

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



TIPOLOGÍA Y COMUNICACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES DE 9 A 16 AÑOS
CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN, QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE
PSIQUIATRÍA EN EL H.G.R. 220 CON MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS, DE
OCTUBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 220
GRAL. JOSÉ VICENTE VILLADA

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
M.C. IRIS DOLORES LÓPEZ GUERRERO

DIRECTOR DE TESIS
E.M.F. JUANA BECERRIL ESTEBAN

REVISORES DE TESIS
DRA. EN H. MARIA LUISA PIMENTEL RAMIREZ
E.M.F. MÓNICA LÓPEZ GARCÍA
M. EN I.C. LUIS REY GARCÍA CORTES

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

2014

Tipología y comunicación familiar en pacientes de 9 a 16 años con diagnóstico de depresión, que acuden a la consulta de psiquiatría en el H.G.R. 220 con Medicina Familiar del IMSS, de octubre del 2012 a febrero del 2013

ÍNDICE

	Pág.
I. MARCO TEÓRICO.	1
I. 1 Concepto de Familia.	1
I. 2 Tipología Familiar.	1
I. 3 Comunicación Familiar.	5
I. 4 Depresión.	8
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	12
II. 1 Argumentación.	12
II. 2 Pregunta de Investigación.	13
III. JUSTIFICACIÓN.	14
III. 1 Académica.	14
III. 2 Familiar.	14
III. 3 Social.	14
III. 4 Económica.	14
IV. HIPÓTESIS.	16
IV. 1 Elementos de la hipótesis.	16
IV. 1.1 Unidades de Observación.	16
IV. 1.2 Variables.	16
IV. 1.2.1 Dependientes.	16
IV. 1.2.2 Independientes.	16
IV. 1.3 Elementos lógicos de relación.	16
V. OBJETIVOS.	17
V. 1 General.	17
V. 2 Específicos.	17
VI. MÉTODO.	18
VI. 1 Tipo de estudio.	18
VI. 2 Diseño del estudio.	18
VI. 3 Operacionalización de variables.	18
VI. 4 Universo de Trabajo y Muestra.	20
VI. 4.1 Criterios de inclusión.	20
VI. 4.2 Criterios de exclusión.	20
VI. 4.3 Criterios de eliminación.	20
VI.5. Instrumento de Investigación.	21
VI. 5.1 Descripción.	21
VI. 5.2 Validación.	21
VI. 5.3 Aplicación.	21
VI. 6 Desarrollo del proyecto.	23
VI. 7 Límite de tiempo y espacio.	23
VI. 8 Diseño de Análisis.	23
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.	23
VIII. RESULTADOS.	24
IX. CUADROS Y GRAFICAS.	25
X. DISCUSIÓN.	35
XI. CONCLUSIONES.	36
XII. SUGERENCIAS.	37

XIII. BIBLIOGRAFÍA.
XIV. ANEXOS.

39
41

I. MARCO TEÓRICO

I.1 Concepto de Familia

La familia es el núcleo fundamental de toda sociedad, el referente social para cada uno de sus miembros.

Según la OMS la familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio." ⁽¹⁾

De acuerdo al Consenso Mexicano de Medicina Familiar: La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. La familia es el núcleo fundamental de toda sociedad, el referente social para cada uno de sus miembros. ⁽²⁾

Clásicamente, la familia se ha definido como la célula de la sociedad. En este sentido, la familia es la expresión más simple de una comunidad humana. Su concepción ha evolucionado históricamente conforme a los cambios sociales y culturales de los distintos momentos y épocas, superando organizaciones primarias como la de promiscuidad biológica (familia consanguínea), pasando por la organización matriarcal (en la era prehistórica cuando la mujer cumplía la doble función de creadora y alimentadora) y transformándose en patriarcal, modalidad dominante desde la época de las grandes migraciones. En la actualidad se cuestiona si su definición se restringe al grupo de sujetos emparentados entre sí por nexos de consanguinidad, adopción o matrimonio que viven en un espacio físico común, debido al proceso de transformación que este grupo humano ha tenido en las últimas décadas y que determina distintas formas de organización familiar, incluso entre sujetos sin nexos biológicos.

La noción de familia involucra una multiplicidad de formas de organización, funciones y relaciones que varían según el ciclo vital de sus miembros, la ubicación del grupo dentro de los sectores de clase social, la situación económica, el momento histórico y las condiciones de migración. Pese a las variaciones, como institución, su existencia presume la suplencia de necesidades humanas universales de carácter biológico (la sexualidad, la reproducción y la subsistencia cotidiana) y necesidades psicológicas (afecto, cuidado, apoyo o reconocimiento, por ejemplo). También permite la organización del espacio y la infraestructura doméstica, la socialización, el control normativo, además de ser punto de referencia para la adquisición de la identidad individual y colectiva y para la organización económica básica.

I.2 Tipología familiar

Existen diversas clasificaciones de tipología familiar de acuerdo a varios autores.

De acuerdo a Anzures:

Desde el punto de vista de su desarrollo social, la familia puede clasificarse en:

- Familia Moderna: la madre trabaja fuera del hogar, lo cual modifica roles de los cónyuges
- Familia Tradicional: el padre es proveedor económico, excepcionalmente colabora con la madre o uno de los hijos y se conservan los roles como tradicionalmente se han dado
- Familia Primitiva o Arcaica: familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que trabajan

Desde el punto de vista demográfico puede clasificarse de acuerdo con su ubicación geográfica residencial en:

- Rural
- Urbana
- Suburbana

De acuerdo con la integración familiar se clasifica en:

- Familia Integrada: los cónyuges viven juntos y cumplen con sus funciones
- Familia semi-integrada: Los cónyuges viven juntos, pero no cumplen de manera satisfactoria con sus funciones
- Familia desintegrada: la característica esencial es la ausencia de uno de los cónyuges, sea por muerte, divorcio, separación, abandono o la desintegración familiar por causas internas o externas.

De acuerdo a la estructura familiar, las principales estructuras familiares que hoy conviven en la sociedad y que responden a diferentes formas de adaptarse a las restricciones sociales, que comparten riesgos para la salud y la enfermedad, podrían resumirse de la siguiente manera:

- Familia nuclear con hijos: padre, madre e hijos viven juntos en una unidad familiar puede trabajar solamente el marido, la mujer, ambos, tener trabajos eventuales o estar desempleados.
- Familia nuclear sin hijos: conformada solo por la pareja (viven juntos, no tienen hijos o ya no conviven con ellos).
- Familia seminuclear: (monoparental o uniparental) (divorcio, abandono o separación acordada) con hijos en edad escolar o preescolar. El progenitor trabaja o lo mantiene la pareja ausente
- Matrimonio mayor, padre proveedor, hijos universitarios o casados, o que ya trabajan.
- Familias reconstituidas: luego de que uno o los dos cónyuges han tenido matrimonios anteriores. Pueden tener consigo a los hijos anteriores, a los hijos que nacen de la nueva relación.
- Familia extensa: Formada por familias nucleares y parientes que viven cerca e interactúan en un sistema recíproco de intercambio de bienes y servicios. Parientes que se hacen cargo en manera más o menos permanente de nietos, sobrinos. Familias de tres generaciones (diferentes posibilidades de cohabitación en una sola unidad familiar.

En la sociedad actual se forman pequeños núcleos (parejas con o sin hijos e hijas) que deciden convivir fuera del entorno de la familia extensa (padres, madres, cuñados, abuelas...) y que, de la misma manera, marcan una diferenciación en los roles educativos, sociales, emocionales, etc., con relación a su nueva etapa de convivencia.

- Familia compuesta: Grupos de personas, familiares y no, que viven bajo el mismo techo. Personas que viven solas o allegadas, pero sin lazos consanguíneos.⁽³⁾

Se observa en diversos artículos que entre los cambios observados desde 1990, destacan los aumentos de las familias nucleares sin hijos⁽⁴⁾.

De la misma forma de acuerdo a las estadísticas, se menciona que el 11.3% de las familias en Latino América son compuestas⁽⁵⁾

La familia se constituye en un umbral que marca un escenario donde se hacen visibles los cambios y las transformaciones de la sociedad y sus integrantes. Construir una lectura política de la familia como ámbito de tensiones y también de ejercicio de prácticas democráticas desde el reconocimiento, el respeto, la protección y la defensa de su diversidad en su organización interna y en el lugar que tiene en la sociedad, es un punto de giro hacia otra manera de habitar el mundo social y familiar.⁽⁶⁾

De acuerdo al Consenso Mexicano de Medicina Familiar 2005:

Estructura Familiar es el conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden, integran al grupo familiar.

Con el propósito de facilitar la clasificación se identificaron cinco ejes fundamentales:

- Parentesco
- Presencia física en el hogar o convivencia
- Medios de subsistencia
- Nivel económico
- Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales

Clasificación de las familias con base en el parentesco:

El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta. La trascendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso salud-enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco.

Clasificación de las familias con base en la presencia física y convivencia:

La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la medicina familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles. La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias.

Clasificación de las familias con base en sus medios de subsistencia:

La inserción de las familias en los procesos productivos puede propiciar una clasificación basada en los medios que son origen esencial de su subsistencia. De esta manera, se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas:

- Agrícolas y pecuarias
- Industrial
- Comercial
- Servicios

Las diversas posibilidades de origen de los recursos que permiten la subsistencia de las familias, combinaciones de las cuatro fuentes mencionadas. Se asignará la clasificación correspondiente al origen de los recursos de subsistencia aportada por el jefe de la familia.

Con parentesco - Características

- Nuclear: Hombre y mujer sin hijos
- Nuclear simple: Padre y madre con 1 a 3 hijos
- Nuclear numerosa: Padre y madre con 4 hijos o más
- Reconstruida (binuclear): Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
- Monoparental: Padre o madre con hijos
- Monoparental extendida: Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
- Monoparental extendida compuesta: Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
- Extensa :Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
- Extensa compuesta: Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
- No parental: Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera)

Sin parentesco - Características

- Monoparental extendida sin parentesco: Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco
- Grupos similares a familias: Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera

Presencia física en el hogar Características

- Núcleo integrado: Presencia de ambos padres en el hogar
- Núcleo no integrado: No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar
- Extensa ascendente: Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres
- Extensa descendente: Padres que viven en la casa de alguno de los hijos

- Extensa colateral: Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etcétera).⁽⁷⁾

De acuerdo a la clasificación de González la tipología familiar según su estructura se ordena en:

- Familia nuclear. Padre, madre e hijos
- Familia nuclear extensa. Familia nuclear más otros familiares.
- Familia monoparental. Formada por un solo padre y los hijos
- Familia mixta o reconstituida. Formada por una persona viuda o divorciada con o sin hijos que se casa de nuevo con una persona que también puede haber estado casada o no, con o sin hijos.
- Familia binuclear. Dividida en dos por el divorcio o separación de los cónyuges, ambos aportan hijos de los anteriores matrimonios a la nueva familia.
- Familia de hecho. Formada por dos personas del sexo opuesto que viven juntas, con o sin hijos, comparten la expresión y el compromiso sexual, sin que hayan formalizado legalmente el matrimonio.
- Familia homosexual. Formado por dos adultos del mismo sexo que viven juntos con o sin hijos adoptivos y que comparten la expresión y el compromiso sexual.⁽⁸⁾

I.3 COMUNICACIÓN FAMILIAR

La comunicación es una coordinación de relaciones sociales constituidas lingüísticamente.

Comunicación y familia están determinados por diversos atributos: la diada o triada familiar, el contexto (momento evolutivo, estructura y dinámica de la diada o triada familiar), experiencia vivida mitos, legados, funciones familiares), significancia y significado, el juego lingüístico, las relaciones.⁽⁹⁾

Tradicionalmente se ha considerado a la comunicación como un proceso simbólico y transaccional, es decir, un trayecto en donde la conducta verbal y la no verbal funcionan como símbolos creados, los cuales permiten compartir significados, interactuar, al mismo tiempo profundizar en el conocimiento propio y de otras personas. La comunicación representa el medio idóneo para que una persona exprese apertura y obtenga a la vez retroalimentación acerca de sí misma, apoyo, aceptación y confirmación de que es un individuo digno para establecer una relación íntima exitosa. Este mecanismo, actúa como una entidad facilitadora en la emisión de ciertos comportamientos dirigidos a organizar la relación (toma de decisiones, manejo de conflicto).

Al buscar identificar no un patrón, sino su diversidad en la dinámica de la comunicación de familias o parejas, los estudiosos del área empezaron a proponer tipologías que ilustran la gama de posibles maneras de intercambiar información con otra persona.⁽¹⁰⁾

Dentro del núcleo familiar se producen una serie de procesos de interacción que provocan determinados efectos en los miembros que lo componen. Desde la

terapia familiar (Minuchin, 1997) se enfatiza la importancia de mantener una estructura estable y adecuada para permitir el desarrollo personal óptimo de cada miembro. ⁽¹¹⁾

La comunicación requiere de un cuidado especial, exige de cada uno su olvido personal para salir al paso de la otra persona, de sus intereses y necesidades. Tiene especial sentido cuando se trata de una familia porque es en ella donde se forma la futura sociedad. ⁽¹²⁾

En una familia, la comunicación incapaz de conducir a la realidad o a niveles sencillos y directos de expresión; no puede en forma alguna estimular la confianza y el afecto básicos para el crecimiento familiar ⁽¹³⁾

La vida familiar debe estudiarse desde los siguientes aspectos:

- 1.- Los sentimientos e ideas que uno tiene sobre sí mismo: la autoestima.
- 2.- Las formas desarrolladas por la gente para expresar lo que quieren decirse uno al otro: la comunicación.
- 3.- Las normas utilizadas por las personas para actuar y sentir que llegan a constituir: el enlace con la sociedad. ⁽¹⁴⁾

Para que una persona exprese apertura y obtenga a la vez retroalimentación acerca de sí misma, apoyo, aceptación y confirmación de que es un individuo digno para establecer una relación íntima exitosa, debe tener equilibrio en su ámbito familiar. ⁽¹⁵⁾ Este mecanismo, actúa como una entidad facilitadora en la emisión de ciertos comportamientos dirigidos a organizar la relación (toma de decisiones, manejo de conflicto). ⁽¹⁶⁾

En este sentido, está ampliamente contrastado que la calidad de las relaciones familiares es crucial para determinar la competencia y confianza con la que el niño y el adolescente afrontan el periodo de transición de la infancia a la edad adulta. ⁽¹⁷⁾

Es bien conocido que la familia puede ser fuente de bienestar, satisfacción y aprendizaje para todos sus integrantes, pero por otro, también puede constituir un factor de riesgo que predisponga al desarrollo de problemas de desajuste en sus miembros. En distintas investigaciones se ha constatado que un ambiente familiar positivo, caracterizado por la comunicación abierta y por la presencia de afecto y apoyo entre padres e hijos es uno de lo más importantes garantes de bienestar psicosocial en la adolescencia (Musitu y García, 2004), mientras que un ambiente familiar negativo con frecuentes conflictos y tensiones, dificulta el buen desarrollo de los hijos y aumenta la probabilidad de que surjan problemas de disciplina y conducta. ⁽¹⁸⁾

Existen varios métodos para indagar acerca de la comunicación entre los miembros de la familia, uno de los cuales es la Escala de Comunicación Padres-Adolescente (PACS) de Barnes y Olson. Esta escala está compuesta por 20 reactivos e informa sobre el tipo de comunicación existente entre el adolescente y el padre y la madre por separado. Las respuestas van de 1 (nunca) a 5 (siempre). En esta escala se determinan 3 tipos de comunicación:

- Comunicación familiar Abierta (ej. "Mi madre/padre intenta comprender mi punto de vista)

- Comunicación familiar ofensiva (ej. “Mi madre/padre intenta ofenderme cuando se enfada conmigo”).
- Comunicación familiar evitativa (ej. “No me atrevo a pedirle lo que deseo o quiero”).⁽¹⁹⁾

Asimismo se debe tomar en cuenta que en el contexto general existen diferentes tipos de comunicación, como lo son:

- Comunicación verbal : comunicación efectuada mediante las palabras, ya sean escritas o habladas
- Comunicación no verbal: la comunicación que se efectúa con los gestos, el tono de voz, la postura, etc., se le llama también analógica.

Se menciona de igual forma que existen 3 estilos de comunicación:

Agresivo: la persona que se comunica con este estilo generalmente no tiene en cuenta la opinión del interlocutor, o, si la tiene, parece que quiere imponer sus deseos sin respetar los derechos de los demás.

Pasivo: la persona que se comunica, acepta todo lo que el interlocutor le dice sin hacer respetar sus propias opiniones, sus propios derechos.

Asertivo: una persona utiliza un lenguaje asertivo cuando se expresa de forma que respeta tanto los derechos ajenos como los propios.

Respecto a lo anterior puede comentarse que cada familia tiene un modo diferente de comunicarse; es lógico que al adolescente le influyan las costumbres, y los hábitos que hay en ella. Según los interlocutores hay 3 niveles de comunicación diferentes: de la familia con el exterior, de los padres entre ellos, y de los padres con los hijos.⁽²⁰⁾

La comunicación es considerada como un elemento modificable, en función de la posición de los matrimonios y familias a lo largo de las otras dimensiones. Esto quiere decir que modificando los estilos y estrategias de comunicación de un matrimonio o de una familia, muy probablemente podemos modificar el tipo de cohesión y adaptabilidad al que pertenecen. Las habilidades positivas de comunicación por ejemplo la empatía, los comentarios de apoyo, la escucha atenta, etc. Facilitan a los matrimonios y a las familias la puesta en común (comunicar) entre ellos de los cambios en sus necesidades y preferencias, respecto de sus modos de funcionar como cónyuges y como familia. Por el contrario las habilidades negativas, minimizan la habilidad de la pareja y de la familia para poner en común y compartir sus sentimientos.⁽²¹⁾

La comunicación, por tanto, no es solo una forma (instrumento) de llevar una información dada de un sitio al otro, de un emisor a un receptor pasivo, a lo sumo persuadido, según el esquema clásico, sino un tipo de práctica que genera contenidos propicios para fomentar la salud, una experiencia que produce subjetividad. El complejo de cualidades culturales, donde emergen con fuerza las relaciones de género y el rol de las mujeres en el cuidado familiar y colectivo en

general, así como los valores de tipo étnico, religioso y de corte generacional, no son elementos ajenos a la salud, sino constituyentes de la misma. ⁽²²⁾

I.4 DEPRESIÓN

Por depresión entendemos un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos – esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida-, aunque, en mayor o menor grado, siempre están presentes también síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

La Depresión infantil es un desorden caracterizado por una alteración en el estado de ánimo, acompañada de cambios en el comportamiento a nivel escolar, familiar y social. El estado depresivo persiste e interfiere con las capacidades y acciones de la persona, esta alteración se presenta de diversas formas con grados y duración variable.

Dentro de la etiología de la depresión se menciona:

- Factores Biogénéticos.
 - A) Factores biológicos en los que se incluyen la disfunción del sistema neuroendocrino, por una disminución de la actividad de serotonina y
 - B) Por efecto de la herencia
- Factores Psicosociales.

Relación entre los sucesos estresantes de la vida y la depresión clínica. ⁽²³⁾

Durante mucho tiempo se consideraba que la depresión en niños no existía y que era propia de la edad adulta; sin embargo, en los últimos 30 años, se empezó a reconocer a la depresión como un padecimiento que también afecta a niños y adolescentes, por lo cual, ha adquirido gran importancia dentro del ambiente científico, y ha comenzado a atraer la atención del público en general.

Los desórdenes depresivos durante la juventud ocurren con frecuencia pudiendo ser crónicos y recurrentes, la cual puede continuar en la edad adulta. En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés) a niños y adolescentes de 6 a 17 años, se encontró, que más del 6 % de ellos, habían padecido algún trastorno depresivo en los últimos 6 meses. Asimismo, otros estudios afirman que arriba del 15 % de los niños y adolescentes poseen algún síntoma o síntomas de un trastorno depresivo mayor, y que el 3 % de los adolescentes presenta distimia (depresión leve). Antes de la pubertad tanto niños como niñas tienen la misma probabilidad de presentar distimia. Sin embargo, después de los 14 años, el trastorno depresivo es dos veces más común en las niñas, esto debido quizás a los cambios hormonales que se presentan durante este periodo. La depresión en los jóvenes, con frecuencia se presenta con

otros trastornos, por lo general ansiedad o abuso de sustancias tóxicas. Hace casi una década diversos estudios resaltaron la importancia de los trastornos mentales como un problema prioritario de salud pública mundial.

La sintomatología de depresión en población joven (niños, adolescentes) tiene características propias, por ejemplo, en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. La depresión afecta el crecimiento y desarrollo del individuo, provocando bajo rendimiento escolar, aislamiento social, baja autoestima, desesperanza, tristeza frecuente, dificultad para concentrarse, desórdenes alimenticios y en los ciclos de sueño. En los adolescentes, el trastorno depresivo mayor es la principal causa del comportamiento suicida. El mayor problema de estos trastornos es que más del 70 % de los niños y adolescentes no reciben un diagnóstico ni tratamiento adecuado, debido a que esta puede generar consecuencias posteriores en la salud emocional de los individuos.⁽²⁴⁾

Debido a que México es un país de población joven, con una edad media de 22 años y que 34 % de la población es menor a 15 años, según el censo del año 2000, el estudio de la depresión que se inicia en la infancia o adolescencia es en particular relevante.⁽²⁵⁾

Para determinar la sintomatología y el diagnóstico de estados depresivos, se encuentra la clasificación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV), la cual menciona a la depresión como:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

- 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 (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), 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.

Clasificación:

Depresión leve: pocos síntomas o ninguno, aparte de los requeridos para arribar al diagnóstico, y los síntomas provocan solo deterioro menor del desempeño laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás

Depresión moderada: síntomas o deterioro funcional entre leve y grave

Episodio depresivo mayor (depresión Severa): varios síntomas aparte de los requeridos para arribar al diagnóstico y que interfieren notoriamente con el desempeño laboral, o las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás. ⁽²⁶⁾

Para determinar el tratamiento de los pacientes con depresión en niños y adolescentes, la valoración inicia con una entrevista a los padres o tutores, prosigue más tarde con una intervención individual o grupal con el niño. En la entrevista los padres proporcionan los datos e historia clínica del niño, antecedentes familiares y sus síntomas actuales, completándola con la aplicación de pruebas psicológicas que se estimen necesarias. Los resultados nos permiten establecer el tratamiento adecuado y brindar orientación a los padres proponiendo vías de actuación.

El tratamiento de la depresión infantil debe ser individualizado, adaptada a cada caso en particular y a la fase de desarrollo que se encuentra el niño, tomando en cuenta su funcionamiento cognitivo, su maduración social y su capacidad de mantener la atención. Se debe de involucrar de una manera activa a los padres y realizar intervenciones hacia el entorno del niño (familiar, social y escolar). El tratamiento se puede llevar a cabo desde diferentes perspectivas:

1. Terapias psicológicas: entre las cuales se encuentran:
 - a) Terapia Cognitiva
 - b) Psicoterapia Psicodinámica
 - c) Terapia Familiar
2. Tratamiento Farmacológico. El uso de fármacos debe de estar prescrito y controlado por un médico Psiquiatra. Entre los antidepresivos más utilizados encontramos los Tricíclicos: imipramina, amitriptilina, e Inhibidores Selectivos de Recaptura de la Serotonina (ISRS).

3. Tratamiento Combinado: Este tipo de tratamiento consiste en la combinación de terapias farmacológicas, varios tipos de psicoterapia (individual, familiar, grupo), y diferentes programas conductuales y psicopedagógicos.

El objetivo del tratamiento es la mejora del estado afectivo, del funcionamiento socio-laboral a largo plazo, y de la calidad de vida global del paciente, disminuir la morbilidad y mortalidad, prevenir las recaídas de la depresión y minimizar en lo posible efectos adversos al tratamiento ⁽²⁷⁾

En lo concerniente a la psicoterapia las vías a través de las cuales puede actuar son variadas, emoción, razonamiento, sugestión, imitación, diseño y refuerzo conductual, desensibilización, toma de conciencia, condicionamiento, inspiración, reentrenamiento de la función de relación, programación neurolingüística y otras. Cada técnica suele usar una combinación de ellas, utilizando recursos diversos. ⁽²⁸⁾

La terapia familiar tiene como rasgo la visión de los problemas y la actividad humana como inter-personal, dejando de lado la explicación intra-personal. De esta manera el paciente, es visto como parte de un sistema complejo y su síntoma es explicado en función de la dinámica del sistema, no de lo que ocurre en su intra psique, así el paciente es identificado por el sistema como tal.

La noción de patrón interaccional sugiere que las acciones de un miembro influyen en la de los demás, y estas a su vez en el primero formando una pauta recurrente, esta idea parte de la concepción de la familia como sistema que se retroalimenta de sus propias acciones, cada acción es a la vez input y output para nuevas acciones en un proceso recurrente, sin fin, que permite a la vez mantener un cierto estado de equilibrio en el sistema, el cual es objetivo de la terapia familiar. ⁽²⁹⁾

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 ARGUMENTACIÓN

La depresión es un desorden caracterizado por una alteración en el estado de ánimo, acompañada de cambios en el comportamiento a nivel escolar, familiar y social que se asocia a diversos factores precipitantes como los genéticos y psicosociales.

Un factor importante es la familia encargada de mantener satisfactoriamente el equilibrio de sus miembros en los niveles sociales, biológicos y psicológicos, por lo que los padres deben prestar especial atención a la construcción de una adecuada autoestima y auto eficacia en los hijos, así como incentivar en ellos la capacidad de afrontamiento y el manejo de adecuado de la frustración y fomentar una comunicación adecuada.

En México se ha observado que al igual que los adultos, un porcentaje significativo de la población infantil y adolescente se encuentra afectada por uno o más problemas de salud mental que requieren algún tipo de ayuda especializada, uno de ellos es la depresión, por tal motivo es importante el estudio del entorno familiar para determinar si existen condiciones predominantes que influyan tanto en la génesis del padecimiento como en el tratamiento del mismo.

En el H. G. R 220 del IMSS, se ha incrementado con el paso del tiempo la atención de trastornos depresivos en adolescentes, lo cual implica que se deben realizar estudios para determinar las causas predominantes por las cuales este tipo de padecimientos van en aumento y tomar acciones encaminadas a la prevención de los mismos, tomando en cuenta que el ámbito principal donde se desenvuelven los niños y adolescentes como el ambiente familiar, puede influir en la génesis de un estado depresivo, por lo que es relevante el indagar acerca de la calidad de la comunicación así como acerca de su estructura familiar, como parte del quehacer del médico de familia.

En este contexto, es de particular interés para la investigación psico-social, conocer cómo funciona el proceso de comunicación, y con ello lograr identificar los patrones o redundancias que a través del tiempo y del espacio se mantienen en el grupo de pacientes que presentan trastornos depresivos, y poder orientarlos acerca de cómo mejorar ese estilo de comunicación para crear lazos familiares y redes de apoyo más sólidos y con ello mejorar el pronóstico y tratamiento.

Es en este aspecto en el que podemos estudiar los diferentes tipos de familia y sus estilos de comunicación para proponer medidas que contribuyan al mejoramiento de las condiciones generales de los pacientes. Es por ello que se genera la siguiente pregunta de investigación.

II.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cual es la Tipología y Comunicación Familiar en pacientes de 9 a 16 años con Diagnóstico de Depresión, que acuden a la consulta de psiquiatría en el H.G.R. 220 con Medicina Familiar del IMSS, de octubre del 2012 a febrero 2013?

III. JUSTIFICACIÓN

III.1 ACADÉMICA

Como médico de familia es importante aplicar los conocimientos adquiridos durante la formación profesional al identificar la existencia de crisis familiares, la tipología familiar, y el tipo de comunicación que pueda coadyuvar en la génesis, tratamiento o pronóstico de nuestros pacientes. En cuanto al presente estudio de investigación, el detectar estos factores, servirá para conocer el entorno familiar y entender el ambiente en el que se desenvuelven los integrantes; así como, buscar medidas de apoyo para mejoras en el tratamiento integral de los pacientes como parte del actuar del Médico Familiar generando acciones de educación, orientación y un adecuado seguimiento del padecimiento en cada paciente según sus características sociofamiliares.

Como parte del proceso; y en cumplimiento de los requisitos para la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar se elabora el presente trabajo de investigación.

III.2 FAMILIAR

En el Aspecto familiar el presentar una comunicación inadecuada así como una dinámica familiar alterada por afecciones en la estructura familiar dará como consecuencia un desequilibrio en el funcionamiento de todos los subsistemas, teniendo como consecuencia la presencia de patologías como la depresión y de existir la misma, una evolución retardada o poco favorable.

Esto repercutirá en el ambiente social, laboral, escolar y económico de todos los integrantes a corto, mediano y largo plazo de no tener un tratamiento oportuno.

III.3 SOCIAL

La familia esta considerada como una estructura básica de la sociedad y al encontrarse con deficiencias en comunicación, se altera la funcionalidad de la misma, generando un desequilibrio en el entorno psicosocial.

El tener niños y adolescentes con un estado depresivo, generará una sociedad menos productiva, con mayor incidencia en faltas escolares y laborales, y una interacción inadecuada con su entorno educativo y social, pudiendo provocar secuelas para el funcionamiento en la vida adulta como el menor alcance educacional, ocupacional y económico, una mala productividad laboral, el embarazo no deseado, accidentes y relaciones interpersonales disfuncionales. La detección e intervención oportuna contrarrestara estas secuelas

III.4 ECONOMICA

En el aspecto familiar los gastos destinados al tratamiento del padecimiento de los menores se ven incrementados, por lo tanto los ingresos familiares en pro de los gastos del hogar se ven marginados.

Por otra parte los costos de medicamentos para el tratamiento de la depresión, son elevados, generando una gran inversión institucional al adquirirlos, tomando en cuenta de la misma forma que no son tratamientos breves y que además necesitan contar con psicoterapia conjunta por lo que aumenta aun más el costo a nivel institucional, por lo que es importante el enfoque preventivo orientado hacia la detección en primer nivel de factores familiares coadyuvantes del padecimiento y como red de apoyo en el tratamiento.

IV. HIPÓTESIS

La tipología familiar en pacientes de 9 a 16 años con diagnóstico de depresión que acuden a la consulta externa de psiquiatría en el H.G.R. 220 con Medicina Familiar del IMSS son familias seminucleares y tienen una comunicación familiar evitativa.

IV.1 Elementos de la hipótesis

IV.1.1 Unidades de observación

Pacientes de 9 a 16 años con diagnóstico de Depresión que acuden a la consulta externa de psiquiatría en el H.G.R. 220 con unidad de medicina familiar del IMSS

IV.1.2 Variables

IV.1.2.1 Dependientes: Comunicación

IV.1.2.2 Independientes: Tipología Familiar

IV.1.3 Elementos lógicos de relación: Los, de, a, con, que, y, una.

V. OBJETIVOS

V.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la tipología familiar y el tipo de comunicación en pacientes de 9 a 16 años con diagnóstico de depresión que acuden a la consulta externa de psiquiatría en el H.G.R. 220 con Medicina Familiar del IMSS de octubre del 2012 a febrero del 2013

V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer el tipo de familia en base a su estructura en los pacientes de 9 a 16 años de edad con diagnóstico de Depresión
2. Determinar el tipo de comunicación predominante en pacientes de 9 a 16 años de edad con diagnóstico de depresión
3. Conocer el género mas afectado en los pacientes con depresión
4. Identificar la edad mas afectada en pacientes con depresión
5. Definir el grado de depresión mas frecuente.
6. Establecer el tipo de comunicación mas frecuente respecto a la madre
7. Identificar el tipo de comunicación mas frecuente respecto al padre
8. Clasificar la comunicación abierta de acuerdo a la tipología familiar según su estructura.
9. Determinar la comunicación evitativa de acuerdo a la tipología familiar.
10. Conocer la comunicación agresiva de acuerdo a la tipología familiar.

VI. MÉTODO

VI.1 TIPO DE ESTUDIO: Estudio Descriptivo Transversal Observacional

VI.2 DISEÑO DEL ESTUDIO

Previo consentimiento informado, se aplicaron las escalas de comunicación de Barnes y Olson, para determinar el tipo de comunicación, asimismo se realizó una ficha de identificación para conocer las variables demográficas y se evaluó el grado de depresión en base al diagnóstico otorgado previamente en la consulta de psiquiatría

VI.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR	ÍTEM
Tipología Familiar según su estructura	Composición que permite identificar y clasificar a una familia respecto a los miembros que la componen según sus lazos de filiación, parentesco, afinidad y afecto y que cohabitan en un mismo domicilio.	Características que clasifican a la familia de acuerdo a las personas que habitan en un mismo domicilio	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nuclear • Nuclear sin hijos • Seminuclear • Reconstituida • Extensa • Compuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • 2

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR	ÍTEM
Comunicación familiar	La comunicación es una coordinación de relaciones sociales constituidas lingüísticamente entre los miembros de una familia	Proceso de intercambio de información e interacción entre los miembros de una familia	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación abierta • Comunicación ofensiva • Comunicación evitativa 	<ul style="list-style-type: none"> • 1-20

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR	ÍTEM
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Años cumplidos al momento del estudio	Cuantitativa De Intervalo	9-10 años 11-12 años 12-13 años 13-14 años 15-16 años	• 1

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR	ÍTEM
Género	Distingue los aspectos atribuidos a hombres y mujeres desde un punto de vista social	Lo que significa ser hombre o mujer de acuerdo a roles sociales	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	• 1

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR	ÍTEM
Grado de depresión	Síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos	Clasificación del estado depresivo de acuerdo a la sintomatología y el diagnóstico	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión leve • Depresión moderada • Depresión severa 	• 3

VI. 4 UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA

El universo de trabajo comprendió el total de pacientes de entre 9 y 16 años con diagnóstico de Depresión que acudieron a la Consulta externa de psiquiatría en el H.G.R. 220 con unidad de Medicina Familiar del IMSS que cumplieron los criterios de inclusión y se utilizó una muestra no probabilística

VI. 4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron:

1. Pacientes en el rango de edad entre 9 y 16 años que cuentan con diagnóstico de depresión y que acudieron a la consulta externa de psiquiatría en el H.G.R. 220 del IMSS
2. Pacientes que previo consentimiento informado aceptaron participar en el estudio

VI.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes con diagnóstico de depresión y comorbilidad psiquiátrica simultanea

VI.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Pacientes que no completaron los instrumentos

VI.5 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

VI.5.1 DESCRIPCIÓN

Para identificar la tipología familiar se hizo uso de un cuestionario establecido en el PAC de medicina familiar el cual consta de preguntas que de forma rápida y simplificada nos permiten evaluar y agrupar al paciente en un tipo específico de familia y para su clasificación se hará de acuerdo a Anzures en lo correspondiente a la estructura familiar.

En segundo término se utilizó la Escala de Comunicación Familiar (Barnes y Olson, 1982) que se compone de dos partes, la primera evalúa la comunicación entre los hijos y la madre y la segunda evalúa la comunicación con el padre. Cada escala consta de 20 ítems tipo likert en una escala de cinco puntos (1=nunca a 5=siempre) que representan dos grandes dimensiones de la comunicación padres-hijos: la apertura en la comunicación y los problemas en la comunicación.

La escala presenta una estructura de tres factores (para el padre y la madre separadamente):

Comunicación abierta: (ítems 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 16, 17)

Comunicación ofensiva: (ítems 5, 12, 18, 19)

Comunicación evitativa: (ítems 4, 10, 11, 15, 20).

Puntuaciones altas en estos ítems permiten clasificar a cada encuestado en el tipo de comunicación que se encuentra.

VI.5.2 Validación:

Validación de la Tipología Familiar: El cuestionario esta basado y enfocado en la clasificación de la tipología familiar según su estructura y se realizó en base a Anzures.

Validación de la Comunicación Familiar. La escala de Comunicación Familiar de Barnes y Olson es un cuestionario de veinte ítems que informa sobre la comunicación familiar entre padres e hijos adolescentes. El instrumento fue elaborado originalmente por Barnes y Olson en 1982 y traducido y validado al español por Musitu y cols. (2004). En los estudios de Estevez (2005) y de Estevez y cols. (2007), el cuestionario mostró tres factores para la comunicación con el padre y la madre por separado: la comunicación abierta, la comunicación ofensiva y la comunicación evitativa, con índices de confiabilidad alfa de .87, .76 y .75, respectivamente.

VI.5.3 Aplicación

La aplicación de los cuestionarios y clasificación de la tipología familiar se han utilizado ampliamente en nuestro país para realizar estudios de familia.

La Escala de Comunicación de Barnes y Olson ha tenido como aplicación diversos estudios con adolescentes, teniendo como inicio en el año 1982, ha sido aplicado en pacientes con problemas de dependencia a sustancias para valorar la

comunicación familiar en España, fue adaptado para su aplicación en Argentina para la población en Latinoamérica y posteriormente tuvo de igual forma uso en un estudio por parte de investigación en psicología acerca de la población adolescente respecto a toma de decisiones, estilos de comunicación en el conflicto y comunicación familiar en Guadalajara y Colima México.

VI.6 DESARROLLO DEL PROYECTO

El presente estudio se realizó siendo previamente aprobado por el Comité Local de Investigación del IMSS H.G.R 220, Toluca, México, se seleccionaron a aquellos pacientes cuyas características fueron las de los criterios de inclusión. Se informó a los pacientes y a sus padres acerca del objetivo del estudio y se les entregó el formato de consentimiento informado, posteriormente se aplicó la escala comunicación de Barnes y Olson, y se solicitó la información de la ficha de identificación para la obtención de los datos, una vez concluido el proceso, se procedió al análisis de los mismos utilizando programa de cómputo y se realizó el estudio estadístico utilizando medidas de tendencia central y porcentajes.

VI.7 LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO

El presente estudio se realizó durante el periodo comprendido entre Octubre 2012 a Febrero del 2013 en el Hospital General Regional con Medicina Familiar del IMSS, en ambos turnos.

VI.8 DISEÑO DE ANÁLISIS

Una vez obtenida la información se revisó, se clasificó y se realizó una base de datos en el programa de computo Excel 2007, se tabularon los datos, representándose en cuadros y gráficas, se realizó el análisis de los mismos utilizándose la moda como medida de tendencia central y se plasmaron en frecuencia y porcentajes.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

La presente investigación cumple con los lineamientos internacionales, nacionales y locales.

Conserva los principios de respeto a la persona, beneficencia, autonomía, no maleficencia y justicia, conforme a los aspectos éticos de toda investigación.

Este estudio se rige bajo las normas éticas institucionales sobre investigación según la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos, las leyes vigentes del Comité de Bioética del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como a la Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, con modificaciones en el Congreso de Tokio Japón de 1983 y actualmente las modificaciones de la 52^a Asamblea General de Edimburgo, Escocia, Octubre del 2000.

Para la realización de este estudio, se solicitó bajo consentimiento informado por escrito de los participantes el responder las preguntas concernientes a la ficha de identificación y a la escala a aplicar. Se explicaron asimismo los objetivos del estudio y que su participación sería de manera voluntaria y confidencial; así como el tipo de estudio a realizar, y que el mismo sería sin poner en riesgo su salud ni sus derechos individuales.

VIII. RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas durante la realización del estudio y de acuerdo a los objetivos planteados, se obtuvo lo siguiente.

El estudio fue realizado en una población de 103 pacientes con diagnóstico de Depresión de 9 a 16 años de edad, que acuden a la consulta externa de psiquiatría en el H.G.R. 220 con Medicina Familiar del IMSS, los cuales firmaron un consentimiento informado, se elaboró una ficha de identificación y la aplicación individualizada de los instrumentos para la obtención de la información.

En cuanto a la tipología familiar, se encontró que la mayoría de los pacientes pertenece al grupo seminuclear (mono parental) representando un 37%, seguido de la familia nuclear con hijos que representa el 31 % de los casos encontrados a la aplicación de las encuestas. (Cuadro 1, Tabla 1)

Al aplicar la encuesta de comunicación de Barnes y Olson, se observó como tipo de comunicación predominante en los pacientes que cuentan con diagnóstico de Depresión estudiados la comunicación Evitativa, representando un 48% del total, en comparación con el 37% de la comunicación Agresiva y el 15% de la Abierta. (Tabla 2, Gráfica 2)

Respecto al género, se obtuvo como resultado un mayor número de pacientes del género femenino, representando un 66% en comparación a un 34% encontrado en el género masculino. (Cuadro 3, Gráfica 3)

Asimismo respecto a la edad, observamos que los pacientes se encuentran entre el grupo de entre 13 y 16 años, correspondiendo a 30% en los pacientes entre 13 y 14 años y un 33% en el grupo de 15 a 16 años. (Cuadro 4, Gráfica 4)

En cuanto al grado de depresión, los resultados obtenidos muestran que la mayor parte de los pacientes presenta Depresión leve, observándose en un 60% de los pacientes diagnosticados, respecto de los de depresión moderada y severa. (Cuadro 5, Gráfica 5)

Dentro de los resultados obtenidos en cuanto a la comunicación con el padre y con la madre se observa que se encuentra una mayor frecuencia la comunicación evitativa en ambos padres (Cuadros 6 y 7, Gráficas 6 y 7)

Y en lo concerniente a cada tipo de comunicación de acuerdo a la tipología familiar se plasman las diferentes tablas y graficas donde se encuentra como es mayor la comunicación evitativa y mas frecuente en familias seminucleares. Lo cual comprueba la hipótesis planteada en el presente estudio de investigación (Cuadros 8,9 y 10, Gráficas 8, 9 y 10)

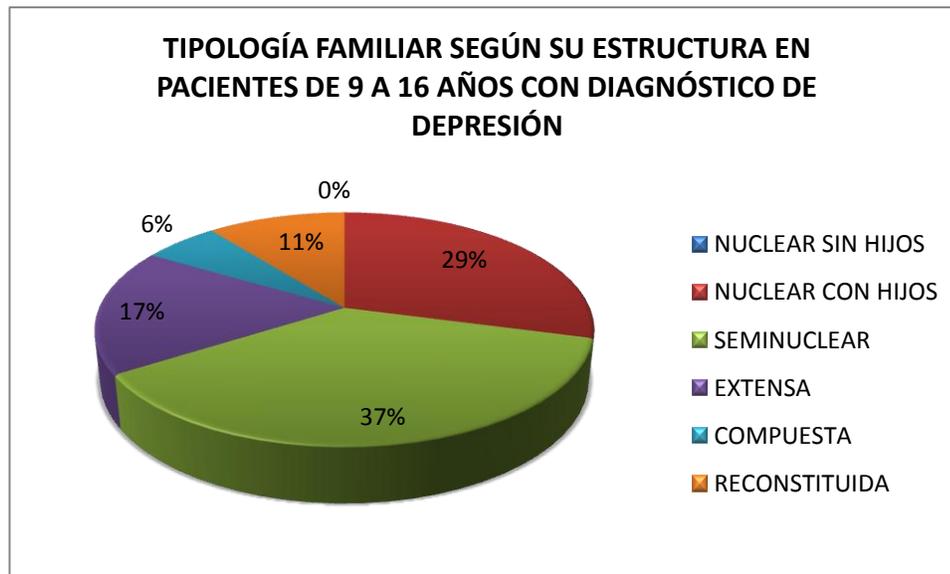
IX. CUADROS Y GRAFICAS

Tabla 1. Tipología Familiar según su estructura en pacientes de 9 a 16 años de edad con diagnóstico de Depresión

TIPOLOGÍA FAMILIAR SEGÚN SU ESTRUCTURA	FRECUENCIA	%
NUCLEAR SIN HIJOS	0	0
NUCLEAR CON HIJOS	30	29
SEMINUCLEAR	38	37
EXTENSA	18	17
COMPUESTA	6	6
RECONSTITUIDA	11	11
TOTAL	103	100

FUENTE: Concentrado de datos

Gráfica 1. Tipología Familiar según su estructura en pacientes de 9 a 16 años de edad con diagnóstico de Depresión



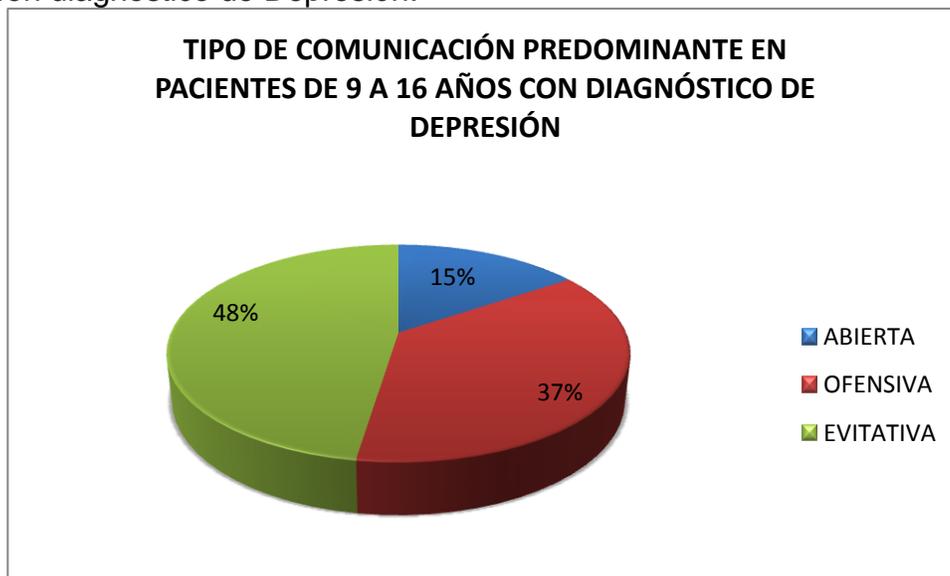
Fuente: Tabla 1

Tabla 2. Tipo de Comunicación predominante en pacientes de 9 a 16 años de edad con diagnóstico de Depresión.

TIPO DE COMUNICACIÓN	TOTAL	%
ABIERTA	16	15
OFENSIVA	38	37
EVITATIVA	49	48
TOTAL	103	100

Fuente: Concentrado de datos

Gráfica 2. Tipo de Comunicación predominante en pacientes de 9 a 16 años de edad con diagnóstico de Depresión.



Fuente: Tabla 2

Tabla 3. Género más afectado en pacientes con depresión

GENERO	FRECUENCIA	%
MASCULINO	35	34
FEMENINO	68	66
TOTAL	103	100

Fuente: Concentrado de datos

Gráfica 3. Género más afectado en pacientes con depresión



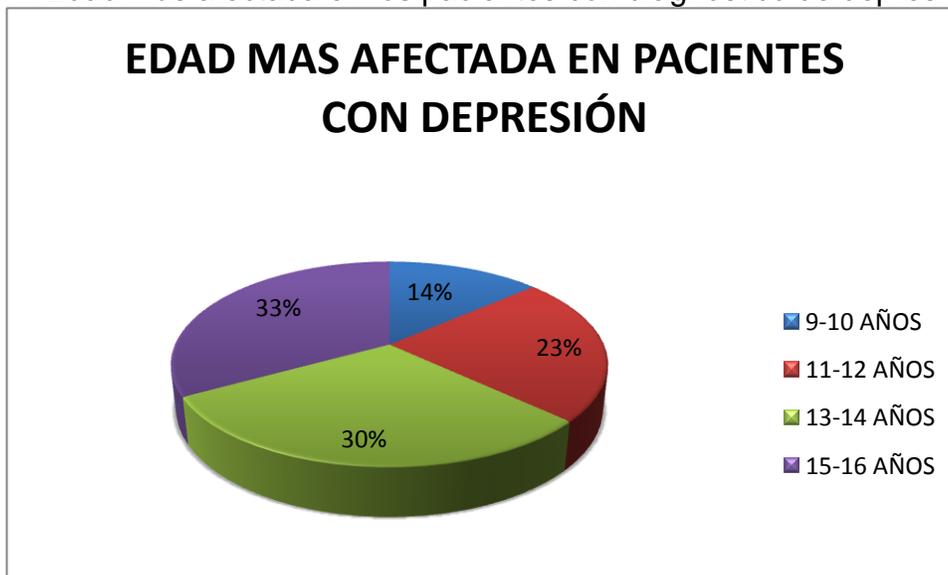
Fuente: Tabla 3

Tabla 4. Edad más afectada en los pacientes con diagnóstico de depresión

EDAD	TOTAL	%
9-10 AÑOS	14	14
11-12 AÑOS	24	23
13-14 AÑOS	31	30
15-16 AÑOS	34	33
TOTAL	103	100

Fuente: Concentrado de datos

Gráfica 4. Edad más afectada en los pacientes con diagnóstico de depresión



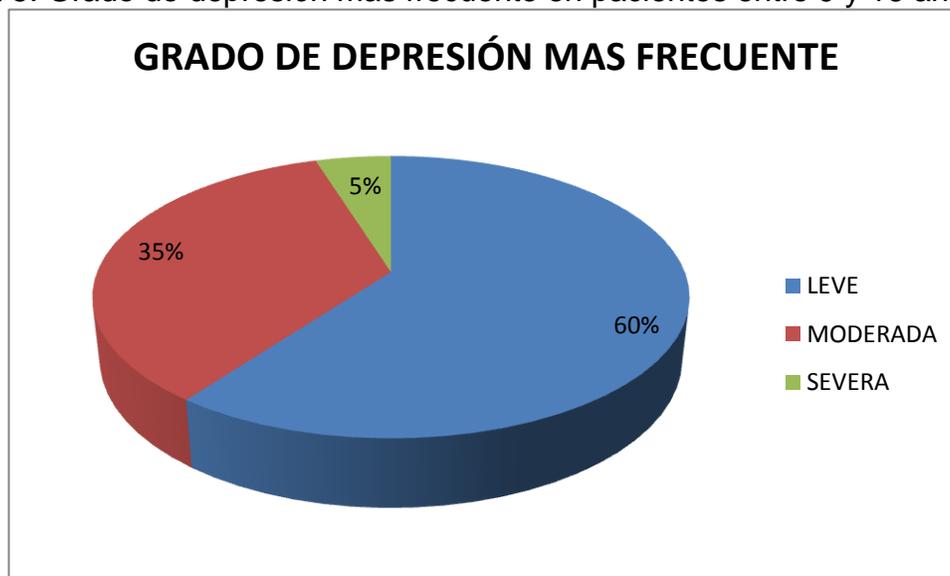
Fuente. Tabla 4

Tabla 5. Grado de depresión mas frecuente en pacientes entre 9 y 16 años

GRADO DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	%
LEVE	62	60
MODERADA	36	35
SEVERA	5	5
Total	103	100

Fuente: Concentrado de datos

Gráfica 5. Grado de depresión mas frecuente en pacientes entre 9 y 16 años



Fuente: Tabla 5

Tabla 6. Tipo de comunicación respecto a la madre en pacientes de 9 a 16 años con diagnóstico de depresión

TIPO DE COMUNICACIÓN	FRECUENCIA	%
ABIERTA	20	23
OFENSIVA	28	33
EVITATIVA	37	44
TOTAL	85	100

Fuente: Concentrado de datos

Gráfica 6. Tipo de comunicación respecto a la madre en pacientes de 9 a 16 años con diagnóstico de depresión



Fuente: Tabla 6

Tabla 7. Tipo de comunicación mas frecuente respecto al padre

TIPO DE COMUNICACIÓN	FRECUENCIA	%
ABIERTA	15	18
OFENSIVA	30	36
EVITATIVA	38	46
TOTAL	83	100

Fuente: Concentrado de datos

Gráfica 7. Tipo de comunicación mas frecuente respecto al padre



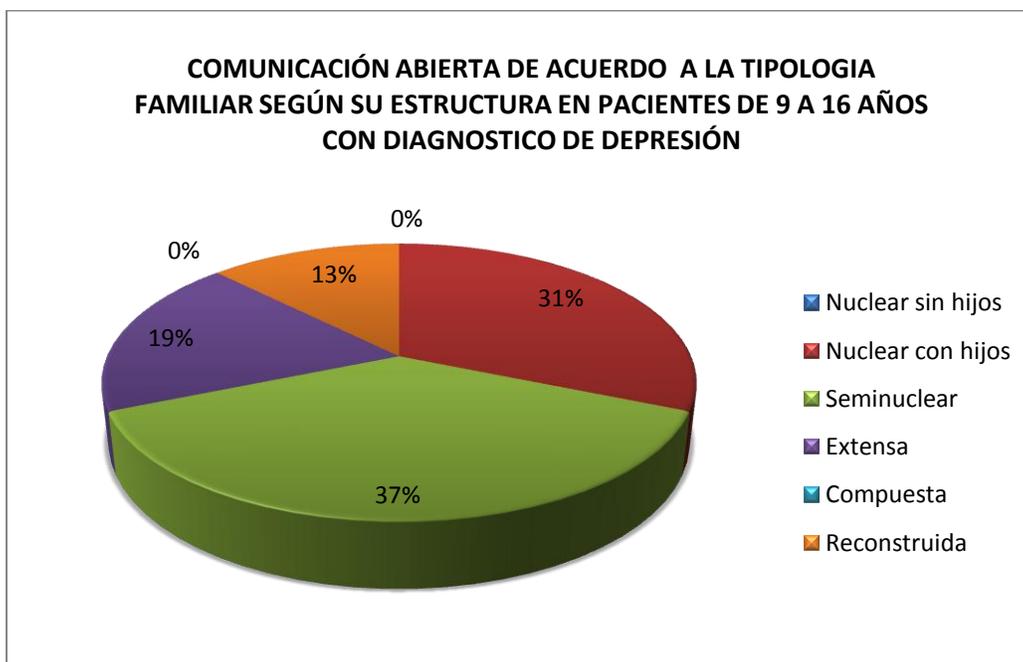
Fuente. Tabla 7

Tabla 8. Comunicación abierta de acuerdo a la tipología familiar según su estructura en pacientes de 9 a 16 años con diagnóstico de depresión

COMUNICACIÓN ABIERTA		
Tipo de Familia	Frecuencia	%
Nuclear sin hijos	0	0
Nuclear con hijos	5	31
Seminuclear	6	37
Extensa	3	19
Compuesta	0	0
Reconstruida	2	13
Total	16	100

FUENTE: Concentrado de datos

Gráfica 8. Comunicación abierta de acuerdo a la tipología familiar según su estructura en pacientes de 9 a 16 años con diagnóstico de depresión



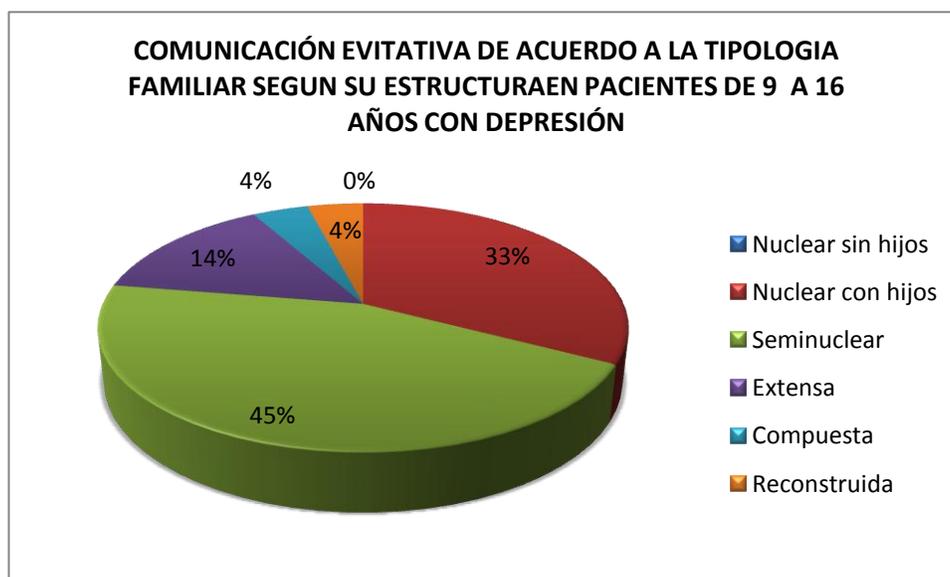
Fuente : Tabla 8

Tabla 9. Comunicación evitativa de acuerdo a la tipología familiar según su estructura en pacientes de 9 a 16 años con diagnóstico de depresión.

COMUNICACIÓN EVITATIVA		
Tipo de Familia	Frecuencia	%
Nuclear sin hijos	0	0
Nuclear con hijos	16	33
Seminuclear	22	45
Extensa	7	14
Compuesta	2	4
Reconstruida	2	4
Total	49	100

Fuente: Concentrado de datos

Gráfica 9. Comunicación evitativa de acuerdo a la tipología familiar según su estructura en pacientes de 9 a 16 años con diagnóstico de depresión



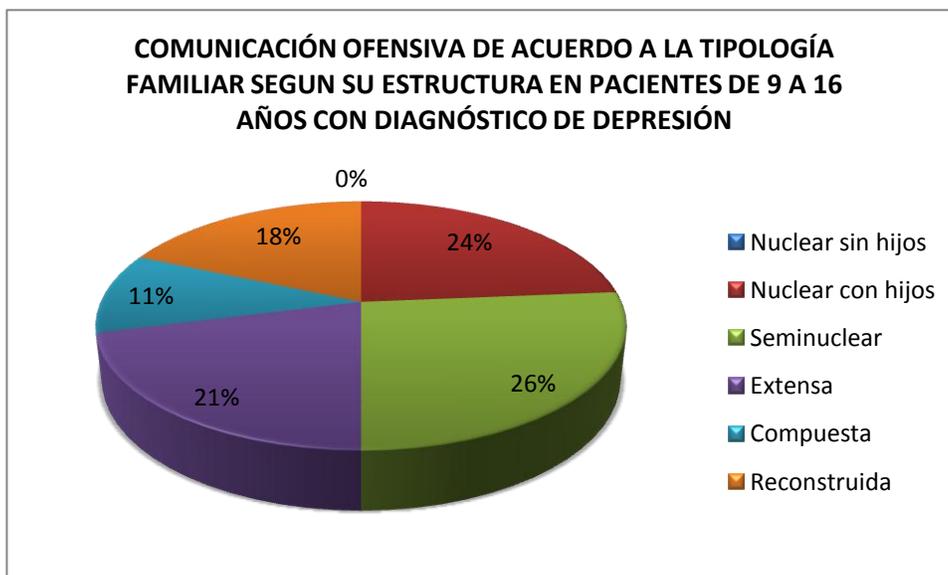
Fuente: Tabla 9

Tabla 10. Comunicación ofensiva de acuerdo a la tipología familiar según su estructura en pacientes de 9 a 16 años con diagnóstico de depresión.

COMUNICACIÓN OFENSIVA		
Tipo de Familia	Frecuencia	%
Nuclear sin hijos	0	0
Nuclear con hijos	9	24
Seminuclear	10	26
Extensa	8	21
Compuesta	4	11
Reconstruida	7	18
Total	38	100

Fuente: Concentrado de datos

Gráfica 10. Comunicación ofensiva de acuerdo a la tipología familiar según su estructura en pacientes de 9 a 16 años con diagnóstico de depresión



Fuente: Tabla 10

X. DISCUSIÓN

México es un país de población joven. Con una media de edad de 22 años, en la cual el 34% de la población es menor a 15 años, por lo que el estudio de la depresión que se inicia en la adolescencia es particularmente importante.

A diferencia de estudios existentes realizados en México, acerca de la tipología familiar en adolescentes con depresión, en donde se reporta una familia nuclear simple y nuclear extensa como la tipología más frecuente según su estructura, en el presente estudio de investigación se observó un predominio de familias seminucleares; probablemente debido a la evolución social y a la creciente aparición de crisis familiares, como una problemática creciente y como una explicación al resultado mostrado en la investigación realizada ya que se observa cada vez con mayor frecuencia la presencia de familias desvinculadas y con separación de los padres, o con evolución social hacia familias modernas en las que ambos padres cuentan con un trabajo y esto influye en los canales de comunicación ya que el tiempo que invierten en la familia es cada vez menor. .

Asimismo en estos artículos, se menciona como género más afectado el femenino, lo cual se ha encontrado, tanto en estudios de tipología familiar en adolescentes con depresión, como en lo reportado según el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos, donde se menciona que a los 15 años, las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres de haber padecido un episodio de depresión grave, lo que concuerda de la misma forma con este estudio de investigación donde se encontró el mismo género con más afectación con diagnóstico de depresión.

Respecto a la edad, se encuentra que la depresión en los adolescentes se presenta en un momento de grandes cambios personales, cuando hombres y mujeres están definiendo una identidad distinta a la de sus padres, lidiando con asuntos de género y su sexualidad emergente, y tomando decisiones por primera vez en sus vidas, y se ha observado como edad más frecuente adolescentes entre 14 y 16 años, coincidiendo con el presente estudio realizado tanto en el diagnóstico de depresión como en la problemática en la comunicación familiar.

Existen estudios realizados en México y en Latinoamérica que toman en cuenta la comunicación familiar en pacientes con depresión, se analiza de forma más profunda el impacto de la patología en el desempeño escolar y la frecuencia de adicciones, pero no se toma en cuenta como estudio de análisis la comunicación familiar y la tipología de la familia en este grupo de pacientes, por lo que el presente estudio, pretende ser inicio de más investigaciones respecto al tema de la tipología familiar y la comunicación como un conjunto en esta población. En este sentido, la investigación realizada mostró que una comunicación deficiente en el ámbito familiar, repercute en el estado anímico del adolescente y en el estado depresivo, así como la tipología familiar per se, puede ser génesis o parte influyente en la persistencia de una patología depresiva, como se demuestra en el presente estudio de investigación.

XI. CONCLUSIONES

En el presente estudio de investigación se observa que la hipótesis planteada se cumple ya que se encontró que la mayor parte de los pacientes estudiados pertenece a familias seminucleares y que en ellas se cuenta con un tipo de comunicación evitativa.

De la misma forma se observó que dichos pacientes se encontraron con mayor frecuencia en el género femenino y entre las edades de 13-16 años.

Por lo tanto, podemos inferir que en las familias monoparentales, en las cuales uno de los padres no se encuentra en el núcleo familiar ya sea por separación o por muerte de alguno de los progenitores, puede influir y tener relación en la comunicación existente en el núcleo familiar, y en el caso de los pacientes estudiados, los cuales cuentan con diagnóstico de depresión, podría influir en la génesis y permanencia de la patología debido a que el desequilibrio en la comunicación puede generar crisis familiares y de esta forma contribuir al estado depresivo.

De acuerdo a lo estudiado, se encuentra que los pacientes que presentan estados depresivos, cuentan con relaciones familiares variables, mostrando que en estos pacientes el con estado depresivo, tienen como característica en común el faltar uno de los padres, lo que conlleva asimismo a un fallo en la comunicación y en los canales de la misma, mostrando además un tipo de comunicación evitativa, en la cual estos pacientes no se sienten con la capacidad ni con la confianza de hacerle saber a sus familiares sus emociones y pensamientos de forma apropiada, ya que perciben poca atención por parte de sus tutores. Lo cual influye en el estado de ánimo.

De igual forma en lo concerniente a la edad y al género, el encontrar mayor frecuencia en el género femenino y en edad adolescente, podría tener como generis y factor agregado, el estado hormonal, así como el medio sociocultural con que contamos, ya que las mujeres expresan con mayor frecuencia sus emociones.

Por tanto, se concluye que el papel del Médico Familiar tiene relevancia para la detección de factores familiares como lo es el tipo de comunicación, que puedan ser desencadenantes o influir en los niños y adolescentes con estado depresivo, con el objeto de establecer medidas de prevención y tratamiento oportuno, así como a iniciar tempranamente terapia individual y familiar, así como el seguimiento de los pacientes en su tratamiento multidisciplinario y la orientación acerca de terapias en la comunicación para una mejor evolución en los pacientes y su tratamiento y siempre en busca de la recuperación total, y el evitar secuelas o complicaciones posteriores, que puedan afectar la calidad de vida a largo plazo.

XII. SUGERENCIAS

La prevención es el objetivo primordial de la medicina actual y la base del actuar diario del médico familiar por tal motivo se plantean las siguientes recomendaciones.

- Realizar capacitación continua al Médico Familiar y de primer nivel enfocada a identificar la posible existencia de crisis familiares en los adolescentes con sus familias en el ámbito de la comunicación para detectarlas y comenzar un plan de apoyo inmediato.
- Es necesario elaborar material educativo para la población acerca de la comunicación, su importancia y como mejorarla en el ambiente familiar, así como la intervención de trabajo social en la impartición de la información para un mejor impacto
- Llevar a cabo un tratamiento integral en los adolescentes con depresión, con participación activa del equipo multidisciplinario e involucrando a la familia completa para un mejor resultado con la sugerencia de formación de grupos para la realización de actividades destinadas a dinámicas comunicacionales con trabajo social o psicología.
- Realizar campañas y grupos de ayuda mutua para los pacientes utilizando terapia ocupacional para mejorar el estado anímico y disminuir el estado depresivo
- Se requiere de un área física que cuente con los recursos materiales y humanos para la aplicación de terapia de familia y comunicacional, con la finalidad de un inicio temprano de las mismas por parte del personal capacitado para llevarlas a cabo, al ser detectadas de manera temprana en la unidad de medicina familiar, por lo que se sugiere como propuesta de análisis para llevarse a cabo como medida inicial, previo a la valoración psiquiátrica y a inicio de farmacoterapia, con el objetivo de minimizar el uso de medicamentos de obtenerse resultados con terapia psicológica.
- Iniciar desde la etapa del primer contacto con las familias en la consulta externa de medicina familiar el fomento a un ámbito familiar adecuado, con comunicación efectiva y apropiada desde la infancia y con enfoque preventivo ante las patologías en general, así como en las psiquiátricas.

- Identificar oportunamente y de forma adecuada las redes de apoyo existentes en las familias con adolescentes con diagnóstico de depresión e integrarlas

BIBLIOGRAFÍA

1. Camacho P. Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson. Revista Herediana. Volumen 2, 2009. Págs. 80-85.
2. Consenso Mexicano de Medicina Familiar. conceptos Básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar, Vol. 7 Sup.1, 2005 p.1
3. Anzures C. R., Chávez A. V., García P. M., Pons A. O. Medicina familiar. Corporativo Intermedica SA de CV. 2008, p.215-216
4. Valdivia S. C. La Familia: concepto, cambios y nuevos modelos. Universidad de Deusto, 2008.
5. Manzano F. A., Martín A. J. Claves para optimizar la relación con la familia extensa. Centro Universitario de Psicología de la Familia. España. 2009
6. Palacio V. M., Los cambios y transformaciones en la familia. Una paradoja entre lo sólido y lo líquido. Rev. Latinoam. Estud. Fam. Vol. 1, 2009
7. Consenso Mexicano de Medicina Familiar. conceptos Básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar, Vol. 7 Sup.1, 2005 p.3-4
8. González C. Teoría Estructural Familiar. Psicología y Educación Integral A.C, Chile, 2008
9. Martínez C. E., Lingüística. teoría y aplicaciones. Editorial Masson. 2002
10. Sánchez A. R., Díaz L. R., Patrones y estilos de comunicación de la pareja: Diseño de un inventario. Anales de psicología, España 2008.
11. Morell G. R., García C. J., Vázquez P. M., Cuestionario para la evaluación de variables familiares relacionadas con el consumo de drogas en estudiantes universitarios. España , 2011
12. Franco C. G., La comunicación en la familia. Ediciones Palabra, Madrid España, 5ª ed. 2005
13. Casas F. G., La terapia familiar y el enfoque de Virginia Satir. Costa Rica, 2000
14. Jiménez T. I., Musitu G., Murgui S., Funcionamiento y Comunicación Familiar y consumo de sustancias en la adolescencia: el rol mediador del apoyo social. Universidad de Valencia. Revista de Psicología Social, 2007
15. Roiz M. La familia desde la teoría de la comunicación. Universidad de Madrid. 1983.
16. Alberdi S.; Taboada O., Castro C., Vázquez V. Depresión. Sergas-A Coruña-España. 2006
17. Satir V., Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. México. Ed. Pax. Cuarta Edición, 1983.
18. Musitu, G., Estévez, E., Jiménez, T. y Herrero, J. Familia y conducta delictiva y violenta en la adolescencia, 2007
19. Rivero L. A., Martínez P., El Papel Funcionamiento y la Comunicación Familiar en los Síntomas Psicósomáticos. Universidad de Deusto, España. Psicología Clínica y Salud. Vol. 22, 2011.
20. Naranjo P. M., Relaciones Interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. Universidad de Costa Rica. Revistas Científicas de América Latina, enero-abril, vol. 8, núm. 001, 2008
21. Polaino, L. A., Martínez C. P., Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia, ediciones Rialp, España, 2ª ed. 2003

22. Álvarez P. E., La salud como comunicación: medicina familiar y comunitaria. Uruguay 2012
23. Rodríguez Á. J., Ortiz R., Depresión Infantil. . Revista Científica Electrónica De Psicología. Icsa-Uaeh, No.6.
24. Acosta H., Mancilla P., Correa B., Saavedra V., Ramos M., et. Al. Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. Archivos Neurociencia, México, Vol. 16, 2011
25. Barrientos A. V., Mendoza S. HF, Sainz V.L. et. Al. depresión y tipología familiar en un grupo de adolescentes mexicanos. 2010
26. American Psychiatric Association. DSM IV. Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales.
27. Alberdi S. J., Taboada O., Castro D., Velázquez V. C., Depresión, España 2007.
28. Clavijo P., Crisis, familia y psicoterapia. Editorial Ciencias Médicas. Cuba. 2011
29. Feixas V., Muñoz C., Montesano A., El modelo sistémico en la intervención familiar. Barcelona 2012

ANEXOS

ANEXO 1 Cuestionario para identificar la tipología familiar en pacientes de 9 a 16 años con diagnóstico de depresión que acuden a la consulta externa de psiquiatría en el H.G.R. 220 con medicina familiar del IMSS

1. Ficha de Identificación.

Nombre (iniciales): _____

Género: MASCULINO _____ FEMENINO _____

Edad: _____ AÑOS

2. Personas que habitan en su domicilio:

Madre _____

Padre _____

Hermanos _____ cuantos _____

Abuelos _____

Otros _____ quienes _____

3. Diagnóstico:

Depresión Leve: _____

Depresión Moderada: _____

Depresión Severa: _____

ANEXO 2

ESCALA DE COMUNICACIÓN FAMILIAR DE BARNES Y OLSON. Para determinar la comunicación familiar en pacientes de 9 a 16 años con diagnóstico de depresión que acuden a la consulta externa de psiquiatría en el H.G.R. 220 con Medicina Familiar del IMSS

Ahora vas a ver unas frases que describen la **relación con TU madre y con TU padre**. Piensa en qué medida estas frases responden a tu verdadera situación con ellos.

1
2
3
4
5
Nunca **Pocas veces** **Algunas veces** **Muchas veces** **Siempre**

	MI MADRE					MI PADRE				
1. Puedo hablarle acerca de lo que pienso sin sentirme mal o incómodo/a	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Suelo creerme lo que me dice	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Me presta atención cuando le hablo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. No me atrevo a pedirle lo que deseo o quiero	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Me dice cosas que me hacen daño	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Puede saber cómo me siento sin preguntármelo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. Nos llevamos bien	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Si tuviese problemas podría contárselos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Le demuestro con facilidad afecto	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10. Cuando estoy enfadado, generalmente no le hablo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. Tengo mucho cuidado con lo que le digo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Le digo cosas que le hacen daño	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13. Cuando le hago preguntas, me responde con sinceridad	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14. Intenta comprender mi punto de vista	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Hay temas de los que prefiero no hablarle	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. Pienso que es fácil hablarle de los problemas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17. Puedo expresarle mis verdaderos sentimientos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Cuando hablamos me pongo de mal genio	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Intenta ofenderme cuando se enfada conmigo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20. No creo que pueda decirle cómo me siento realmente en determinadas situaciones	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Tipología y comunicación familiar en pacientes de 9 a 16 años con diagnóstico de depresión, que acuden a la consulta de psiquiatría en el H.G.R. 220 con medicina familiar del IMSS, de octubre del 2012 a febrero del 2013

Patrocinador externo (si aplica): _____

Lugar y fecha: TOLUCA MÉXICO OCTUBRE 2012 A FEBRERO 2013

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: Determinar la tipología familiar y el tipo de comunicación que existe entre los integrantes de la familia en pacientes con depresión entre 9 y 16 años de edad, con el fin de establecer nuevas propuestas terapéuticas.

Procedimientos: REALIZACIÓN DE ENCUESTAS

Posibles riesgos y molestias: INVERSIÓN DE TIEMPO,

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: ESTABLECER PROPUESTAS TERAPÉUTICAS INTEGRALES

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: AL TERMINO DEL ESTUDIO DE SER SOLICITADAS.

Participación o retiro: VOLUNTARIO

Privacidad y confidencialidad: EL ESTUDIO SE RIGE BAJO EL PRINCIPIO DE CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: _____

M.C. IRIS DOLORES LÓPEZ GUERRERO TEL 2377833

Colaboradores: _____

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013