



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACION**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



**UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No. 43  
VILLAHERMOSA, TABASCO**

**FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADOLESCENTES Y SU IMPACTO EN EL  
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS ALUMNOS DEL PLANTEL No 12 DE  
FRONTERA, TABASCO.**

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

**PRESENTA**

**TILO CARDENAS DAMASCO**

**VILLAHERMOSA, TABASCO**

**20 OCTUBRE DE 2010**



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.

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES Y SU IMPACTO  
EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS ALUMNOS DEL  
PLANTEL No 12 DE FRONTERA TABASCO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

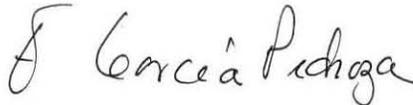
PRESENTA

**DR. TILO CÁRDENAS DAMASCO**

**AUTORIZACIONES**



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



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

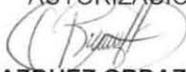
FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADOLESCENTES Y SU IMPACTO EN EL  
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS ALUMNOS DEL PLANTEL No 12  
DE FRONTERA TABASCO

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

TILO CARDENAS DAMASCO

AUTORIZACIONES



**RUSVELT VAZQUEZ ORDAZ MEDICO FAMILIAR**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DE BASE DEL IMSS, MODALIDAD  
SEMIPRESENCIAL

UNIDAD DE MÉDICA FAMILIAR No. 43  
VILLAHERMOSA TABASCO



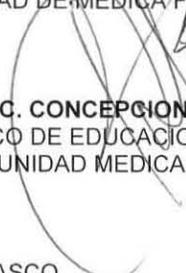
**CARMEN GALEANA PERALTA MEDICO FAMILIAR**

JEFA DEL DEPARTAMENTO CLINICO DE  
UNIDAD MÉDICA FAMILIAR NO. 43

**ABEL PEREZ PAVON MEDICO FAMILIAR**

PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DE BASE DEL IMSS, MODALIDAD  
SEMIPRESENCIAL

UNIDAD DE MÉDICA FAMILIAR No. 43



**M. EN C. CONCEPCION LOPEZ RAMON**

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
UNIDAD MEDICA FAMILIAR

VILLAHERMOSA, TABASCO

20 OCTUBRE DE 2010

**FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADOLESCENTES Y SU IMPACTO EN EL  
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS ALUMNOS DEL PLANTEL No 12 DE  
FRONTERA, TABASCO.**

## DEDICATORIAS

A mi Señor Jesús, quien me dio la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para llegar a la meta. Gracias por tu Fidelidad.

A mi esposa, quien me brindó su amor, su apoyo constante, su cariño y comprensión, todo esto es evidencia de su gran amor. ¡Gracias!

A mis adoradas hijas Rebeca y Raquel, gracias por prestarme el tiempo que les pertenecía para terminar este proyecto, Rubencito (el Pumita) llegaste en el mejor momento ¡Gracias!

A mis padres, quienes me enseñaron desde pequeño a luchar para alcanzar mis metas. Mi triunfo es el de ustedes, ¡los amo!

A mis amados hermanos , quienes cuidaron de mis hijas mientras realizaba mis estudios, ¡Gracias! Sin ustedes no hubiese podido hacer realidad este sueño.

Y a ti Abita por tus desvelos y apoyo con mis hijas; recordando las palabras de alguien que me dijo que Dios da todo a su tiempo. gracias suegro. Lázaro

A los que nunca dudaron que lograría este triunfo: mis abuelos, mis tíos, mis primos.

A todos los Médicos que me asesoraron, porque cada uno, con sus valiosas aportaciones, me ayudaron a crecer como persona y como profesionalista, hacer mención de uno solo, sería omitir la importancia que cada uno de ellos tuvo en este proyecto.

Gracias a todos.

A ti tía Orfila

Este logro te lo dedico a ti con todo mi corazón, porque imagino tu sonrisa, alegría y tu voz diciéndome: “A lo que sigue, hermanito”.

Vives en nuestros corazones, gracias porque desde niño fuiste apoyo y bendición a mi vida, hoy con certeza y gozo puedo decir que algún día nos volveremos a ver; **más allá del sol.**

Mientras, descansa en los brazos de tu Salvador.

## **INDICE**

CONTENIDO	PAGINAS
TITULO	
RESUMEN	
GLOSARIO	
ABREVIATURAS	
MARCO TEORICO	
Adolescencia	1
Depresión	7
Funcionalidad familiar	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
JUSTIFICACION	18
OBJETIVOS	20
METODOLOGIA	24
RESULTADOS	27
DISCUSION	36
CONCLUSIONES	39
BIBLIOGRAFIA	41
ANEXOS	47

## **ABREVIATURAS**

DR. Doctor

M en C: Maestro en Ciencias

UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México

R3 MF: Residente de Tercer año de Medicina Familiar.

ENEP: Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica.

DSM-IV: Manual Diagnóstico Y Estadístico de la Asociación  
Americana de Psiquiatría. ( por sus siglas en ingles)

## **RESUMEN**

### **FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADOLESCENTES Y SU IMPACTO EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS ALUMNOS DEL PLANTEL No 12 DE FRONTERA TABASCO.**

Tilo Cárdenas Damasco R3MF, Carmen Galeana-Asesor metodológico, Abel Pérez Pavón-Asesor del tema. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina; Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco.

**ANTECEDENTES:** La depresión es uno de los principales problemas de salud mental de la sociedad actual; es más que un desorden del humor ya que afecta a múltiples áreas del funcionamiento emocional, somático y cognitivo. Además, los trastornos depresivos pueden tener consecuencias importantes y negativas si no son identificados y tratados a tiempo.

**OBJETIVO:** Determinar la frecuencia de depresión en el adolescente y su impacto en la funcionalidad familiar de los alumnos del plantel 12, Frontera, Tabasco en el periodo Enero-Julio del 2010.

**MATERIAL Y METODO:** Se realizó un diseño Prospectivo con un muestreo en forma aleatoria encuestándose de acuerdo a los criterios de inclusión a un total de 496 adolescentes de 15 a 20 años de edad estudiantes del plantel 12 de Frontera, Tabasco, del turno vespertino. Para evaluar la depresión se utilizó la escala de William Zung Y los estudiantes con algún grado de depresión se realizaron el instrumento Apgar familiar para detectar la funcionalidad familiar.

**RESULTADOS:** En el rubro que corresponde a la depresión leve encontramos con una buena funcionalidad familiar a un 60.4%(38), con disfunción leve 12.7%(8), disfunción familiar moderada 20.6%(13) y disfunción familiar severa 6.3%(4); en

cuanto a la depresión moderada solo se obtuvieron datos en la disfunción familiar moderada con un 25%(4) y un 75% en la disfunción familiar severa (12).

**CONCLUSION:** La frecuencia de depresión en los adolescentes fue baja no tiene una interrelación con la disfunción familiar. El impacto se asocio con las variables cualitativas de los alumnos del plantel 12 de frontera, Tabasco.

**PALABRAS CLAVES:** Adolescentes; disfunción familiar; depresión.

## **ABSTRACT**

**FREQUENCY OF DEPRESSION IN ADOLESCENTS AND ITS IMPACT IN THE FAMILIAR OPERATION OF THE STUDENTS OF THE HIGH SCHOOL NUMBER 12 OF FRONTERA TOWN, TABASCO MUNICIPALITY.**

**ANTECEDENTS:** The depression is one of the main problems of mental health of the present society; it is more than a disorder of humor since it affects multiple areas of the emotional operation, somatic and mental. In addition, the depressive transtornos can have important and negative consequences if they are not identified and tried in time.

**OBJETIVE:** To determine the frequency of depression in the adolescent and his impact in the familiar functionality of the students of the high school number 12 of Frontera town, Tabasco municipality in the period January June of the 2010.

**MATERIAL AND METHOD:** it was realized a prospective design with sampling in random form survey itself according to the crieterios of inclusion to a total of 496 adolescents of 15 to 20 years of age in the high school number 12 of Frontera town, Tabasco municipality, of the vespertine turn. In order to evaluate the depression it was used the scale of William Zung and

students with some degree of depression, it was realized with familiar the Apgar instrument to detect the familiar functionality.

**RESULTS:** In the heading that corresponds to the slight depression we found a good familiar functionality to 60.4% (38), with dysfunction it weighs 12.7% (8), moderate familiar dysfunction 20.6% (13) and severe familiar dysfunction 6.3%(4); in the moderate depression data in familiar dysfunction were only obtained moderates gives with a 25% (4) and a 75% in severe familiar dysfunction (12).

**CONCLUSIONS:** The frequency of depression in the adolescents was low, does not have interrelation with familiar dysfunction. The impact was associated with the qualitative variables of the students of the high school number 12 of Frontera town, Tabasco municipality.

**KEY WORDS:** Adolescents; familiar dysfunction; depression.

## GLOSARIO

**ADOLESCENCIA:** Es una etapa vital en la que se producen un gran número de cambios (biológicos, psicológicos y sociales).

**DEPRESION:** Es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por un sentimiento de tristeza, de pérdida, de baja autoestima.

**DISFUNCION FAMILIAR.** Problemas de interacción entre los miembros de la familia y entre sus estructuras sociales.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR.** La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

**APGAR FAMILIAR.-** Instrumento de evaluación que mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si, por el contrario, contribuye a su enfermedad.

## **MARCO TEORICO**

### **ADOLESCENCIA**

**La adolescencia** es una etapa vital en la que se producen un gran número de cambios. La palabra latina *adolescere*, de la cual deriva el término adolescencia, señala el carácter de cambio señalado: *adolescere* significa crecer, madurar. La adolescencia constituye así una etapa de cambios (biológicos, psicológicos y sociales) que tiene como nota diferencial, respecto a otras etapas, el hecho de conducir hacia la madurez. La etapa adolescente es el periodo de transición entre infancia y edad adulta que transcurre desde los 11-12 años hasta los 18-20 años.

El hecho de ser una etapa tan amplia ha hecho que se halla dividido en tres periodos (2):

1. Adolescencia temprana: 11-14 años (10-13)
2. Adolescencia media: 15-18 años (14-16)
3. Adolescencia tardía: más de 18 años (17-19)

A lo largo de la historia se han estudiado los cambios que se producen durante la etapa adolescente, centrándose principalmente en los trastornos psicológicos y en las disfunciones que se dan en esta etapa. (3,4,5) A pesar de esto, se ha establecido una escasa relación entre los aspectos cognitivos y afectivos en estas edades (6).

Una etapa de transición, en el desarrollo, es un periodo de la vida en el que se producen muchos cambios en el propio individuo y en su entorno social. (7) Más allá de los cambios físicos, de las características fisiológicas que acompañan a esta etapa, bajo el punto de vista estrictamente conductual o psicológico, la adolescencia aparece como un periodo de transición de la infancia a la edad adulta. Caracterizarla como una etapa de transición es una pobre descripción de una etapa marcada por profundos cambios y por la inestabilidad y la provisionalidad. La relativa estabilidad conductual y psicológica de la persona se supone que está fraguándose en estos años, y no se forma hasta el final de la adolescencia, justo para señalar el inicio de la vida adulta. (8)

La adolescencia es el momento en que la persona inicia la consolidación de sus competencias específicas y su competencia o capacidad general frente al mundo, realidad, al entorno social, estableciendo su adaptación y ajustes, si no definitivos, sí lo más duraderos. El proceso de socialización en la adolescencia está modulado por el contexto sociocultural en que a los jóvenes y señoritas les tocará vivir, y el momento histórico presente, en un momento determinado. Es un proceso dinámico y cambiante. La riqueza y la diversidad de relaciones que los adolescentes tendrán ocasión de establecer dependerá de la riqueza y la diversidad de los contextos y de las oportunidades culturales que les proporcionen. La sociedad actual presenta un conjunto de objetivos que los adolescentes deberán conseguir durante este periodo y que se consideran imprescindibles para el progreso de su personalidad (1).

La adolescencia es conocida por ser un periodo de crisis, de conflicto, de tensión y de contradicciones, no fáciles de resolver o de asumir. El adolescente es visto como un problema para sí y, a menudo, para los demás. Sin embargo, se suele pasar por alto el hecho de que gran parte de la vida emocional de los adolescentes normales es de carácter pacífico, profundo y constructivo. Durante la adolescencia los jóvenes se preparan para asimilar y practicar sus posibles roles como adultos (9). Junto a la aguda problemática y a los conflictos característicos del periodo adolescente se encuentra la sicopatología propia de la edad. Forma parte también de los temas, de la visión convencional de la adolescencia, considerarla momento propicio para la aparición de toda clase de trastornos conductuales o emocionales.

A la entrada de la adolescencia el niño experimenta unos cambios físicos y psicológicos, tanto cognitivos como emocionales, muy grandes en un tiempo relativamente breve. El adolescente debe hacer frente a estos cambios en su cuerpo y en su mente. Esto le coloca en una situación de vulnerabilidad. Por todo ello, la adolescencia temprana constituye un periodo de riesgo, tanto para las alteraciones emocionales como las conductuales. Para Schowalter y King, el humor del adolescente es lábil. Es decir lo que un día parece no tener solución para el adolescente, puede haberse olvidado a la semana siguiente. Es frecuente que aparezcan estados pasajeros de ansiedad o de tristeza. La propia autoimagen y auto evaluación son tan frágiles que las actitudes y juicios de personas como padres y amigos pueden ser suficientes para situar al adolescente en la tristeza o

en la euforia. El fracaso se vive como una derrota irreparable y el éxito como la solución de todos los problemas. El adolescente no controla fácilmente sus estados emocionales, se siente muy inseguro y es esta misma inseguridad la que le hace ser muy susceptible a las influencias que ejercen sobre él las personas de su entorno. Por este motivo, su comportamiento puede ser muy distinto cuando está en casa con su familia, que cuando está en el colegio con los profesores y compañeros, o cuando sale con sus amigos. La tristeza, como la ansiedad, son emociones normales del ser humano, cuya ausencia puede ser patológica.

El adolescente no suele controlar bien sus emociones y, a menudo, los sentimientos están a flor de piel. Algunos investigadores señalan que la evidencia muestra que la depresión en adolescentes muchas veces es olvidada, ignorada o vista como síntomas de otros problemas. Es decir, para muchas personas, profesionales, la adolescencia como etapa del desarrollo se ve como un periodo de labilidad emocional. Además, los cambios de humor, el aislamiento, los cambios en la alimentación y en el sueño, las dificultades de concentración, reducción de la actividad, fatiga e irritabilidad pueden ser vistos como normales dentro del comportamiento adolescente.(1,10)

En el ámbito escolar también se han identificado varios factores que pueden influir en el ajuste psicológico del adolescente tales como el fracaso escolar, las expectativas negativas de éxito académico (baja auto estima académico / escolar) o los problemas interpersonales con los compañeros en términos de victimización

o asilamiento social. Así, el fracaso escolar y la baja auto estima académico / escolar están íntimamente relacionados que, a su vez, parecen ejercer una influencia negativa en la salud mental del estudiante. En este sentido, se ha constatado que los adolescentes con baja auto estima escolar presentan más sintomatología depresiva y estrés psicológico, lo cual se puede explicar el auto grado de centralidad que tiene esa dimensión de la auto estima en la vida del adolescente escolarizado. El ajuste psicológico de los adolescentes también se ha asociado con los problemas de relación social con los compañeros de la escuela. Por ejemplo los adolescentes con problemas de victimización o integración social en la escuela presentan normalmente más problemas de salud mental, esto es, más síntomas sicosomáticos y puntuaciones más elevadas en medidas de depresión, ansiedad y estrés, en comparación con aquellos adolescentes que se encuentran integrados y son aceptados por sus iguales. (1,11)

La adolescencia debe entenderse como una etapa de crisis personal intransferible en el esquema del desarrollo biopsicosocial de un ser humano. Como sabemos abarca un largo periodo de la vida que comprende, por lo general, de los 10 o 12 años de edad hasta los 22. El efecto de la aparición de la adolescencia varía de una persona a otra, de un grupo familiar a otro; de un país a otro y de una cultura a otra. Las generaciones tienen entre sí muchas diferencias, pero a la vez poseen elementos que las ligan y esto hace que en la continuidad de ellas en la historia social de una cultura se conformen características propias de los adolescentes de todas las épocas y particulares de cada generación.

La adolescencia, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, es una etapa de cambio biológico, social y mental, una crisis personal en el desarrollo del ser humano que va de los 10 a los 19 años. Durante esta época, el adolescente se caracteriza por actitudes impulsivas, poco reflexivas, rebeldía e imprudencia; dadas por su poca experiencia y la búsqueda de una identidad. Se sabe que la adolescencia se dará con riesgos mayores de los necesarios cuando se vive en condiciones poco favorables. (12)

La estructura poblacional en América Latina, se caracteriza por ser inminentemente joven, en donde la población adolescente ha alcanzado un número sin precedentes. En México, de acuerdo con el censo de población y vivienda del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (13), la población joven asciende a 27.2 millones, lo que equivale a 28.5 por ciento del total de la población, de la cual el 48 por ciento son hombres y 52 por ciento mujeres.

## **DEPRESION.**

**La depresión** preocupó a la humanidad desde tiempos remotos, ya los egipcios proponían la trepanación como tratamiento hace más de 2500 años. Se remonta en su historia hasta los primeros registros escritos de la humanidad. La primera descripción clínica objetiva de la depresión fue hecha por Hipócrates, quien utilizó el término melancolía.

Los factores causales de la depresión en el adolescente son múltiples, entre ellos el genético, ya que se ha demostrado mayor riesgo de depresión en hijos de personas que presentan trastornos afectivos. Así mismo, se ha informado la presencia de factores biológicos como del adolescente.

Respecto a la interacción padre e hijo, las alteraciones más frecuentes en los adolescentes deprimidos son el carácter autoritario o permisivo de los padres, la ruptura de lazos familiares, la discusión continua de los padres, el rechazo de los padres y la falta de comunicación. Se han detectado factores individuales como labilidad emocional, formación de una nueva imagen de sí mismo, actitud autodestructiva, falta de maduración y falta de logros académicos. Los factores sociales como la familia, la escuela, los compañeros y las relaciones sociales también desempeñan un papel importante en la génesis de la depresión del adolescente. (14)

La sintomatología del orden afectivo ha seguido siendo la misma durante veinticinco siglos, las causas y los tratamientos sugeridos para la depresión se han modificado permanentemente. Aleteó en el siglo II formuló el cuadro más completo

de este desorden. Sugirió que la depresión era causada por factores puramente psicológicos y que la recuperación después de un episodio no aseguraba la cura. Esta teoría persistió hasta la edad media.

En el renacimiento surgió el interés en la depresión con un nuevo enfoque de sus causas, en Inglaterra donde hubo una epidemia de melancolía, a juzgar por la cantidad de trabajos sobre el tema aparecidos en ese breve tiempo. Timothy Bright publicó su tratado sobre la melancolía en 1586 y veinticinco años más tarde se conoció su lente óptico del humor de Thomas Walkinton que se ocupó en detalle de la constitución melancólica.

En 1621 Robert Burton terminó su libro "Anatomía de la melancolía", los médicos del resto de Europa redescubrían que melancolía y manía suelen alternar en el mismo individuo. Los aportes importantes de Falret fueron sus aportaciones acerca del probable carácter familiar de la depresión recurrente y su mayor incidencia en las mujeres. En 1904 Meyer objetó el término de melancolía, afirmando que daba un sello de certeza a un estado vago acerca del cual poco se sabía. Sugirió en cambio denominar depresión a dicho desorden hasta que se contara con evidencias positivas de enfermedad.

En la adolescencia se configuran los ideales de vida que después van a constituir la identidad personal del adulto. La carga de los trastornos emocionales en la adolescencia es sentida especialmente por las familias y los amigos de los afectados. De no ser tratados, estos trastornos dejan marcas indelebles tanto para el propio individuo como en la sociedad (1,15)

Según datos aportados por la OMS la prevalencia alcanza el 8% en las personas jóvenes y cerca de 100.000.000 de personas padecen depresión en algún momento de sus vidas por año, pero solo un pequeño porcentaje es diagnosticado, ya sea por falta de capacitación sanitaria o por desconocimiento de los síntomas. El 80% de los pacientes con patologías crónicas sufren depresión en algún momento. En los jóvenes se asocia con altos grados de disfunción social, bajo rendimiento académico, abuso de sustancias, casos de intentos de suicidio y suicidios consumados.

En los últimos años ha habido un interés creciente en el área de la evaluación de la depresión infanto-juvenil. La controversia histórica y la confusión acerca del fenómeno depresivo en estas edades han evolucionado hacia una aceptación, cada vez más general, de que la depresión es un trastorno que también aparece en niños y adolescentes. (1) Se sabe que la adolescencia se dará con riesgos mayores de los necesarios cuando se vive en condiciones poco favorables.

La depresión en la adolescencia se manifiesta como un estado generalizado de infelicidad, en el que se expresa tristeza, y falta de capacidad de respuesta; destaca una conducta inadecuada e inmadurez para superar el duelo por la pérdida de la niñez, adoptando una conducta hostil hacia sus padres o hacia sí mismo. La familia es la institución social básica en donde se determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la población. La depresión involucra aspectos emocionales, cognitivos, de estilo de vida y de relación con la estructura social. Magill menciona que, el término depresión tiene una variedad de connotaciones

que dependen del contexto en el que se use. Puede significar un sentimiento de tristeza que cae dentro del rango normal de experiencias de una persona, o un sentimiento asociado al dolor por la pérdida de algo o alguien importante y finalmente puede representar un grado anormal de humor disfórico asociado a otras características que lo distinguen claramente como un estado anormal. La depresión es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativas y otros componentes de tipo psicológico y social (alteraciones en la atención, concentración, memoria, estado de ánimo; dificultad en las relaciones interpersonales, así como adaptabilidad al medio laboral, familiar y social) también involucra un componente bioquímico cerebral (trastorno en la utilización de los neurotransmisores) que mejora con un tratamiento adecuado.

La identificación, prevención y tratamiento de los trastornos depresivos y el suicidio en niños y adolescentes ha venido siendo temas controvertidos que han generado preocupación entre los profesionales de la salud en contacto con niños y adolescentes. No en vano, se considera, en los países donde hay datos, que el suicidio es la segunda causa de mortalidad en adolescentes y la presencia de un trastorno depresivo como uno de los factores de riesgo más relacionado (15).

## **FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

**La funcionalidad familiar** es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y la crisis por las que atraviesa, y de acuerdo

a ello, el buen o mal funcionamiento de la familia, factor determinante en la conservación de la salud o aparición de la enfermedad entre sus miembros. En el grado en que la familia cumpla o deje de cumplir sus funciones se habla de familia funcional o disfuncional. (16) En la última década, el porcentaje de familias desestructuradas ha ido en vertiginoso aumento en el mundo entero, y de manera especial en los países en vías de desarrollo y subdesarrollados. Las causales principales de este fenómeno psicosocial son la crisis económica y el creciente desempleo, lo que conlleva además a la emigración de uno o ambos progenitores en busca de mejores fuentes de trabajo que oferten mayores ingresos.

En los procesos de desestructuración del núcleo familiar influyen, además, las condiciones que obligan a que ambos cónyuges trabajen fuera del hogar, pues de esta manera el sistema extrafamiliar puede crear o exacerbar los conflictos entre la pareja. Dentro de un proceso de disolución familiar, el subsistema que se ve más afectado es el filial. Estas alteraciones se manifiestan principalmente en las esferas emocional y psíquica, que se acentúan especialmente cuando los afectados se encuentran en la etapa de la pubertad o adolescencia que, como es de conocimiento general, es una fase de cambios en todos los aspectos en el individuo. (17)

Un factor importante y determinante en la formación y desarrollo del ser humano es precisamente LA FAMILIA, siendo causales, los padres ya sea por desconocimiento de la evolución del niño, la incomprensión de las necesidades de su desarrollo, la desintegración familiar, familias incompletas, padres separados,

etc. generando problemas en el menor a través de mecanismos diferentes, produciéndole conciencia de inferioridad social, timidez, inseguridad afectiva, etc. influyen en su desarrollo y en sus estados anímicos, intelectuales y de aprendizaje.(17,18)

En cualquier estudio que se refiera a la familia queda claro que la familia es el centro primario de la socialización infantil y juvenil. Del modo intrafamiliar puesto que en acción por medio del ejemplo de la vida, los consejos y la educación verbal se incorporan a través de la interacción entre los padres e hijos, así como las formas de relación social establecidas por el núcleo familiar, con otros grupos dependerá en gran parte del éxito de la misión socializadora de la familia. (19)

**Según Quijada E.** en España realizó un estudio aplicado a 389 estudiantes adolescentes, dando a conocer la prevalencia de manifestaciones depresivas, así como sus variables socio demográfica asociadas con la misma. Los sujetos con disfunción familiar diagnosticada por el test del APGAR presentaban una mayor prevalencia de manifestaciones depresiva con un 24,4% frente a los que no presentaban con un 6.1%.(17,20) En Colombia realizaron un estudio donde se revisaron, 1.045 historias clínicas de adolescentes que fueron atendidos en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de la ciudad de Guayaquil. el cual tenía como objetivo principal investigar la relación existente entre la desestructuración de la familia y diferentes formas de depresión de los adolescentes, los resultados demostraron que las patologías más frecuentes fueron encontradas en adolescentes provenientes de familias desestructuradas y correspondieron a los diferentes trastornos depresivos (22,9%), y la relación de estos trastornos según el

género correspondió a 3:1 para los adolescentes de sexo femenino, además, variables como sexo y escolaridad son prácticamente dependientes a todo nivel de significación estadística.(17) El riesgo relativo para depresión en presencia de la disfunción familiar no fue significativo (razón de momios =1.57, intervalo de confianza al 95% =0.75-3.3).(14) Curiana menciona que aproximadamente 50% de los pacientes con depresión no son detectados en atención primaria y que en los países industrializados la incidencia de los trastornos depresivos va en aumento. En cuanto al género se calcula que se presenta en 8 al 12% de los varones y 20 al 26% en las mujeres observándose como una constante la proporción de 2:1. La distribución de la depresión según el sexo ha sido objeto de diversas interpretaciones, aunque exactamente no se sabe la causa, probablemente se debe a una combinación de diferencias relacionadas con el género, estilo cognitivo, ciertos factores biológicos y a una alta incidencia de estrés psicosocial en la mujer. Es importante señalar que es mayor el número de mujeres que solicitan atención médica y también que tienen mayor facilidad para expresar conflictos emocionales, lo cual puede incidir en que se diagnostique más la depresión en ellas que en los varones.

Debido a que una gran cantidad de pacientes con depresión no llegan a ser atendidos por profesionales de la salud mental, el reconocimiento temprano por parte de los médicos familiares así como su oportuna intervención son esenciales. Las unidades de medicina familiar desempeñan funciones de puerta de entrada al sistema de salud, encontrándose por tanto en un lugar privilegiado no sólo para

diagnosticar y tratar en forma oportuna estos padecimientos sino para desarrollar intervenciones enfocadas a su prevención.

Existe evidencia suficiente de que los trastornos depresivos poseen una base familiar, parte de la cual puede ser genética y otra aprendida durante la crianza. De esta manera los hijos de padres con depresión representan un grupo de alto riesgo y un objetivo para la prevención. Dio refiere que el factor que predispone a la mujer a la depresión es su propio rol; la feminidad misma tal como está concebida en nuestra cultura sería el factor de mayor riesgo para la depresión. La mujer en nuestra cultura está formada según modelos y patrones de feminidad, formas de ser mujer que la condicionan a sentir y ser de una determinada manera y que la proveen de mecanismos psíquicos que la hacen más vulnerable al estrés.

(21)

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que 8.4% de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, por sus siglas en inglés). 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, Se observó que 2% de la población mexicana, lo cual representa dos millones de personas, ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad. Entre todos los que han padecido un episodio de depresión mayor alguna vez en su vida, 27.5%, tuvo su primer episodio en la infancia o adolescencia. (22)

Elba Vázquez, Ignacio Fonseca et al. Realizaron un estudio comparativo comprendido de diciembre 2001 a marzo 2004 utilizando la escala de Birlenson para el diagnóstico de depresión, en adolescentes con intento de suicidios y sanos en una muestra de 120 adolescentes en Hermosillo Sonora, en los factores de riesgo personales por orden de frecuencia se encontró que en el grupo que intentaron suicidarse presentaron equivalentes depresivas 43 (71.6%), depresión 43 (71.6%), intento de suicidio previo 32 (53.3%), toxicomanías 12 (20%), trastorno psiquiátrico 12 (20%), tratamiento psiquiátrico 11 (18%), alcoholismo 10 (16.6%), abuso sexual 10 (16.6%), patología crónica 10 (16.6%), en el grupo sano se presentó por orden de frecuencia equivalentes depresivas 15 (25%), desorganización familiar 15 (25%), falta de comunicación con los padres 14 (23.3%), ausencia de figura parental 11 (18.3%), dificultades escolares 9 (15%), pérdida temprana de objeto amoroso 8 (13.3%), familia destruida 8 (13.3%), dificultades financieras 8 (13.3%), depresión 7 (11.6%), riñas familiares 7 (11.6%), pensamiento y amenaza suicida 6 (10%), incapacidad para afrontar el estrés

cotidiano cinco, impulsividad cuatro, solitario y abandonado tres, aislado tres, ansiedad intensa tres y sentimientos de rechazo familiar dos.(21)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por un sentimiento de tristeza, de pérdida, y de baja autoestima. Gran número de adolescentes que concurren a los servicios de medicina familiar presentan en su cuadro clínico una serie de quejas somáticas, con cuadros mixtos ansioso-depresivos, o con aquellas manifestaciones descritas como depresión enmascarada. La depresión es uno de los principales problemas de salud mental de la sociedad actual.(1) La poca relación y la insuficiente comunicación entre algunos adolescentes y padres o adultos de referencia (como profesores), y la falta de auto derivación a los profesionales, pudieran ser uno de los factores predisponentes de riesgo de depresión. La familia, para el adolescente, es el ente principal de formación y reforzamiento de estrategias adecuadas o inadecuadas de afrontamiento de problemas. Por lo que la funcionalidad familiar es un factor determinante en el desarrollo de depresión.

A lo que nos hacemos el siguiente planteamiento

**¿Es frecuente la depresión en los adolescentes? ¿Cuál es su impacto en el funcionamiento familiar?**

## **JUSTIFICACION**

La depresión es un padecimiento frecuente en la población adolescente, asociado en ocasiones con el consumo de drogas. En México, las mejores estimaciones disponibles al respecto señalan que 12 % de la población de entre 14 y 65 años de edad, han presentado en algún momento de la vida un trastorno depresivo. (23)

Cabe mencionar que los síntomas depresivos durante la adolescencia están asociados con varios problemas de salud así como de acompañarse con suicidio y el riesgo de padecer depresión mayor en el futuro. 60% de los suicidios están relacionados con depresión y 15% de las personas en estado depresivo que ingresa a un Hospital de Psiquiatría comete suicidio. (24)

El hecho de que no se identifique de forma adecuada lleva a la falta de tratamiento. Un elemento en el sistema familiar debe cumplir para ser funcional; la capacidad de adaptación a los cambios ambientales y a las tensiones internas originadas por los cambios del ciclo vital familiar. Actualmente hablar de depresión en los jóvenes ya es una necesidad y no un mito como en años anteriores, en los que se pensaba que las actitudes en esta etapa del adolescente eran pasajeras y normales en su desarrollo.

Este estudio lo enfocamos a determinada edad de la adolescencia, de los 16 a los 19 años de edad, debido a que en este periodo nos hemos dado cuenta

que es el grupo etario más propenso a presentar cuadros depresivos caracterizados por tristeza, desanimo, falta de apetito, motivo por el cual los adolescentes son llevados por sus padres a la consulta a nuestra unidad de medicina familiar en la que también hemos identificado a padres con procesos depresivos, es necesario que se conozcan estos estadios depresivos en los padre debido a que muchos de ellos o probablemente todos influye en el estado emocional del adolescente. Actualmente como sabemos la incidencia de los suicidios adolescentes y jóvenes en nuestra entidad se ha incrementado y la depresión puede ser uno de los factores predisponentes de esta situación. (21,25)

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL.**

1.-Determinar la frecuencia de depresión en el adolescente y su impacto en la funcionalidad familiar de los alumnos de 16 a 19 años de edad del plantel 12., Frontera, Tabasco en el periodo Enero-Julio del 2010.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Establecer el tipo de depresión más frecuente en los adolescentes.
2. Conocer la funcionalidad familiar de los adolescentes con depresión.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Diseño: Prospectivo, transversal, descriptivo y analítico.

Población, lugar y tiempo:

Universo: Un total de 700 estudiantes de ambos géneros del turno vespertino de 16 a 19 años de edad del Plantel No. 12, del Municipio de Centla, Tabasco., En el periodo de Enero – julio del 2010 que cumplan con los criterios de inclusión.

Tipo de muestra y tamaño de muestra:

El tamaño de la muestra se obtuvo utilizando la fórmula para población finita:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha/2}^2 * p * q}{[d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 * p * q]}$$

Donde:

N = total de la población (700)

$Z_{\alpha/2} = 1.962$

p = proporción esperada (0.28)

q = 1 – p (0.72)

d = precisión (0.05)

El resultado que nos muestra es de 496 adolescentes. Tomando en cuenta el número de adolescentes que no quisieron participar en el estudio.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Alumnos del Plantel No 12

Alumnos de ambos sexos que aceptaron participar en el estudio

Alumnos del turno Vespertino

Alumnos entre 16 y 19 años.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

Alumnos del turno matutino.

Que no deseen colaborar.

Alumnos menores de 16 años y mayores de 19 años de edad.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

Los alumnos que no completaron el cuestionario

Alumnos que no estén presentes el día de las encuestas

Alumnos cuyos familiares no den el consentimiento informado autorizado.

## **VARIABLES**

Dependiente:

DEPRESION

Independiente:

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

## **METODOLOGÍA**

En forma auto administrado se aplicó un cuestionario con las indicaciones pertinentes para su llenado; impartida por el investigador. Se conformo por tres apartados: El primero, para recabar datos demográficos y clínicos; el segundo, formado por el *test* de William Zung para evaluar depresión; se ha reportado que tiene una sensibilidad de 95%, una especificidad de 74% y un índice de correlación de 0.87;(18,19) el *test* consta de 20 preguntas, con la posibilidad de cuatro respuestas cada una, con un valor asignado de: 1 (muy pocas veces), 2 (algunas veces), 3 (muchas veces) y 4 (la mayor parte de las veces). Para diagnosticar depresión se sumó la puntuación de cada respuesta y, de acuerdo a la calificación total, se clasificó como: sin depresión (menos de 50 puntos), depresión leve (de 51a 59 puntos), depresión moderada (de 60 a 69 puntos) y depresión grave (más de 70 puntos). El tiempo promedio de aplicación de este apartado fue de 15 minutos. El tercer apartado, el *test* de Apgar familiar, (17) se utilizó para evaluar disfunción familiar; tiene un índice de correlación =0.83, 16 y consta de siete preguntas con cinco opciones de respuesta cada una, con un valor asignado de: 4 (siempre) 3 (casi siempre), 2 (algunas veces) y 1 (casi nunca) 0 (nunca). Para diagnosticar disfunción familiar se sumó la puntuación de cada respuesta y de acuerdo a la calificación total se clasificó como: familia funcional (de 7 a 10 puntos), disfunción familiar moderada (de 4 a 6 puntos) y disfunción familiar grave (de 0 a 3 puntos). El tiempo promedio de aplicación de este apartado fue de 10 minutos.

## **ÁNALISIS ESTADÍSTICO**

Se utilizó estadística descriptiva como frecuencias, porcentajes, rangos, media, mediana y desviación estándar; para comparar las frecuencias de las variables,  $\chi^2$ ; para evaluar la fuerza de la asociación entre las variables, razón de momios (OR). Todos los cálculos se efectuaron con SPSS versión 10.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO**

Para dar cumplimiento al artículo 16 la privacidad y el anonimato de los participantes, se aclarara que la información obtenida será dada a conocer sólo de forma grupal y nunca individual y el autor del estudio guardará las encuestas en un lugar seguro al cual solo él tendrá acceso. Fracción I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Artículo 20.

En base al artículo 21 fracción. VII La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento y el artículo. 22, los sujetos de la investigación contara con la información suficiente sobre el estudio a través del consentimiento informado, su participación en el estudio será voluntaria y conforme a la fracción VII el participante tendrá a libertad de retirar su participación en el momento que lo deseara.

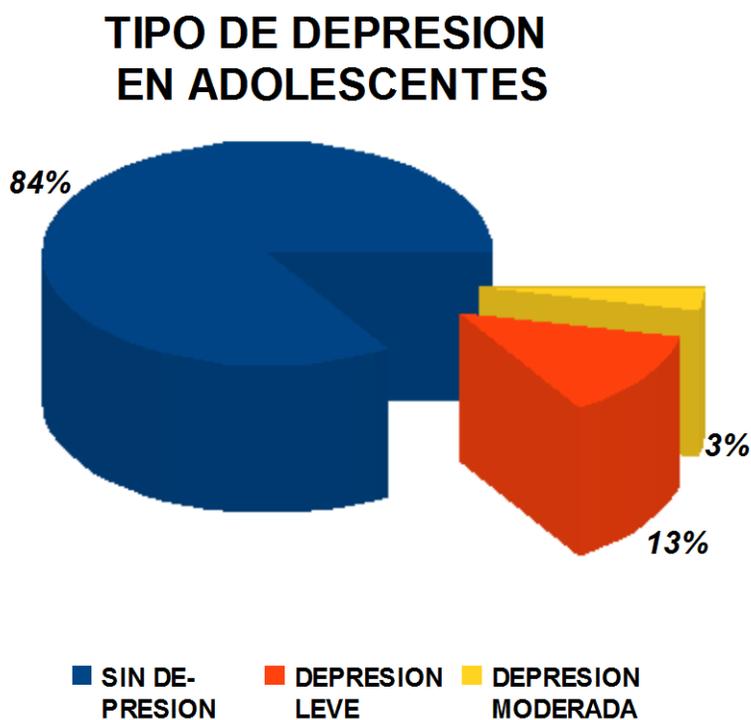
## RESULTADOS

### DESCRIPCIÓN Y ANALISIS ESTADISTICO DE LOS RESULTADOS

Se aplicó un total de 496 encuestas a adolescentes en el rango de edad de 16 a 19 años. Que acuden al Plantel No. 12, del Municipio de Centla, Tabasco.

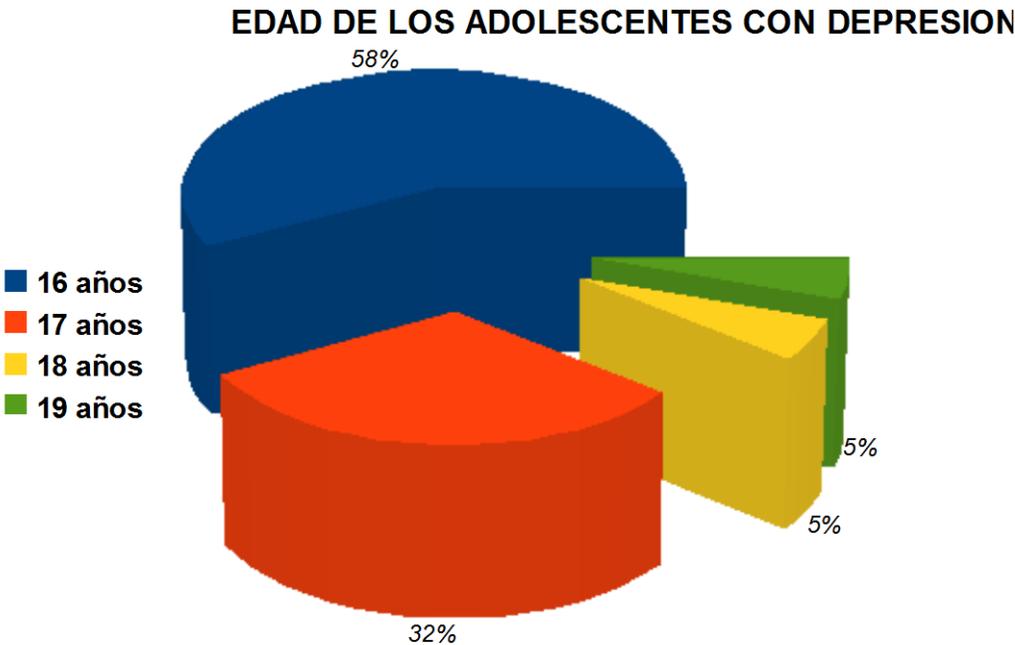
Del tipo de depresión más frecuente en los adolescentes encontramos que el 83.9% (n=417) no sufren algún tipo de depresión catalogado sin depresión, el 12.7% (n=63) como depresión leve el 3.4%(n=16) con depresión moderada y no se encontró ninguno con depresión grave (0%).

GRAFICO 1.



La frecuencia de edad encontrada en los encuestados con algún grado de depresión fue la que abarcó el grupo de 16 años de edad con 57.9%, siguiéndole en frecuencia el de 17 años (31.5%), posteriormente el grupo de 18 y 19 años, con el mismo porcentaje de 5.3% no hubo adolescentes de 20 años de edad que estuviera en las encuestas de depresión.

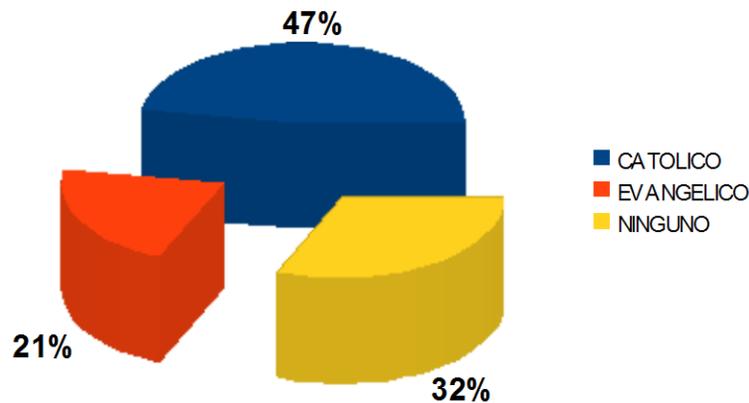
**GRAFICO 2.**



En cuanto a la religión más encontrada fue la católica con un 47%(n=37), seguida de los que no tienen ninguna religión con 32%(n=25) y por último los evangélicos con 21.1% (n=17).

**GRAFICO 3.**

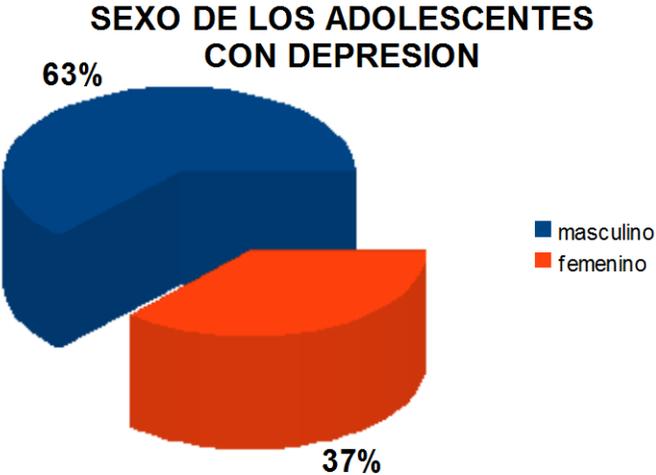
RELIGION EN LOS  
ADOLESCENTES CON DEPRESION



De los pacientes encontrados en un grado de depresión encontramos que el estado civil de estos adolescentes son solteros el 100% de la población estudiada y ninguno se dedica a alguna actividad laboral todos son estudiantes exclusivamente.

Como se observa en la GRAFICA 4 se encontró que el sexo masculino se encuentra con un mayor porcentaje (63%) lo que corresponde a 50 alumnos con respecto al sexo femenino el 36.8% (N=29).

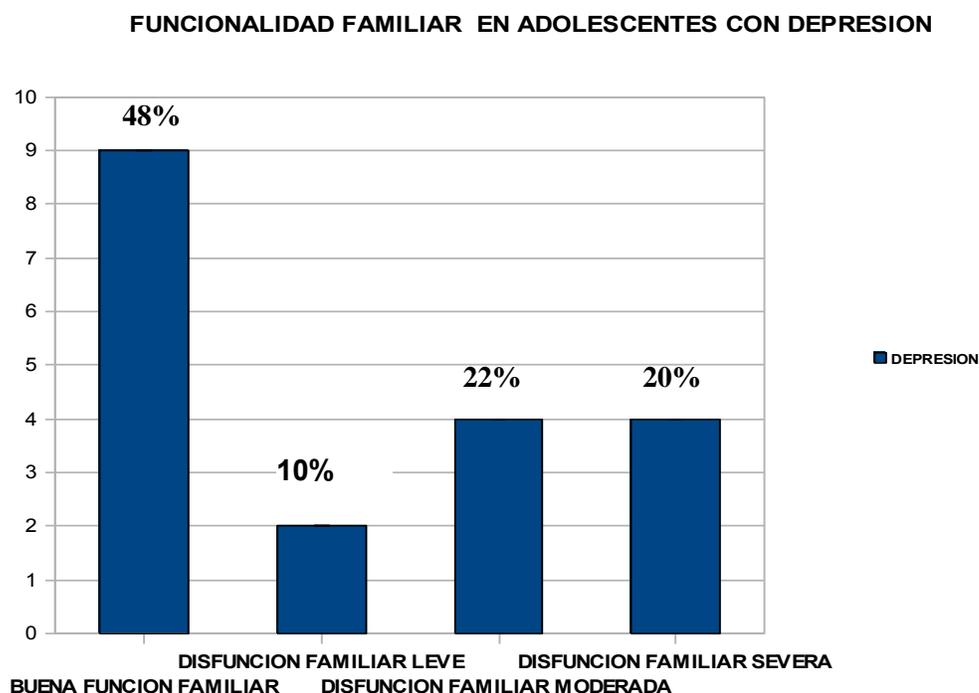
**GRAFICA 4.**



Para conocer la funcionalidad familiar de los adolescentes con depresión se le realizó la encuesta de Apgar familiar. Donde se grafico por separado los pacientes con depresión leve y moderada la funcionalidad familiar encontrando lo siguiente:

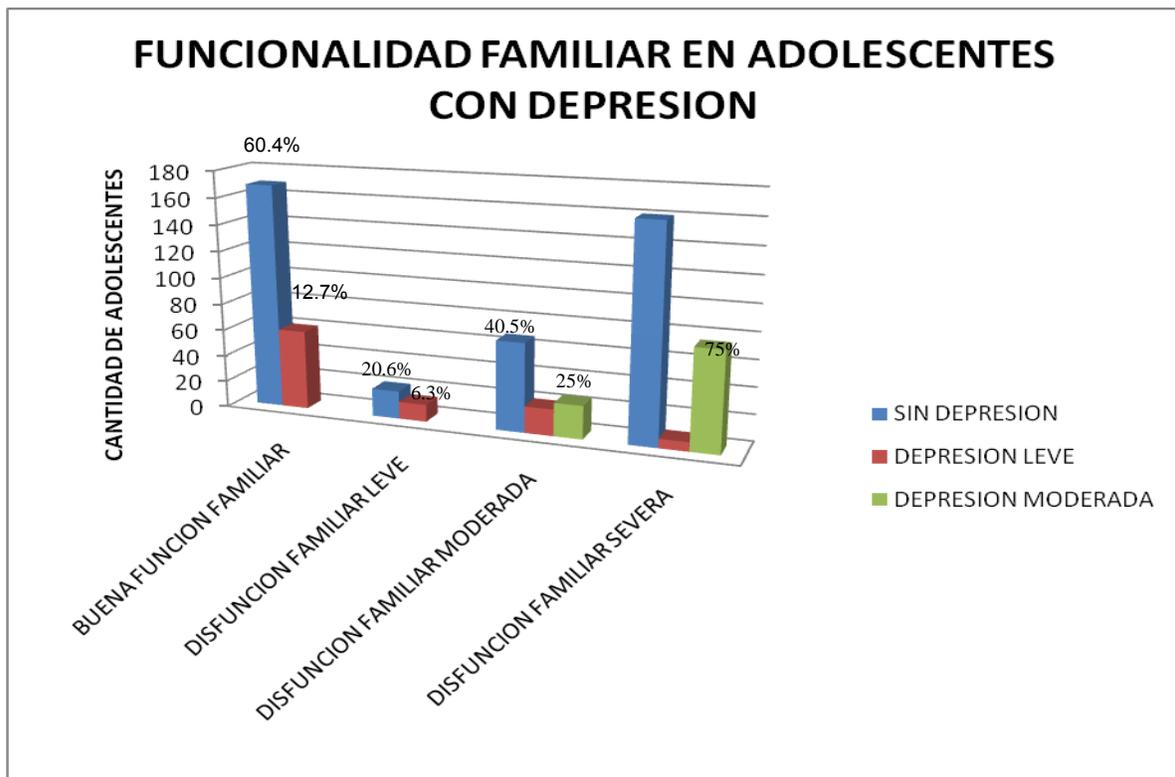
Funcionalidad familiar de los adolescentes con depresión. La grafica 5 nos muestra el porcentaje de adolescentes con algún grado de depresión a los cuales se le realizó el cuestionario de Apgar familiar para valorar la funcionalidad familiar donde encontramos que el 48% (n=38) corresponde a una buena funcionalidad familiar, el 22% (n=17) a la disfunción familiar moderada seguida en un 20% (n=16) en la disfunción familiar severa y en menor porcentaje en un 10%(n=8) a la disfunción familiar leve.

### GRAFICA 5

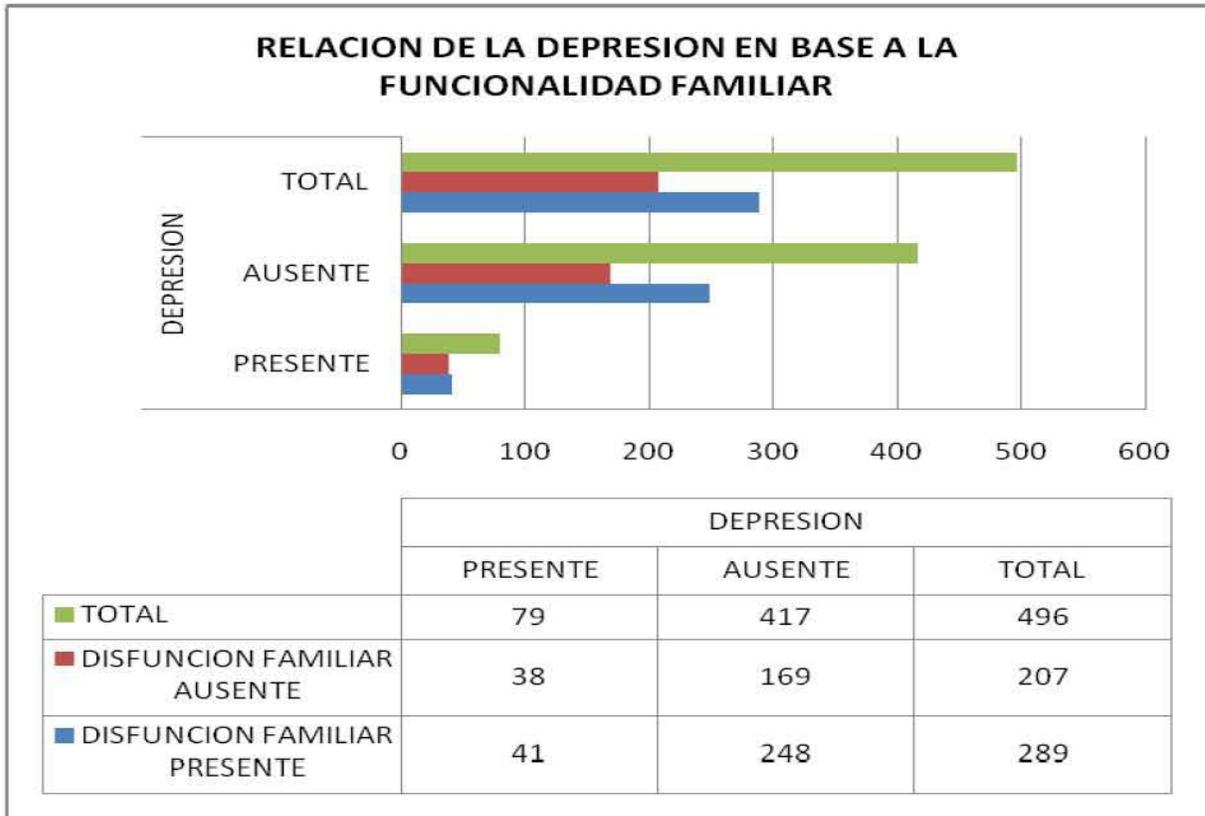


De acuerdo al Test de William Zung utilizada para conocer la frecuencia de depresión en adolescentes se muestra en la grafica 6 Y 7 el porcentaje donde se encontró la depresión leve y moderada; no hubo ningún dato de depresión severa. En el rubro que corresponde a la depresión leve encontramos con una buena funcionalidad familiar a un 60.4%(n=38), con disfunción leve 12.7%(n=8), disfunción familiar moderada 20.6%(n=13) y disfunción familiar severa 6.3%(n=4); en cuanto a la depresión moderada solo se obtuvieron datos en la disfunción familiar moderada con un 25%(n=4) y un 75% en la disfunción familiar severa (n=12).

**GRAFICA 6**



**GRAFICO 7**



## **TABLAS**

**TABLA 1**

### **FRECUENCIA DE DEPRESION DE LOS ENCUESTADOS**

<b>DEPRESION</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
SIN DEPRESION	417	83.9
DEPRESION LEVE	63	12.7
DEPRESION MODERADA	16	3.4
DEPRESION GRAVE	0	0
TOTAL	496	100

**TABLA 2**

### **FRECUENCIA DE EDAD DE LOS ENCUESTADOS CON ALGUN GRADO DE DEPRESION, POR GRUPOS.**

<b>EDAD</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
16 AÑOS	46	57.9
17 AÑOS	25	31.5
18 AÑOS	4	5.3
19 AÑOS	4	5.3
20 AÑOS	0	0

**TABLA 3**

### **SEXO DE LOS ENCUESTADOS CON ALGUN GRADO DE DEPRESION.**

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
MASCULINO	50	63
FEMENINO	29	36.8
TOTAL	79	100

**TABLA 4****RELIGION DE LOS ENCUESTADOS CON ALGUN GRADO DE DEPRESION.**

<b>RELIGION</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
CATOLICA	37	47.4
CRISTIANA	17	21.1
NINGUNO	25	31.5
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100</b>

**TABLA 5****FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ENCUESTADOS CON ALGUN GRADO DE DEPRESION.**

	SIN DEPRESION	%	DEPRESION					
			LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%
<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>								
BUENA FUNCION FAMILIAR	169	<b>40.5</b>	38	<b>60.4</b>				
DISFUNCION FAMILIAR LEVE	21	<b>5.0</b>	8	<b>12.7</b>				
DISFUNCION FAMILIAR MODERADA	67	<b>16.0</b>	13	<b>20.6</b>	4	<b>25</b>		
DISFUNCION FAMILIAR SEVERA	160	<b>38.5</b>	4	<b>6.3</b>	12	<b>75</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>417</b>	<b>100</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## **DISCUSION**

La frecuencia de depresión encontrada en el estudio de 16% se correlaciona con diversos autores donde encuentran una frecuencia del 29.8% (26,27) a diferencia de lo reportado por Young (28), Zavala y cols. (29,30), Vettore y cols. (31) con un 92% donde también se emplean encuestas de auto aplicación.

En relación al grado de depresión encontramos que nuestros resultados no son de riesgo. Estadísticamente encontramos que el 89.5% no se encontraron con depresión. La depresión leve 12.7% y la moderada en un 3.4% a diferencia de lo reportado por E. Márquez Cardoso Y Cols. En adolescentes de 15 a 18 años se encontró una prevalencia a lo largo de la vida de 14 % de depresión mayor y de 11 % de depresión menor y en total de 25 %. Estos resultados muestran una frecuencia mucho más baja que la comunicada en la bibliografía, resultados que probablemente se vinculan con otros factores. (31) La depresión en adolescentes es poco estudiada, por lo cual discutiremos algunos factores asociados a la depresión en adolescentes como es la edad, el sexo, ocupación, religión.

En el artículo “depresión en adolescentes y funcionamiento familiar” de Leyva-Jmnez y Cols evaluó estadísticas y el promedio de edad encontrada fue gradual mientras más edad menor porcentaje ocupando la edad de 15 años el 52% y 18 años el 2% al igual que nuestro estudio.

De acuerdo al sexo se observó mayor frecuencia de depresión en el sexo masculino que en el femenino, lo que hace considerar como un factor de riesgo clínicamente importante en la aparición de la depresión en nuestro estado ya que difiere de otros estudios donde el sexo que prevalece es el femenino. (32)

En la bibliografía analizada no se encontraron estudios donde se evalué la religión como un factor en la depresión tal vez porque no es considerada como un factor que influya en la depresión y con los resultados obtenidos no es significativo.

En base al nivel de funcionalidad familiar el 60.4% de los pacientes con depresión manifestaron que integran una familia funcional; resultados similares a los reportados por Zavala y Cols en torno a la opinión de zapata -Gallado y Cols sus resultados fueron similares al de nosotros ya que ellos usaron la encuesta de Zung en los adolescentes encontrando que el 33% de los encuestados fueron diagnosticados con disfunción familiar, clasificándose como moderada en 203 (27.2%) y grave en 44 (5.9%)(26,27,32). Nuestros estudios coinciden parcialmente porque no hubo depresión grave sino leve y moderada con similitud de porcentajes con familia disfuncional moderada y severa.

Nuestro estudio difiere de otras bibliografías como la de Leyva Jmnez y Cols. Los cuales realizaron el estudio con faces III lo que nos muestra gran diferencia entre los resultados en adolescentes de la misma edad ellos nos muestras características diferentes en nuestros adolescentes debido a que este instrumento de evaluación está basado conceptualmente en el modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares; a diferencia del Apgar familiar donde se puede medir el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familiar.

En relación con lo anterior se encontraron marcadas diferencias con el estudio de Zapata-Gallardo (16) que al igual que nuestro estudio utiliza el Apgar familiar y no se encuentran asociación significativa con la depresión la cual fue menor con lo reportado por Montoya-Padilla y Bastón-Beltrán (32) en un grupo de 137 pacientes de 23 años de edad diagnosticados con el mismo instrumento de evaluación, aunque sin asociarlo a la disfunción familiar. También fue menor a la de 28.4% reportada por Cevallos-Rivera y Cols. (33) en un grupo de adolescentes en los que se asoció la depresión con la actividad física y el uso de drogas.

## **CONCLUSION**

El porcentaje encontrado en el estudio nos muestra que es baja la incidencia en adolescentes con depresión tal vez se deba por las condiciones externas que viven al convivir con jóvenes de su edad por la influencia de los compañeros y los cambios que todo joven presenta en este rango de edad.

Estos resultados muestran una frecuencia mucho más baja que la comunicada en la bibliografía, resultados que probablemente se vinculan con múltiples factores. Como son la ubicación, el ambiente, la edad probablemente los adolescentes de la ciudad podrían presentar resultados diferentes lo que sería motivo de estudio para comparar los resultados y ver si realmente influye el estrés y los factores propios de una ciudad.

Podemos concluir que los factores socio demográfico se encuentran relacionados con la depresión ya que las múltiples bibliografías nos muestran igualdad de resultados. En la edad promedio toda la bibliografía concuerda con el rango de edad tal vez se daba que los adolescentes mientras menos edad mayor problemas psicológicos manejan.

Concluimos que la depresión puede estar basada en otros factores los cuales no se han estudiado integralmente pero comparándolo podría ser propuesta para estudios futuros el hacer una valoración integral mostrando la relación con agentes externos que no pueden ser manipulados por el núcleo familiar ya que está demostrado no nada más en este estudio de investigación sino se

encuentra sustentado en otras investigaciones que el núcleo familiar no se relaciona con la depresión del adolescente. No influyen las diferencias culturales ya que los estudios revisados a nivel internacional, en diferentes poblaciones han dado los mismos resultados.

Como conclusión, se puede mencionar que la frecuencia de depresión observada fue menor a la reportada a nivel nacional y no hubo asociación significativa con la disfunción familiar (32).

## **BIBLIOGRAFIA:**

- 1.- Masip Figueras Anna and Amador Campos Juan Antonio., Evaluación multimetodo y multiformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. Tesis Doctoral Universitar de Barcelona. (2006) tesis electrónica en línea. Pp. 4-40.
  
2. - Petersen, A. C., y Hamburg, B. A. Adolescence: A developmental approach to problems and psychopathology. Behavior Therapy, 1986. Pp. 17, 480-499.
  
3. - Hall, G. S. Adolescents. Its psychology and its relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education. Nueva York: Appleton. (1904).
  
- 4.- Freud, S. Duelo y melancolía, XCIII. 1917 Obras completas. Editora Nueva.
  
5. - Hediger, H. Studies of the psychology and behavior of animals in zoos and circuses. 1955. Londres: Butterworth.
  
- 6.- Carretero, M. Teorías de la adolescencia. En M. Carretero, J. Palacios, y A. Marchesi (compilación). Psicología evolutiva. 3. Adolescencia, madurez y senectud. 1998. Madrid: Alianza Editorial. pp.13-35.
  
- 7.- Eichorn, D. H., Mussen, P. H., Clausen, J. A., Haan, N., y Honzik, M. P. Present and Past in Middle Life., 1981. Nueva York: Academic. Pp.411-434.

- 8.- Fierro, A. Desarrollo social y de la personalidad en la adolescencia. Psicología evolutiva. 3. Adolescencia, madurez y senectud. 1998. Madrid: Alianza Editorial. pp.95-138.
- 9.- Buendía, J. Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales. Madrid: Ediciones Pirámide. 1996.
- 10.- Boschetti Fentanes Berta., La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar., Archivos en medicina familiar 2004 vol.6 num3 pp 61-63.
- 11.- Estevez López Estefanía, Gonzalo M. Usitu Ochoa, Herrero Olaizola Juan., El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente., Salud mental 2005 vol.28, No.4 pp 81-83.
12. - World Health Organization. Composite international diagnostic interview (CIDI), version 15, Ginebra, Suiza; 2001.
- 13.- Estadísticas de intento de suicidios y suicidios. Serie boletín de estadísticas continuas, demográficas y sociales. INEGI. 2004:1-15.
- 14.- Leyva-Jiménez Rafael, Hernández-Juárez Ana María, Nava-Jiménez Gabriela López-Gaona Verónica; Depresión en adolescente y funcionamiento familiar; Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2007; 45 (3): 225-232.

15.-Otero Cuesta S., Depresión y suicidio en niños y adolescentes., *Pediatr. Integral* 2004., VIII (8):635-641.

16.- Zapata-Gallardo Javier N., Figueroa-Gutiérrez Marisol, Méndez-Delgado Neidy, Miranda-Lozano Víctor M., Linares-Segovia Benigno., Carrada-Bravo Teodoro., Vela-Otero Yolanda., Rayas-Lundes Ana María., Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia., *Bol Med Hosp Infant Mex* 2007., Vol. 64, pp295-300.

17.- Morla Boloña Ricardo, Saad de Janon Emma, saad Julia, Depresión en adolescentes y reestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador, *Rev.colom.psiquiatr.*2006 vol.35 No2.

18.- Forero Ariza Laura Marcela, Avendaño Duran Mónica cristina., Duarte Cubillos Zuly Janeth., Campo-Arias Adalbeerto., Consistencia interna y análisis de factores de la escala de Apgar para evaluar el funcionamiento familiar en adolescentes. *Rev. Colombiana de psiquiatría* 2006. vol. XXXV. No 1 pp.23-29.

19.- Aycardo Tinajero Monserrat, Moreno Camacho Sotero, De León González Maximiliano., *Depresión Adolescente y familia.*, 2006.

20.- Escribá Quijada R, Mastre Montoya C., Amores Laserna P. Pastor Toledo A. Miralles Marco E., Escobar Rabadán F., Prevalencia de depresión en adolescentes, *actas esp. Psiquitric* 2005: 33(5) pp.298-302.

21.- Janay B Sander., Investigación en adolescencia tópicos y tendencias contemporáneas., Revista latinoamericana de psicología, año 2004.vol .36 numero 003 Fundación universitaria Konrad Lorenz Bogotá Colombia.

22.- Horacio Paniagua Repetto, Salvador García Calatayud; Signos de alerta de trastornos alimentarios, de depresión del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes Rev. Esp. Salud Publica 2003,77; pp.411-422.

23.- Fernández Castillo Antonio, Gutiérrez Rojas María Esperanza: Atención selectiva, ansiedad, sintomatología depresiva y rendimiento académico en adolescentes, Electrónica Journal of research in educational psychology.issn.1696-2095.No 17, vol (1) 2009 pp 49-76.

24.- Díaz-Franco Edgar Cuauhtémoc, Rodríguez-Pérez María Lilián, Mota-González Cecilia, Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas, Perinatol Reprod Hum 2006; 20: 80-90.

25.- Asunción LM, Navarro C, Navarrete L, Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión, en servicios de salud para población abierta. Salud Mental, 2003; 26 (3): 26-36.

26.- Zavala-rodriguez Ma. Del refugio, Rios-Guerra maria del carmen, Garcia-madrid guillermina, rodriguez-hernandez claudia patricia; Funcionalidad familiar

y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica; Aquichan, 2009. Vol. 9, no.3.

27.- Young L, Todd K., Simuncak S. Validation of the diagnosis of anxiety in adults with major depression. [en línea]. Disponible en: [http://www.findarticles.com/p/articles/mi\\_qa4065/is\\_200207/ai\\_n9110748](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa4065/is_200207/ai_n9110748) [Fecha de consulta 10 de octubre de 2005].

28.- Zavala MR, Vázquez O, Whetsell M. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Aquichan 2006; 6 (1): 8-21.

29.- Zavala MR, Whetsell M. La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica. Revista Aquichan 2007; 7 (2): 174-188.

30.- Vettore MV, Lea AT, Montero AM, Quintanilla RS., Lamarca GA. Relationship of stress and anxiety with chronic periodontitis. Blackwell Munksgaard, 2003; 30:394-402.

31.- E. Márquez Cardoso, S. Soriano Soto, A. García Hernández, and M.P. Falcón García Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores asociados; Atención primaria; 2005 vol.36 Issue 6 pág.: 345-346.

32.- Montoya Padilla HA, Bastón Beltrán GM., Correlación entre maltrato infantil y abuso sexual con el desarrollo de depresión e ideación suicida en

jóvenes:Interpsiquis; 2003., p:537 disponible en:  
<http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornobipolar/9589/>.

33.- Ceballos Rivera JJ, Ochoa Muñoz J., Cortés-Pérez E. Depresión en la adolescencia. Su relación con la actividad deportiva y consumo de drogas. Rev Med IMSS. 2000; 38: 371-9.

# **ANEXOS**



# CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR



FECHA: \_\_\_\_\_  
PUNTAJE: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ RELIGION: \_\_\_\_\_  
ACTIVIDAD LABORAL: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Favor de llenar con lápiz o lapicero la encuesta que a continuación se enlista, respondiendo lo mas sinceramente posible, en caso de no querer contestar la respuesta de alguna pregunta dejar el espacio en blanco. Marque con una x la opción que sea la correcta para usted.

	Siempre (4)	Casi siempre (3)	Algunas veces (2)	Casi nunca (1)	Nunca (0)
<b>Función</b>					
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, y otros.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia; a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.					
Estoy satisfecha con el soporte que recibo de mis amigos(as)					
¿Tiene usted algún(a) amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PUNTUACION: Buena función familiar 18 a 20 Puntos, Disfunción Familiar leve 14 a 17 Punto., Disfunción moderada 10 a 13 Punto., Disfunción familiar severa 9 a menos Puntos.

**TEST DE WILLIAM ZUNG** PARA CONOCER LA FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADOLESCENTES DE LOS ALUMNOS DEL PLANTEL No 12 DE FRONTERA TABASCO PARA EL PROTOCOLO DE INVESTIGACION.

FECHA: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

Instrucción: Responde lo mas sinceramente posible la encuesta, en caso de no querer contestar la respuesta de alguna pregunta dejar el espacio en blanco. Marque con una x la opción que sea la correcta para usted.

Cuestionario de ZUNG para  Depresión	Tiempo				Total
	Muy pocos veces	Algunas veces	Muchas veces	La mayor parte de las veces	
1.- Me siento descorazonado, melancólico y triste.					
2.- Me siento mejor en las mañana.					
3.-Tengo crisis de llanto o deseos de llorar.					
4.-Tengo problemas para dormir en la noche.					
5.- Como la cantidad usual					
6.- Disfruto ver, conversar y estar con mujeres/hombres.					
7.- Noto que estoy perdiendo peso.					
8.-Tengo problemas de constipación (estreñimiento)					
9.- Mi latido cardiaco es mas rápido que lo usual					
10.- Me siento cansado sin razón.					
11.- Mi mente están clara como de costumbre.					
12.- Desarrollo mis actividades con facilidad.					
13.- Estoy inquieto y no logro sosegarme.					
14.- Me siento optimista a cerca del futuro.					
15.- Estoy más irritable de lo usual.					
16.- Es fácil para mi tomar decisiones.					
17.-Pienso que soy útil y necesario.					
18.- M vida es bastante completa.					
19.- Pienso que los demás estarían mejor si yo muero.					
20.- Aun disfruto las mismas cosas.					
<b>Total</b>					

PUNTUACION: sin depresión (menos de 50 puntos), depresión leve (de 51 a 59 puntos), depresión moderada (de 60 a 69 puntos) y depresión grave (más de 70 puntos).

<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA</b>	
<b>Lugar y Fecha</b>	FRONTERA, TABASCO A ENERO DEL 2010
<b>Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:</b>	
FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADOLESCENTES Y SU IMPACTO EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS ALUMNOS DEL PLANTEL No 12 DE FRONTERA TABASCO.	
<b>Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:</b>	
<b>El objetivo del estudio es:</b>	
Determinar la frecuencia de depresión en el adolescente y su impacto en la funcionalidad familiar de los alumnos del plantel 12., Frontera, Tabasco en el periodo Enero-Julio del 2010.	
<b>Se me ha explicado que mi participación consistirá en:</b> contestar un cuestionario, y si lo deseo puedo concluirlo en el momento que lo desee, aun sin haberlo terminado, si así es mi voluntad.	
<b>Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:</b>	
1.-Conocer mi estado de Salud	
2.- De encontrarme algún factor de riesgo se me orientará al respecto con la finalidad de mi bienestar físico, psicológico y social	
El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.	
Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.	
El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.	
_____	<u>TILO CARDENAS DAMASCO 10113088</u> _____
<b>Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal</b>	<b>Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.</b>
Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:	
Cel: 9931 23 44 83	

Testigos

Testigos

---

**NOMBRE Y FIRMA**

---

**NOMBRE Y FIRMA**

**Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.**

**Clave: 2810 – 009 – 014**

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	2008	2009				2010
	MAR-DIC.	ENE-MAR	ABR-JUN	JUL-SEP	OCT-DIC	ENE-JUN
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO						
REVISIÓN Y ACEPTACIÓN DEL PROTOCOLO POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN.						
ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN						
SELECCIÓN DE LA MUESTRA						
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN						
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS						
ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL.						



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

COMITE LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 2701

FECHA 07/02/2010

Estimado Ivone Brown Gómez

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle que, el protocolo de investigación en salud presentado por usted, cuyo título es:

**FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADOLESCENTES Y SU IMPACTO EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS ALUMNOS DEL PLANTEL No. 23 DE FRONTERA TABASCO**

fue sometido a consideración del Comité Local de Investigación en Salud, quien de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores consideraron que cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética médica y de investigación vigentes, por lo que el dictamen emitido fue de: **AUTORIZADO**.

Habiéndose asignado el siguiente número de registro institucional:

No. de Registro
R-2010-2701-4

Atentamente

**Dr(a). Alejandro Arteaga Arguillas**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud Núm 2701

IMSS

SALUD PARA TODOS LOS MEXICANOS