividad).⁽¹⁶⁾

Cuando los hijos llegan a las adolescencia los problemas familiares pueden centrarse en la diferenciación de roles y en asuntos relacionados con la separación. Para los padres puede ser difícil desligarse de la relación padres-hijos, puede ocurrir que la interacción entre el adolescente y sus padres frecuentemente se caracteriza por una pobre comunicación y una expresión afectiva negativo, que resulta en un manejo inadecuado de los recursos para el control de la conducta. En contraste, los padres que manejan adecuadamente la relación se caracterizan por mantener una comunicación directa y honesta, el interés franco por ayudar a resolver problemas y el deseo de mantener un contacto emocional cercano, lo adolescentes en este medio familiar son respetados en espacio, tiempo, privacidad y en los intereses que persiguen.⁽¹⁷⁾

La conducta familiar se desarrolla ante tres elementos, que son el grado de cohesión, adaptabilidad y de la calidad comunicación que haya entre los miembros de la familia.

La cohesión es el grado de unión emocional, que tiene cada miembro de la familia hacia los otros miembros de su familia. Según el modelo circunflejo de evaluación e intervención del sistema familiar; en la cohesión van implícitos los conceptos de unión emocional, alianzas, coalición, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación. Existen 4 niveles de cohesión desde el extremo bajo al extremo alto y son: desligada, separada, conectada y aglutinada. Los dos niveles moderados o balanceados son de familia: separa y conectada.

La adaptabilidad es la capacidad de un sistema familiar de cambiar en su estructura de poder, roles y reglas de relación, en respuesta a situaciones de estrés y desarrollo. En la adaptabilidad van implícitos los conceptos de estructura de poder familiar o jerarquía (control, disciplina), estilo de negociación, roles y reglas de relación; y surgen también 4 niveles de adaptabilidad familiar del extremo bajo al alto son: rígida, estructurada, flexible y caótica. Los dos niveles moderados son flexibles y estructurados.

Se considera que las familias se encuentran en niveles moderados están saludables o funcionales, los que están en niveles extremos son generalmente los mas problemáticos o disfuncionales.

Son 16 tipos de familias identificados por combinación de los 4 niveles de cohesión y los 4 de adaptabilidad. Cuatro de estos tipos son moderados en ambas dimensiones y se denominan tipos balanceados, ocho tipos son extremos en una dimensión y moderados en otra, por lo que se denominan de rangos medios y cuatro tipos son extremos en ambas dimensiones y se denominan tipos extremos o desbalanceados que se consideran como disfuncionales.

Para la realización de la evaluación clínica se utiliza una escala conocida como FACES III, el cual consiste en 20 preguntas, 10 para evaluar cohesión asignadas con números impares y 10 para adaptabilidad asignadas con números pares.⁽¹⁸⁾ Es un instrumento creado por Olson y cols, y su proceso de traducción y adaptación en población mexicana logro un coeficiente de fiabilidad alta y adecuada siendo un

instrumento validado como parte del estudio de salud familiar que realizamos los médicos familiares.⁽¹⁹⁾

Como se puede observar existen diversos factores de riesgo en la adolescencia que corresponden al ámbito de lo individual, lo familiar, las redes de soporte y los factores socioambientales en general, que han sido asociados a las presencia de depresión en jóvenes, pero la relación causal entre estos fenómenos todavía aun no son claras. La manera en que los factores de estrés afectan a estas familias, así como las diversas formas en que estas afrontan los daños a la salud, pueden favorecer el riesgo de disfunción. Tanto el manejo adecuado de la disfunción, así como los problemas de salud relacionados requerirán de una intervención terapéutica multidisciplinaria. (Médicos familiares, padres, maestros, psicólogos). Motivo por el cual se le dio atención en este documento ya que detrás de cada paciente hay una familia, esto facilita el diagnóstico, tratamiento, prevención y sobre todo una ampliación del foco al evaluar el problema y por tanto abre la posibilidad de un tratamiento interaccional, por que el papel de medico de familia es importante para la disminución de las incidencias de depresión.

4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El interés por este estudio es que en la actualidad los jóvenes son uno de los grupos etáreos que presentan mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en la etapa de la adolescencia se llevan acabo proceso de cambios físicos, psicológicos, sociocultural y cognitivos, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamientos que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social. ⁽²⁰⁾

Determinar la cohesión y adaptabilidad familiar en los adolescentes mas la incidencia de depresión, nos ayudara a mejorar y fortalecer las técnicas educativas con el objetivo principal de la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamientos saludables, que disminuyan el riesgo y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos durante este periodo y la edad adulta, evitando crisis en el ámbito familiar. Siendo los padres el agente principal de la intervención.

¿Cuál es la Cohesión y adaptabilidad familiar en los adolescentes con depresión de 15 a 19 años de edad del Colegio de Bachilleres No. 10 de Ciudad PEMEX. Macuspana, Tabasco?

5.-JUSTIFICACION

El síndrome depresivo es un problema relevante en el primer nivel, como quiera que se defina: un síntoma o un síndrome, enfermedad única o un espectro con diversas manifestaciones, es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes tanto en los países desarrollados como los que están en vías de desarrollo, donde su incidencia parece ir en aumento. ⁽²¹⁾

Los datos del Banco Mundial (citado por el ministerio de salud) señalan que la depresión representa un importante problema de salud mental, ya que se estima que para el año 2020 será la segunda causa de carga de enfermedad en el mundo, representado el 3.4% de la carga total de enfermedad, medida en años de vida ajustados por discapacidad, después de la enfermedad isquémica cardíaca. ⁽²²⁾

Otros autores corroboran esta tendencia, afirmando que la depresión es la condición crónica más común, después de la hipertensión, en la práctica médica general, además de serias consecuencias entre las cuales se encuentran el incremento de la mortalidad, el aumento de la tasa de suicidio y de homicidios, el incremento de los comportamientos agresivos y del consumo de drogas, la disminución de la actividad productiva y el aumento de los costos al utilizar los servicios de salud. ⁽²³⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es la principal causa de discapacidad. En la actualidad, 121 millones de personas sufren depresión y la carga que representan las enfermedades depresivas está aumentando. La OMS advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, y este número aumentará si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. A nivel mundial, la incidencia de esta enfermedad es hasta dos veces más alta en las mujeres que en los hombres. También se observa que la depresión afecta cada vez más a los jóvenes. La dependencia del alcohol y de otras sustancias, así

como los suicidios son problemas graves y cada vez más difundidos que guardan estrecha relación con la depresión; a nivel mundial, 70 millones de personas sufren trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Cada año se suicidan más de 800.000 personas. Los jóvenes son los que corren mayor riesgo ya que muchos de los casos de suicidio corresponden a este grupo. ⁽²⁴⁾

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002 entre la población urbana de 18 a 65 años, concluyó que los trastornos afectivos dentro de los que se incluyen los trastornos depresivos, se ubican en tercer lugar en frecuencia de prevalencia. ⁽²⁵⁾

En el Estado de Tabasco las estadísticas de la Dirección de Salud Psicosocial ubican en el 2005 a la depresión como la primera causa de padecimientos, en las estadísticas del Hospital de Salud mental en la consulta externa la depresión ocupa la cuarta causa de atención. Según reporte de las estadísticas recabada en el hospital de Salud Mental en Tabasco en el 2005 el total de casos depresión fue de 4174 de los cuales 586 fueron en edades de 15 a 19 años, en el 2006 4170 con 654 casos de depresión en adolescentes y en el 2007 con 5251 casos con 821 casos de depresión en adolescentes (15 a 19 años) observándose un aumento en la incidencia. Ante el preocupante aumento en la incidencia de depresión en adolescentes mas la demanda de los servicios medico en las instituciones de salud mental del país y considerándose un problema de salud publica, como parte del sector salud nos compromete a realizar estudios como el propuesto. ⁽²⁶⁾

En el municipio de Macuspana las estadísticas de la Dirección General de Epidemiología mediante el sistema de casos nuevos de enfermedades acumuladas en el año solo reportan casos de intentos de suicidios en el cual reportaron en el 2003 dos casos en adolescentes de 15 a 19 años, en el 2004 se reportaron 6 caso de intento de suicidios y dos fueron en edad de 15 a 19 años, en el 2005 19 casos y 5 son de 15 a 19 años de edad, 2006 15 casos 6 fueron adolescentes de 15 a 19 años, y 2007 39 casos de intentos de suicidios de los cuales 11 fueron en adolescente de 15 a 19 años de edad, observándose un

aumento en la incidencia de casos de suicidios en adolescente. ⁽²⁷⁾ Evaluar los factores que intervienen en la cohesión y adaptabilidad familiar sobre la depresión, nos permitirá contribuir a disminuir la incidencia de depresión que lleva a intentos de suicidios en el adolescente y ha establecer estrategias que nos lleven a contrarrestar el problema.

6.-OBJETIVO

General

Determinar la Cohesión y adaptabilidad familiar en adolescentes con depresión de 15 a 19 años del Colegio de bachilleres No. 10 de Ciudad Pemex, Macuspana, Tabasco.

Específicos:

1. Identificar la frecuencia de depresión en adolescente de 15 a 19 años de edad del Colegio de Bachilleres No. 10, Ciudad Pemex, Macuspana. Mediante la escala de evaluación de Beck.
2. Determinar las características sociodemográficas de los casos de depresión de los adolescentes de 15 a 19 años de edad del colegio de bachilleres No. 10 Ciudad PEMEX, Macuspana, Tabasco.
3. Conocer la cohesión y adaptabilidad familiar en los adolescentes detectados con depresión de 15 a 19 años de edad del Colegio de Bachilleres No. 10, Ciudad Pemex, Macuspana. Mediante la aplicación de la escala de evaluación (FACESIII).

7.-METODOLOGIA

7.1 Tipo de estudio

El presente estudio La cohesión y adaptabilidad familiar en los adolescentes con depresión del COBATAB No. 10 de Ciudad Pemex, Macuspana, Tabasco. Se llevo acabo mediante un estudio de tipo prospectivo: debido a que la información se obtuvo al realizar la encuesta; transversal: puesto que solamente cuantifico las variables en una sola ocasión; observacional: puesto que no hay variables que hayan sido manipuladas por el investigador; descriptivo: en relación a que no establece una hipótesis de comparación con otras comunidades.

7.2 Población, lugar y tiempo de estudio

En el presente estudio se tomaron 200 adolescente de 15 a 19 años de edad adscritos al Colegio de Bachilleres No 10 turno matutino, de Ciudad Pemex, Macuspana, durante un periodo de enero a junio 2008

7.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra

No se usara muestra, se tomara al universo.

7.4 Criterios

Criterios de inclusión:

- ❖ Adolescentes de 15 a 19 años del Colegio de Bachilleres No 10 de Ciudad Pemex, Macuspana, Tabasco.

- ❖ Ambos sexos

Criterios de Exclusión:

- ❖ Adolescentes que tengan diagnóstico de:
- ❖ Esquizofrenia.
- ❖ Alcoholismo.
- ❖ Drogadicción.
- ❖ Embarazadas.,

Criterios de eliminación:

- ❖ Alumnos que no contesten correctamente la encuesta

7.5 Método o procedimiento

Recolección de datos:

Mediante la aplicación al adolescente de un cuestionario diseñado en tres partes:

- ❖ Primera parte valora la ficha de identificación que incluye edad, sexo, religión.
- ❖ Segunda parte contiene el cuestionario de Depresión de Beck. Su nombre original es Beck Depression Inventory (BDI). Este test se compone de 21 categorías; en cada una, el paciente debe escoger la alternativa que mejor represente su estado actual. Este instrumento, de muy fácil aplicación y puntuación, la toma lleva entre 10 y 15 minutos. ⁽⁷⁾

- ❖ Tercera parte contiene un cuestionario de escalas para la evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar (family Adptability and Cohesión Evaluation Scale, FACES III). Es un instrumento donde la cohesión esta relacionada con los vínculos emocionales y la adaptabilidad esta relacionada con la negociaciones o asertividad, permitiendo tipificar a las familias en como se relacionan. ⁽²⁸⁾

Además se solicito la autorización de la dirección del Colegio de Bachilleres de Tabasco No 10 de Ciudad Pemex, Macuspana, Tabasco. Incorporado a la SEP.

Plan de análisis

Se realizo el análisis estadístico a través del paquete estadístico SPSS 11.05 para Windows, además se utilizo la Chi cuadrada para determinar la relación.

7.6 VARIABLES

Dependiente: depresión, cohesión y adaptabilidad

Independiente: adolescente

VARIABLES	DEFINICION	TIPO DE VARIABLES	MEDICION
Depresión	Depresión viene del latín depressio: hundimiento. Se define como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima, con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras, con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño social-ocupacional	Dependiente Cualitativa nominal	Suma de los puntos de las respuestas: Sin depresión (5-9) Con depresión (10 a 63) Se evalúa mediante el cuestionario de Depresión de Beck de 21 reactivos 5 - 9 Existencia de altibajos que se consideran normales. 10 - 18 Depresión entre leve y moderada. 19 - 29 Depresión entre moderada y severa. 30 - 63 Depresión severa
Cohesión y Adaptabilidad	Se evalúan mediante el cuestionario FACES III (evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar) Cohesión: es el grado de intimidad, la calidad de los sentimientos, el interés, cuidado y la posibilidad de compartir espacios y tiempo entre los miembros de la familiar. (aglutinado, conectado, separado, desligado)	Dependiente Cualitativa ordinal	Suma de los puntos de las respuestas: 1.- nunca 2.- casi nunca 3.- alguna veces 4.- casi siempre 5.- siempre Cohesión: aglutinados 41-50, conectado 36-40, separado de 31-35, desligado 10-30 Adaptabilidad: caótico 33-50, flexible 29-32, estructurada de 25-28, rígida de 10-24
Adaptabilidad	Adaptabilidad: es la capacidad de adaptación al cambio destacando la dimensión del control y el poder, los miembros de la familia deben aprender a establecer sus normas y reglas para cumplir adecuadamente sus tareas familiares. (caótico, flexible, estructurado, rígido)		
Adolescencia	Periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica y se fija sus límites entre los 14 y 19 años de edad según la OMS	Independiente Cualitativa continua	De 15 a 19 años de edad
Sexo	Diferencia en la forma del cuerpo y en la constitución física de un ser vivo, que distingue al macho de la hembra y al hombre de la mujer	Independiente Cualitativa nominal	1.-Femenino 2.-Masculino
Edad	Años de vida que la ley considera suficientes para que una persona sea plenamente responsable: años vividos	Independiente Cualitativa continua	Años vividos (15-19)
Religión	Conjunto de creencias y de dogmas que definen la relación del hombre con lo sagrado	Independiente Cualitativa ordinal	1.-Católica 2.-Evangélica 3.-Ninguna 4.-Otra

7.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. Tokio 2004.

De acuerdo a la ley general de salud en materia de investigación, con apego a lo establecido en el artículo 13 fracción v se respetara la dignidad y el bienestar de los participantes conservando su anonimato y la libertad de elegir si participan en el estudio.

Respecto al artículo 21 a las pacientes seleccionadas se les solicitara su participación voluntaria y se les informaran los objetivos del estudio, así como los procedimientos a realizarse.

En el artículo 17 fracción II, se considera a la investigación como riesgo mínimo para la integridad física y psicológica de los participantes como base a la declaración de Helsinki con sus respectivas modificaciones ⁽²⁹⁾

La LEY GENERAL DE SALUD (Diario Oficial de la Federación 7 de febrero de 1984 con ultima reforma publicada DOF 9 de mayo de 2007) en su Artículo 96 La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población.

Donde de acuerdo al Artículo 100 la investigación en seres humanos se desarrollará con respecto a la fracción III, podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación; fracción V. sólo podrá realizarse por profesionales de la salud

en instituciones médicas; IV. se deberá contar con el consentimiento por escrito con fines de acuerdo al Artículo 102 fracción V Protocolo de investigación. ⁽³⁰⁾

Es muy importante señalar que desde el punto de vista ético, el estudio de “Cohesión y adaptabilidad familiar en los adolescentes con depresión del COBATAB No. 10 de Ciudad Pemex Macuspana, Tabasco, no afecta en ningún momento la integridad física ni emocional de los jóvenes estudiantes.

No se pone en riesgo el estado de salud de los jóvenes, sin embargo, los resultados obtenidos dentro del mismo, serán de gran beneficio para la población estudiantil y sus familias.

8.- RESULTADOS

8.1.- Descripción de los resultados

En el presente estudio se analizaron a 200 adolescentes del colegio de bachilleres No. 10 de Ciudad PEMEX, Macuspana, Tabasco, de los cuales se eliminaron a 57 adolescentes por no haber contestado correctamente la encuesta, quedando un total de 143 adolescentes, en donde se observó que el 52.4% que son 75 adolescentes que padecen depresión, objetivo de este estudio y de los que no padecen depresión representa el 47.6% que corresponde a 68 estudiantes. (Grafica 1).

De los 75 adolescentes con depresión estudiados, 43 (30.09%) son del sexo femenino y 32 (22.37%) sexo masculino. (Grafica 2). Con respecto a la edad el mayor número de depresión pertenecen al grupo de 15 años de edad en un 17.48%, 11.18% en los de 16 años de edad, 13.98% en los de 17 años edad, 7.70% en los de 18 años edad, 2.10% en edad de 19 años. (Grafica 3). De ellos el 23.77% de los adolescentes con depresión son de religión católica, con un 18.88% de religión evangélica, con un 7.70%% religión ninguna y 2.10% de otra religión. (Grafica 4). Con base a lo anterior, se estableció que el sexo femenino, edad de 15 años y religión católica fueron las características de mayor predominio en los casos de depresión en los adolescentes de 15 a 19 años de edad del Colegio de Bachilleres No. 10 de Ciudad Pemex, Macuspana Tabasco. (Tabla 1)

Al relacionar los datos de depresión y funcionalidad familiar. Se determinó que en los casos de depresión el 50 de los adolescente tienen disfunción familiar y 25 adolescentes con funcionalidad familiar. En cuanto a los casos sin depresión el 44 de los adolescente tienen disfunción familiar y 24 adolescentes con funcionalidad familiar, obteniendo un análisis estadístico con la Chi Cuadrada de $X^2= 0.06$ $P=0.8$, donde no hay significancia estadística. (Tabla 2)

En la distribución de los dieciséis subtipos familiares se encontró en los balanceados 49 (34.25%) adolescentes de 15 a 19 años. Del cual el 25 (17.48%) de adolescentes con depresión pertenecen a subgrupo de balanceados: 10 (6.99%) al grupo de flexiblemente separados, 10 (6.99%) al grupo de flexiblemente conectados, 4 (2.79%) a estructuralmente separados y 1 (0.69%) a estructuralmente conectado. (Tabla 3 y grafica 5)

En los subtipos familiares de rangos desbalanceados se encontró 24 (16.78%) adolescente de 15 a 19 años, de los cuales 14 (9.79%) casos de adolescente con depresión corresponden al subgrupo de desbalanceados: 1 (1.39%) a cahoticamente desligados, 4 (2.79%) en cahoticamente aglutinados, 9 (6.29%) en rígidamente desligados y 0 (0%) en rígidamente aglutinados. (Tabla 3 y grafica 6)

En los subtipos familiares de rangos medios se encontró 70 (48.95%) adolescentes, del cual 36 (25.17%) son adolescente con depresión que corresponden al subgrupo de rangos medios: a cahoticamente separados 6 (4.19%), en cahoticamente conectado 2 (1.39%), en flexiblemente desligado 11 (7.69%), en flexiblemente aglutinado 0 (0%), en estructuralmente desligado 11 (7.69%), en estructuralmente aglutinado 1 (0.69%), en rígidamente separados 3 (2.09%) y en rígidamente conectado 2 (1.39%). (Tabla 3 y grafica 7)

Encontrándose que existe una tendencia de los adolescentes con depresión hacia la familia flexiblemente separado y conectados en los rangos balanceados y flexiblemente desligados con estructuralmente desligados en los rangos medios y por ultimo las familias con tendencias a rígidamente desligados en los rangos desbalanceados. (Grafica 8)

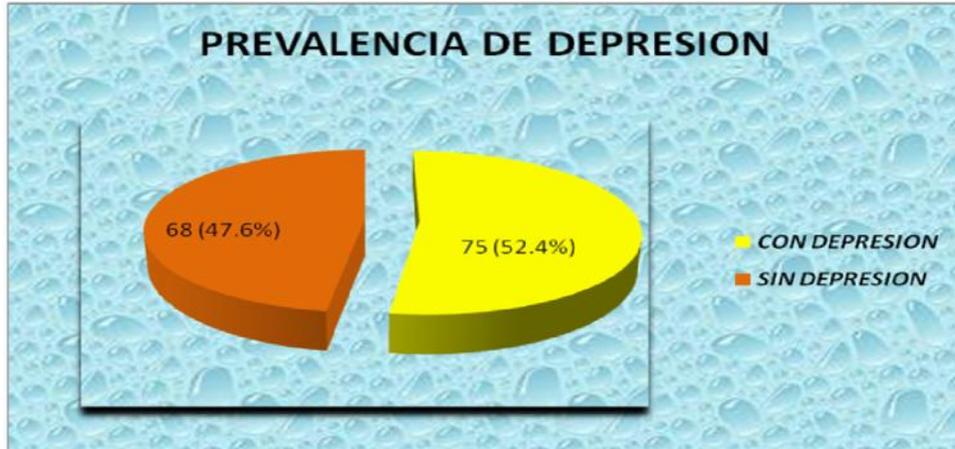
Al agrupar por niveles de adaptabilidad de los 75 adolescente con depresión se encontró en 0.09% (13) en el nivel mas bajo que corresponde a la familia cahotica, en los niveles medios 9.79% (14) rívido y 11.88% (17) estructurados y en el nivel mas alto que es flexible un 21.67% (31) (grafica 9)

Al agrupar por niveles de cohesión de los 75 adolescentes con depresión se encontró en el nivel mas bajo a la familia aglutinada en un 3.49% (5), en los niveles medios conectada 10.48% (15) y separados 16.08% (23) y en el nivel mas alto 22.37% (32). (Grafica 10)

Finalmente al comparar las familias de los adolescentes con depresión y sin depresión se encontró diferencias en los rangos balanceados, desbalanceados y medios, donde se encontró las siguientes características de mayor predominio en los casos de depresión: 32 casos con cohesión desligados, adaptabilidad flexible en 21 casos, balanceados flexiblemente conectados y separados en 10 casos, rangos medios desligados estructuralmente y flexiblemente en 11 casos, rangos desbalanceados rígidamente desligados en 9 casos. (Tabla 4)

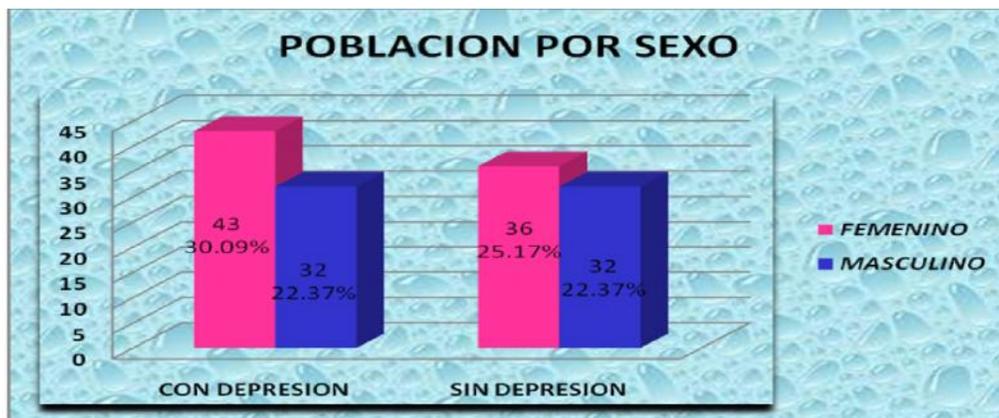
8.2.- Graficas y tablas

Grafica. 1 Prevalencia de la depresión de los adolescentes de 15 a 19 años del Colegio de Bachilleres num. 10 Ciudad Pemex, Macuspana Tabasco



FUENTE: Cuestionario para la depresión en adolescente en colegio de Bachilleres

Grafica 2. Población por sexo de los adolescentes de 15 a 19 años del Colegio de Bachilleres num. 10 Ciudad Pemex, Macuspana Tabasco



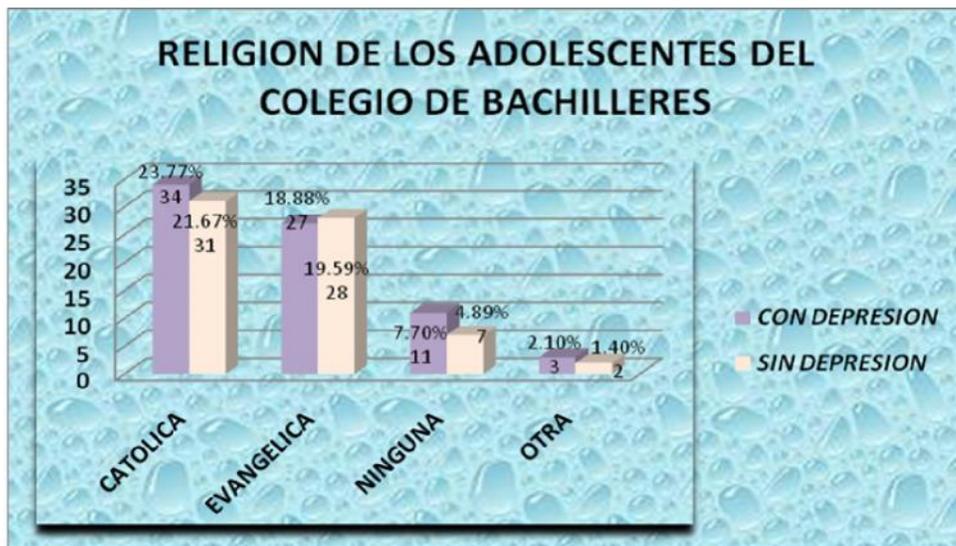
FUENTE: Cuestionario para la depresión en adolescente en colegio de Bachilleres.

Grafica 3. Población por edad de los adolescentes de 15-19 años del Colegio de Bachilleres num. 10 Ciudad Pemex, Macuspana Tabasco.



FUENTE: Cuestionario para la depresión en adolescente en colegio de Bachilleres.

Grafica 4. Población por religión de los adolescentes de 15-19 años del Colegio de Bachilleres num. 10 Ciudad Pemex, Macuspana Tabasco.



FUENTE: Cuestionario para la depresión en adolescente en colegio de Bachilleres.

CARACTERISTICAS DE LOS CASOS DE DEPRESION DETECTADOS DE LOS ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO DE BACHILLERES No. 10 de CIUDAD PEMEX, MACUSPANA, TABASCO.

Tabla 1

CARACTERISTICAS	CON DEPRESION	CASOS	PORCENTAJES
SEXO	Femenino	43	30.09%
EDAD	15 años	25	17.48%
RELIGION	Católicos	34	23.77%

FUENTE: Cuestionario para la depresión en adolescente en colegio de Bachilleres.

RELACION DE LA DISFUNCION FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES CON DEPRESIO DE LOS ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO DE BACHILLERES No. 10 de CIUDAD PEMEX, MACUSPANA, TABASCO.

Tabla 2

CARACTERISTICAS	DISFUNCION FAMILIAR	FUNCIONALIDAD FAMILIAR
DEPRESION	50	25
SIN DEPRESION	44	24

$X^2 = 0.06$ $P = 0.8$ No tiene significancia estadística

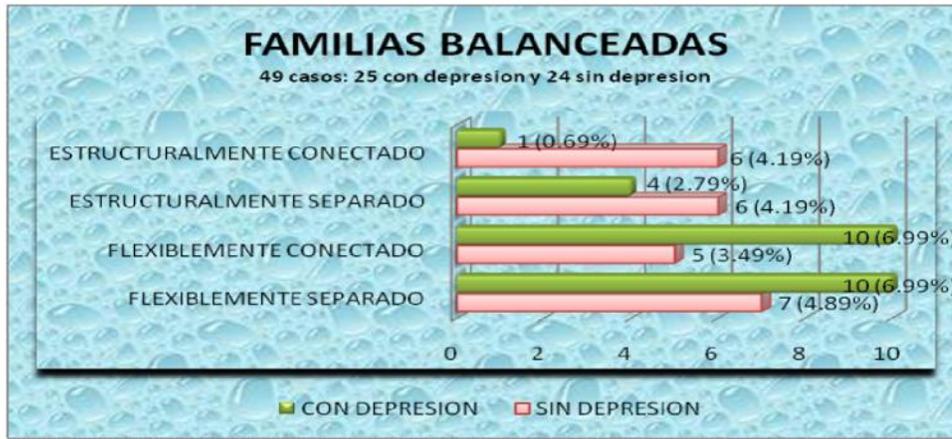
FUENTE: Cuestionario para la depresión en adolescente en colegio de Bachilleres

TABLA 3.- Distribución de los 17 prototipos familiares con y sin depresión de los adolescentes de 15-19 años de edad del Colegio de Bachilleres No. 10 Ciudad Pemex, Macuspana Tabasco

**ADAPTABILIDAD Y COHESION
FACES III**

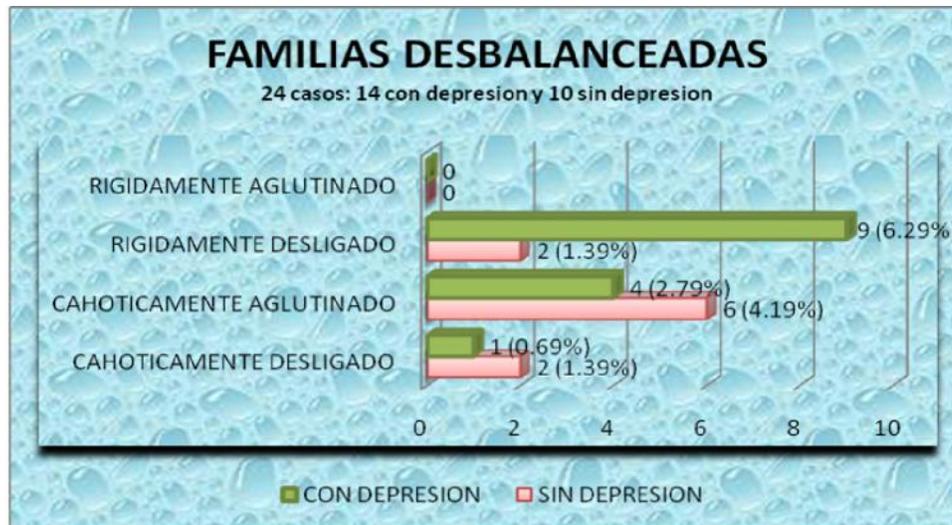
CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS	PROTOTIPOS DE FAMILIA	CON DEPRESION	SIN DEPRESION	CANTIDAD	PORCENTAJE
BALANCEADOS	FLEXIBLEMENTE SEPARADO	10	7	17	11.88%
	FLEXIBLEMENTE CONECTADO	10	5	15	10.48%
	ESTRUCTURALMENTE SEPARADO	4	6	10	6.99%
	ESTRUCTURALMENTE CONECTADO	1	6	7	4.89%
RANGOS MEDIOS	CAHOTICAMENTE SEPARADO	6	3	9	6.29%
	CAHOTICAMENTE CONECTADO	2	11	13	9.09%
	FLEXIBLEMENTE DESLIGADO	11	5	16	11.18%
	FLEXIBLEMENTE AGLUTINADO	0	5	5	3.49%
	ESTRUCTURALMENTE DESLIGADO	11	5	16	11.18%
	ESTRUCTURALMENTE AGLUTINADO	1	2	3	2.09%
	RIGIDAMENTE SEPARADO	3	3	6	4.19%
	RIGICAMENTE CONECTADO	2	0	2	1.39%
DESBALANCEADOS	CAHOTICAMENTE DESLIGADO	1	2	3	2.09%
	CAHOTICAMENTE AGLUTINADO	4	6	10	6.99%
	RIGAMENTE DESLIGADO	9	2	11	7.69%
	RIGIDAMENTE AGLUTINADO	0	0	0	0.00%
		75 (52.44%)	68 (47.55%)	143	100%

Grafica 5. Subtipos familiares: Balanceados de los adolescentes de 15-19 años del Colegio de Bachilleres num. 10 Ciudad Pemex, Macuspana Tabasco



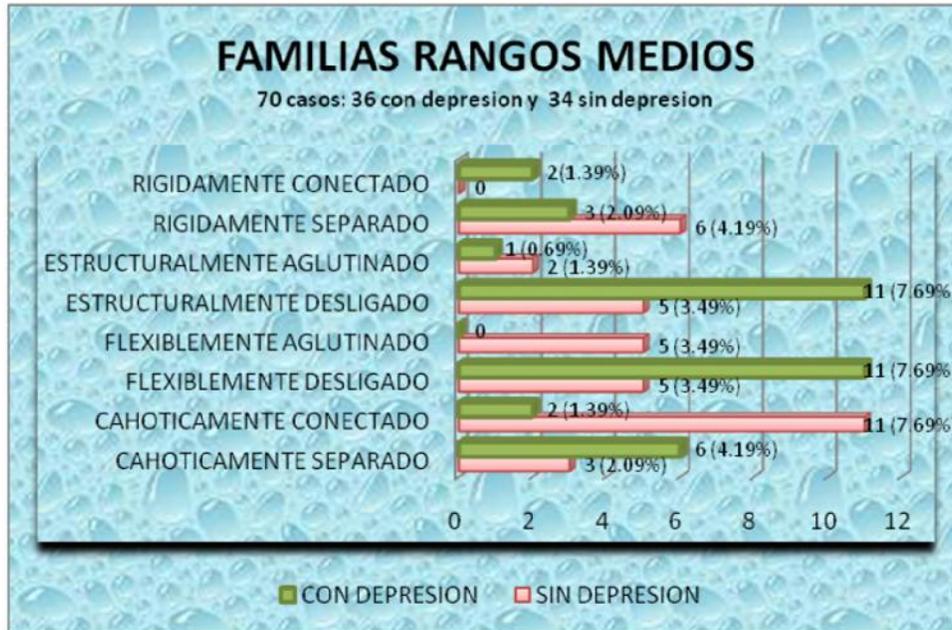
FUENTE: Cuestionario para la depresión en adolescente en colegio de Bachilleres

Grafica 6. Subtipos familiares: Desbalanceados de los adolescentes de 15-19 años del Colegio de Bachilleres num. 10 Ciudad Pemex, Macuspana Tabasco



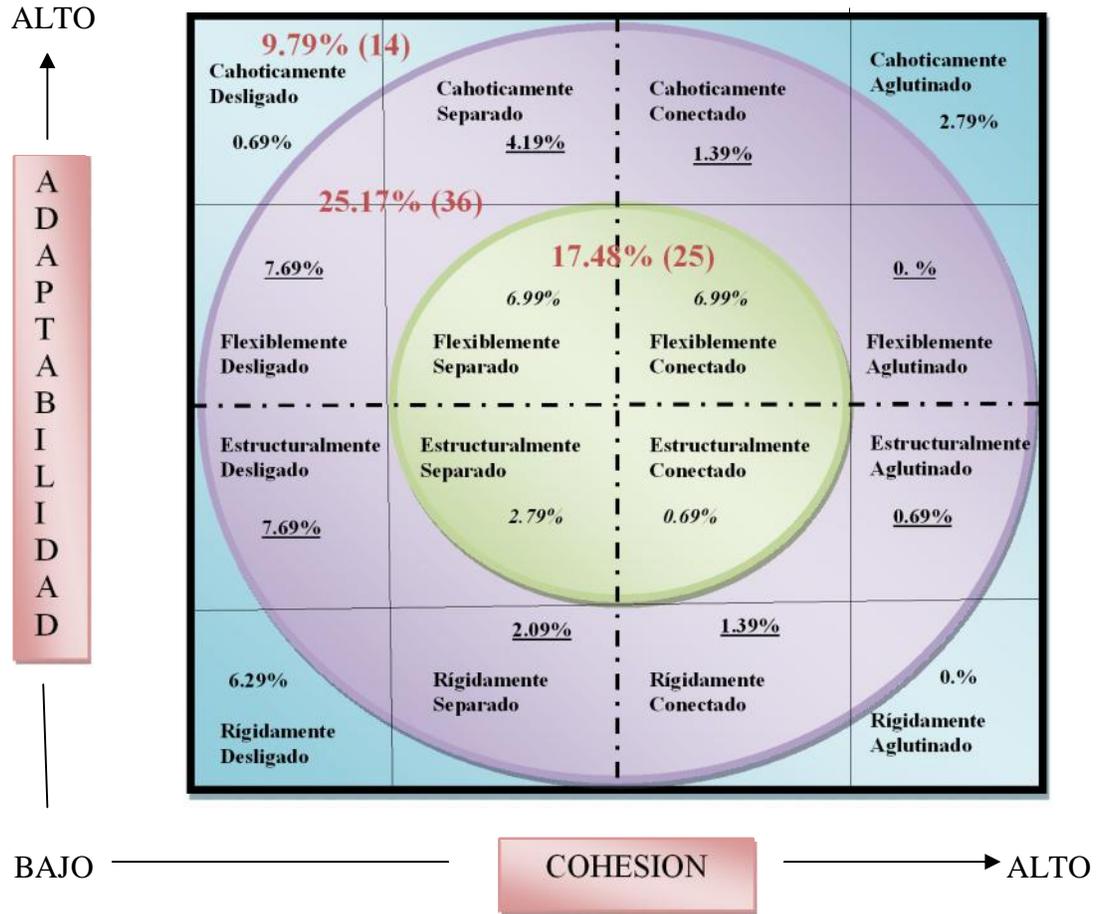
FUENTE: Cuestionario para la depresión en adolescente en colegio de Bachilleres

Grafica 7. Subtipos familiares: Medios de los adolescentes de 15-19 años del Colegio de Bachilleres num. 10 Ciudad Pemex, Macuspana Tabasco



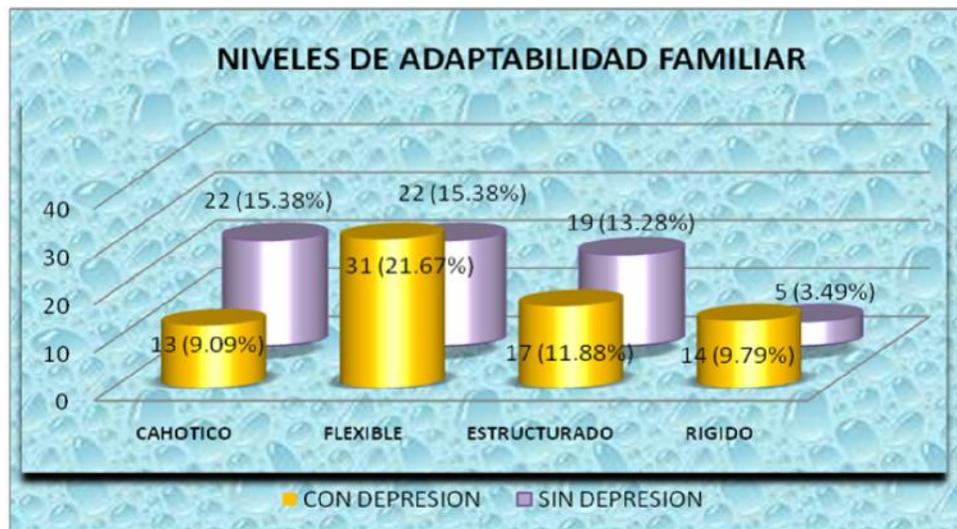
FUENTE: Cuestionario para la depresión en adolescente en colegio de Bachilleres.

Grafica 8. Características de acuerdo a cohesión y adaptabilidad de los casos detectados de depresión en los adolescentes de 15 a 19 años edad del colegio de bachilleres de Ciudad Pemex. Macuspana, Tabasco



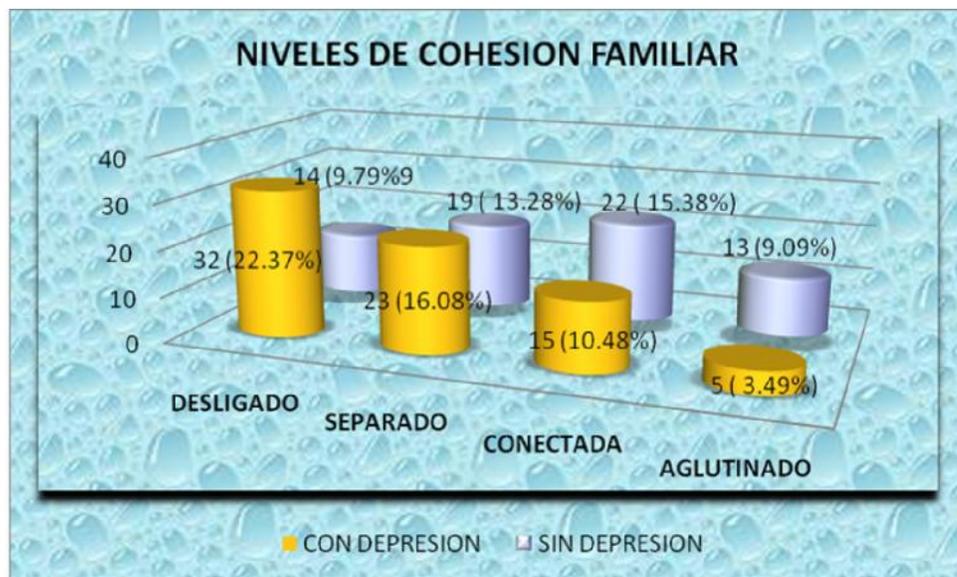
FUENTE: Cuestionario para la depresión en adolescente en colegio de Bachilleres.

Grafica 9. Adaptabilidad familiar de los adolescentes de 15-19 años del Colegio de Bachilleres num. 10 Ciudad Pemex, Macuspana Tabasco



FUENTE: Cuestionario

Grafica 10. Cohesión familiar de los adolescentes de 15-19 años del Colegio de Bachilleres num. 10 Ciudad Pemex, Macuspana Tabasco



FUENTE: Cuestionario para la depresión en adolescente en colegio de Bachilleres

Tabla 4. De los 75 casos detectados de depresión en los adolescentes de 15 a 19 años edad del colegio de bachilleres de Ciudad Pemex. Macuspana, tabasco se encontraron las siguientes características de mayor predominio.

CARACTERISTICAS DE LOS CASOS DE DEPRESION DETECTADOS EN COHESION Y ADAPTABILIDAD

CARACTERISTICAS	CON DEPRESION	CASOS	SIN DEPRESION	CASOS
COHESION	Desligados	32 (22.37%)	Conectada	22 (15.38%)
ADAPTABILIDAD	Flexibles	21 (21.67%)	Cahotico	22 (15.38%)
RANGOS BALANCEADOS	Flexiblemente conectado y flexiblemente separados	10 (6.99%)	Flexiblemente separados	7 (4.89%)
RANGOS MEDIOS	Desligados estructuralmente y desligados flexiblemente	11 (7.69%)	Cahoticamente conectados	11 (7.69%)
RANGOS DESBALANCEADOS	Rígidamente desligados	9 (6.29%)	Cahoticamente aglutinados	6 (4.19%)

FUENTE: Cuestionario para la depresión en adolescente en colegio de Bachilleres.

9.- DISCUSION

En nuestro estudio se toma una muestra de adolescentes, donde la frecuencia de depresión fue de 75 adolescentes (52.4%) rangos reportados en otras investigaciones donde se emplearon encuestas de autoaplicación. ^(31,32)

Como se ha reportado en la literatura, ^(32,33) se observó mayor frecuencia de depresión en el sexo femenino (30.09%) que en el sexo masculino, lo que hace considerar a aquel como un factor de riesgo clínicamente importante en la aparición de la depresión.

De los casos de depresión se encontró las siguientes características de mayor predominio edad 15 años en un 17.48%, católicos 23.77%; sin encontrar revisiones de esta asociación.

Al investigar los 16 tipos de funciones familiares en los adolescentes con depresión y sin depresión solo se puede afirmar que existe una asociación entre el tipo de familia desligada flexible y desligada estructurada y la depresión en el adolescente, sin que podamos establecer una relación 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 caóticamente conectadas y la ausencia de depresión. Similar a lo reportado por Leyva Jiménez y colaboradores en su estudio sobre depresión en adolescente y funcionamiento familiar en el 2006. ⁽³²⁾

Otros estudios como el elaborado por Pinto Herrera y colaboradores, Jerson Muñoz y colaboradores ^(34,35) donde concluyeron que las familias con una cohesión desligada se correlacionan negativamente para que se presenten trastornos como la depresión y un incremento en la adaptabilidad como la tendencia a la familia caótica se correlaciona positivamente a que no se presente trastornos de

conducta, donde al analizar la cohesión y adaptabilidad en nuestros adolescentes en nuestro estudio se observó una cohesión desligada 22.37% en los casos de depresión y una adaptabilidad caótica 15.38% en los casos sin depresión.

Sin embargo una de las limitaciones del presente estudio fue que solamente se investigó y analizó 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 y no la influencia de otras características, como lo hicieron los siguientes autores Moreno y colaboradores, Escriba y colaboradores. ^(31,36)

10.- CONCLUSIONES

Aún con los sesgos y limitaciones que pudiera tener este estudio se determinó que la Cohesión y adaptabilidad familiar en el adolescente con depresión de 15 a 19 años de edad del Colegio de bachilleres No. 10, ciudad Pemex Macuspana, tabasco.

- No es estadísticamente significativo por lo que la cohesión y adaptabilidad familiar no influye para que se presente la depresión en los adolescentes.
- Se estableció que una alta proporción (52.4%) de los adolescente de 15 a 19 años padecen de depresión, lo que indica que en nuestro medio los trastornos mentales pueden llegar a ser un problema de salud publica que debemos enfrentar, y reflejo de que existen numerosos programas preventivos en nuestras unidades de medicina familiar están enfocados a evitar las enfermedades infectocontagiosas y las crónico degenerativas, sin tomar en cuenta la salud mental, lo que invita a continuar con los programas para su detección en el primer nivel de atención para realizar tratamiento oportuno y evitar consecuencias como suicidio.
- La mayor prevalencia de riesgo de depresión en los adolescentes fue encontrada en el genero femenino (30.09%), siendo una de las causas de esta diferencia el aspecto inherentes al genero (cultural, hormonales y psicosociales) que la hacen mas vulnerable.
- Se determinó que la familia que percibe el adolescente con depresión fue de tipo desligado 22.37% factor para presentar trastornos de conducta, y en los adolescente sin depresión fue de tipo caotico15.28% factor positivo para evitar trastornos de conducta, por lo que la familia se convierte en un factor protector o de riesgo ya que es la fuente principal de soporte social, afectivo, educativo y cultural del adolescente. Por lo tanto puede decirse que los jóvenes se encuentran

hasta cierto punto en riesgo familiar, y sería oportuno replicar a mayor escala el presente estudio con el objeto de determinar con mayor representatividad las verdaderas dimensiones de estos problemas en nuestros adolescentes.

- 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.

Recomendaciones

Con base en los resultados obtenidos se recomienda:

- Dada la naturaleza de la depresión y la adolescencia, la atención debe ser integral, individualizada; por ello se propone se efectúe una intervención educativa de alta calidad, basada en las necesidades sentidas de la población; desarrollada por un equipo multidisciplinario organizado (personal de salud, la familia, los docentes, la comunidad y los medios de comunicación), que fomente medidas preventivas para lograr la adaptación de los jóvenes, la información sobre los riesgos a la salud ante ciertas conductas o enfermedades, fortalecer las habilidades de comunicación afectiva con los padres e hijos.
- Optimizar el diligenciamiento de las historias clínicas y el seguimiento de los adolescentes.
- Perseverar en la labor de investigación, diseñando estudios que tengan como objetivo la modificación a mediano plazo de los factores familiares esenciales de riesgo para la conducta de depresión y que potencien la acción de los factores protectores de la salud familiar, así como utilizar modelos que nos permitan predecir adecuadamente a las familias con alta probabilidad de que entre sus miembros se produzcan conductas autodestructivas.

11.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- LEE Jong-wook, Director General, OMS “Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres mexicanos”. Instituto nacional de las mujeres, diciembre 2006. Pág. 1-15. <http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsd/collect/publin1/index/assoc/HASH01b5/caa4ab09.dir/doc.pdf>
- 2.- Josué Díaz L, Vladimir Torres L, Urrutia Zerguera E y colaboradores. “Factores psicosociales de la depresión”. Revista Cubana de Medicina Militar. Vol. 35, Núm. 3, Julio-Septiembre 2006
- 3.- Enciclopedia libre wikipedia. “Definición de Depresión”. <http://es.wikipedia.org/wiki/Depresion>.
- 4.- Pégola Federico. “Apuntes para la historia de la depresión”. Asociación Medica Argentina. www.ama-med.org.ar/publicaciones_revistas3.asp?id=208 - 101k
- 5.- Pérez Argiles, Costero Tello y Martín García. “trastornos depresivos”. Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria” Editorial Ars Medica. Capitulo 3, Pág. 51-64. 2006
- 6.- Sánchez Rosa, Cuervo Jaime, Martínez Teresa. “Niños, adolescentes y depresión mayor. Detección y Tratamiento”. Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura. Julio 2008. www.spapex.org/pdf/depresion.pdf
- 7.- Beck, Aaron T. Steer, Roberta A. Brown, Gregory K. “BDI-II inventario de depresión de Beck”. Psicología cognitiva clínica. Editorial Paidós. Edición 2006. ISBN 950-12-6082-8.
- 8.- "PRONAP 2002" - Sociedad Argentina de Pediatría – Módulo Nº 4 – Supervisión de la salud del adolescente. “Adolescencia una etapa de cambios”. <http://www.latinsalud.com/articulos/00946.asp?ap=3>

9. - Field T., Diego M., & Sanders. "Adolescent depression and risk factors" *Adolescen.* 2001.36 (143), 491-498.
- 10.- Depresión en la adolescencia. Colegio San Jorge de Inglaterra. Departamento de Psicología. Agosto 2007.
- 11.- Cobo Ocejo, Paloma. "La depresión en los adolescentes". *Revista mexicana de orientación educativa.* No 8, Marzo – Junio 2006
- 12.- Riquelme Pereira N; Fraile Duvicq C, P.Carvalho A. "Influencia del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito familiar sobre la autoestima de escolares". *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* Octubre 2005. Vol.13.
- 13.- Garza Elizondo T. "La Familia". *Trabajo con familias.* Primera edición en 1997. Pág. 8
- 14.- Ugarte-Díaz R. "La familia como factores de riesgo, protección y resiliencia en la prevención del abuso de drogas en adolescentes". *Área comunidad educativa.* 2000, Capitulo 1.
- 15.- Achirica Uvalle, Marisol. "Ciclo Vital de la familia". *Manual de Orientación familiar,* instituto de la comunicación humana. Primera edición julio 2004. Pág. 109 a 113.
- 16.- Sanz M, Martínez A, Iraurgi L, Galíndez E, Ana Muñoz A, Cosgaya L "Influencia de la familia sobre el consumo de drogas en los jóvenes". *Psicoteca,* 2005. <http://www.psicoteca.com>.
17. - Mata Eduardo. "Estructuras familiares y comportamientos adictivos". *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría.* Marzo 2005. Vol. 12, No. 1, Pág. 1-40

18. - H. Olson D. Portner J. Lavee Y “Circumplex Model of Marital and Family Systems”. Journal of Family Therapy. 2000. 22:144-167.
- 19.- Ponce Rosas E.R., Irigoyen Coria A. E y Cols “Validez de constructor del cuestionario FACES III en español (México)” Atención primaria 2002. Diciembre 30 (10) 624-630.
- 20.- Blum, R. “Un modelo conceptual de salud del adolescente”. En E. Dulanto (ed.). El adolescente México: Macgraw Hill. 2000 Pág. 656-672
- 21.- Mónica y Flores. “Los conocimientos de los estudiantes de medicina y del personal medico relacionados con el síndrome depresivo” Revista Salud Mental Diciembre 2000. Vol. 23 No. 6
- 22.- Pardo A. Graciela, Sandoval D. Adriana, Umbarila Z, Diana. “Adolescencia Y depresión”. Revista Colombiana de Psicología. 2004. Vol. 13, 13-28
- 23.- Cassano, P., & fava M “Depresión and public Elath” an overview, Jorunal of psychosomatic research 2000. 53, 849-857.
- 24.- Tecnociencia, Depresión, Julio 2005.
www.tecnociencia.es/especiales/depresión/epidemiologia.htm
- 25.- Bello Mariana, Puentes Rosas Esteban, Medina Mora, Losano Rafael. “Prevalencia y diagnostico de depresión en población adulta en México”. Salud Pública México. 2005. Vol. 47 (sup1) 4.11.
- 26.- Hospital de Salud Mental, Villahermosa; Tabasco. Anuario estadístico 2005.
- 27.- SSA, Jurisdicción 12 Macuspana, Tabasco. Anuario estadístico desde 2005 a 2008. (Semanal de enfermedades)

28.- Gómez Clavelina FJ, Ponce Rosas ER, Irigoyen Coria AE. "FACES III: alcances y limitaciones". Originales Breves. Departamento de Medicina Familiar. UNAM. www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm121/originalesbreves.html - 20k

29.- Declaración del Helsinki de la asociación médica mundial. <http://www.wma.net/s/policy/b3.htm>.

30.- Ley General de Salud.

[http://www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/PE/APF/APC/SSA/Leyes/07021984\(1\).pdf](http://www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/PE/APF/APC/SSA/Leyes/07021984(1).pdf)

31.- Moreno-Contreras S, Boschetti-Fentanes B, Monroy-Caballero C, Irigoyen-Coria, Dorantes Barrios P. "Perfil familiar de un grupo de adolescentes mexicanos con riesgo de depresión." Arch. Med Fam. 2003;5(3): 89-91

32.- Leyva-Jiménez R, Hernández-Juárez A. Nava-Jiménez G. López-Gaona V- "Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar". Rev Med Inst. Mex Seguro Social 2007; 45(3): 224-232.

33.- Ryan ND. "Treatment of Depression in Children and Adolescents". Lancet 2005; 366:933-940.

34.- Pinto herrera F, Livia Segovia J, Zegarra Martínez V. "trastornos de conducta y funcionamiento familiar en adolescentes". Facultad de psicología Universidad Nacional Federico Villareal. Trabajos de investigación 2002.

35.- Jerson Muñoz M, Verónica Pinto M, Héctor Callata C. "Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, lima 2005". Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. Lima Oct/dic 2006, vol. 23 No. 4.

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

12.- ANEXOS

ENCUESTA QUE SE APLICARÁ A LOS ESTUDIANTES DEL COBATAB No 10 DE CIUDAD PEMEX DE MACUSPANA, TABASCO.

Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere saber. Le suplicamos responder todas las preguntas:

Nombre:

Edad:

Sexo

1).- Femenino _____ 2).-Masculino _____

Religión:

a).- Católica b).- Evangelista c).- Ninguna d) otra

INVENTARIO BECK

Describe como se ha sentido ya sea la semana pasada, incluso hoy. Lea todas las frases encada grupo antes de hacer su elección y marque una

<p>1. Tristeza.</p> <p>0. No me siento triste. 1. Me siento triste. 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.</p>	<p>12. Retirada social</p> <p>0. No he perdido el interés por los demás. 1. Estoy menos interesado en los demás que antes. 2. He perdido gran parte del interés por los demás. 3. he perdido todo interés por los demás.</p>
<p>2. Pesimismo</p> <p>0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro. 1. Me siento desanimado de cara al futuro. 2. siento que no hay nada por lo que luchar. 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán</p>	<p>13. Indecisión</p> <p>0. tomo mis propias decisiones igual que antes. 1. Evito tomar decisiones más que antes. 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. 3. Me es imposible tomar decisiones.</p>
<p>3. Sensación de fracaso</p> <p>0. No me siento fracasado. 1. he fracasado más que la mayoría de las personas. 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro. 3. Soy un fracaso total como persona.</p>	<p>14. Cambios en la imagen corporal.</p> <p>0. No creo tener peor aspecto que antes 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo. 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo. 3. Creo que tengo un aspecto horrible.</p>
<p>4. Insatisfacción</p> <p>0. Las cosas me satisfacen tanto como antes. 1. No disfruto de las cosas tanto como antes. 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas. 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.</p>	<p>15. Entencimiento</p> <p>0. Trabajo igual que antes. 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo. 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo. 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.</p>

<p>5. Culpa</p> <p>0. No me siento especialmente culpable. 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones. 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. 3. Me siento culpable constantemente</p>	<p>16. Insomnio</p> <p>0. Duermo tan bien como siempre. 1. No duermo tan bien como antes. 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme. 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.</p>
<p>6. Expectativas de castigo</p> <p>0. No creo que esté siendo castigado. 1. siento que quizás esté siendo castigado. 2. Espero ser castigado. 3. Siento que estoy siendo castigado.</p>	<p>17. Fatigabilidad</p> <p>0. No me siento más cansado de lo normal. 1. Me canso más que antes. 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa. 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.</p>
<p>7. Autodesprecio</p> <p>0. No estoy descontento de mí mismo. 1. Estoy descontento de mí mismo. 2. Estoy a disgusto conmigo mismo. 3. Me detesto.</p>	<p>18. Pérdida de apetito</p> <p>0. Mi apetito no ha disminuido. 1. No tengo tan buen apetito como antes. 2. Ahora tengo mucho menos apetito. 3. he perdido completamente el apetito.</p>
<p>8. Autoacusación</p> <p>0. No me considero peor que cualquier otro. 1. me autocrítico por mi debilidad o por mis errores. 2. Continuamente me culpo por mis faltas. 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.</p>	<p>19. Pérdida de peso</p> <p>0. No he perdido peso últimamente. 1. He perdido más de 2 kilos. 2. He perdido más de 4 kilos. 3. He perdido más de 7 kilos.</p>
<p>9. Idea suicidas</p> <p>0. no tengo ningún pensamiento de suicidio. 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré. 2. Desearía poner fin a mi vida. 3. me suicidaría si tuviese oportunidad.</p>	<p>20. Preocupaciones somáticas</p> <p>0. No estoy preocupado por mi salud 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc. 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas. 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.</p>
<p>10. Episodios de llanto</p> <p>0. No lloro más de lo normal. 1. ahora lloro más que antes. 2. Lloro continuamente. 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.</p>	<p>21. Bajo nivel de energía</p> <p>0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo. 1. La relación sexual me atrae menos que antes. 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes. 3. He perdido totalmente el interés sexual.</p>
<p>11. Irritabilidad</p> <p>0. No estoy especialmente irritado. 1. me molesto o irrito más fácilmente que antes. 2. me siento irritado continuamente. 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.</p>	<p>Resultados</p> <p>5 - 9 Existencia de altibajos que se consideran normales. 10 - 18 Depresión entre leve y moderada. 19 - 29 Depresión entre moderada y severa. 30 - 63 Depresión severa.</p>

FACES III.- (OLSON, Portier y Llavec) COHESION Y ADAPTABILIDAD
Lea todas las frases encada grupo antes de hacer su elección y marque una

DESCRIBA A SU FAMILIA	NUNCA 1	CASI NUNCA 2	ALGUNA VECES 3	CASI SIEMPRE 4	SIEMPRE 5
1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entres si					
2.- En nuestra familia se toman en cuenta la sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4.- Los hijos pueden opinar enguanto a su disciplina					
5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares mas cercanos					
6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7.- Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas					
9.- Nos gusta pesar el tiempo libre en familiar					
10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11.- Nos sentimos muy unidos					
12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente					
14.- En nuestra familia las reglas cambian					
15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
19.- La unión familiar es muy importante					
20.- Es difícil decir quien hace las labores del hogar					

Gracias por su respuesta

NIVELES DE COHESION

DESLIGADO: extrema separación emocional, falta de lealtad familiar, se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, la correspondencia afectiva es infrecuente entre sus miembros, hay falta de cercanía parento-filial, predomina la separación personal, rara vez pasan el tiempo juntos, necesidad y preferencias 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 recreación se lleva a cabo individualmente.

SEPARADO: hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva, los límites parento-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, la recreación se lleva a cabo más separada que en forma compartida.

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 los subsistemas son claros, con cercanía parento-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.

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 la dependencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, se dan coaliciones parento-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 mandatos.

NIVELES DE ADAPTABILIDAD

RIGIDA: El liderazgo es autoritario, existe fuerte control parental, la disciplina es estricta, rígida, y su aplicación es severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio.

ESTRUCTURADA: en principio el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, es un tanto democrática, los padres toman las decisiones, las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian.

FLEXIBLE: el liderazgo es igualitario, 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.

CAOTICA: liderazgo limitado y/o ineficaz, las disciplinas son muy pocas severas, habiendo inconsistencias en sus consecuencias, las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en los mismos, frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente.