

ARTÍCULO ORIGINAL

Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia

Javier N. Zapata-Gallardo¹, Marisol Figueira-Gutiérrez¹, Neidy Méndez-Delgado¹, Víctor M. Miranda-Lozano¹, Benigno Linares-Segovia², Teodoro Carrada-Bravo³, Yolanda Vela-Otero⁴, Ana María Rayas-Lundes⁵

¹Residentes de Tercer año de Medicina Familiar, ³Departamento de Educación Médica e Investigación, ⁴Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar, ⁵Departamento Clínico de Medicina Familiar, Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar número 2, Instituto Mexicano del Seguro Social, Irapuato, Guanajuato; ²Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Gineco-Pediatria, Instituto Mexicano del Seguro Social, León, Guanajuato; Departamento de Fisiología y Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad de Guanajuato, Guanajuato, México.

Resumen

Introducción. Objetivo: conocer la frecuencia de depresión en el adolescente y su relación con las alteraciones de la funcionalidad familiar.

Métodos. Se realizó una encuesta prospectiva a 747 adolescentes de 10 a 19 años de edad, de una escuela secundaria federal de Irapuato, Guanajuato. Para evaluar la depresión se aplicó el test de Zung y para detectar disfunción familiar el de Apgar familiar. Se consideró con disfunción familiar a aquellos con puntaje menor a 7 en el test de Apgar familiar y con depresión a aquellos con puntaje menor de 50 en el de Zung. Para la comparación de los grupos empleamos χ^2 o t de Student, dependiendo del tipo de variable y se calculó el riesgo relativo para depresión en presencia de disfunción familiar.

Resultados. El 33% de los encuestados fueron diagnosticados con disfunción familiar, clasificándose como moderada en 203 (27.2%) y grave en 44 (5.9%). Treinta sujetos (4%) fueron diagnosticados con depresión y en 43.3% de los casos estuvo asociada a disfunción familiar. 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).

Conclusión. En nuestra cohorte, la frecuencia de depresión fue baja y no hubo asociación significativa con la disfunción familiar.

Palabras clave. Adolescentes; disfunción familiar; depresión.

Solicitud de sobretiros: Dr. Víctor Manuel Miranda Lozano, Andrés Figueira # 1140, Col. Álvaro Obregón, C. P. 36500, Irapuato, Guanajuato, México.

Fecha de recepción: 02-02-2006.

Fecha de aprobación: 31-08-2007.

Introducción

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.¹ 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.² 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, anhedonia 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.³⁻⁵

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.⁶⁻⁸ 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, 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.^{9,10}

En varios estudios, se ha encontrado que los hijos adolescentes de padres deprimidos pueden tener un padecimiento comórbido, por ejemplo, trastornos disociales, por déficit de atención y ansiedad, etc.^{11,12} El interés de la relación entre el funcionamiento familiar, el inicio y curso de los trastornos del estado de ánimo, en particular el trastorno depresivo,¹³ han llevado a evaluar la vida familiar del paciente e identificar los posibles factores estresantes relacionados con el entorno familiar;¹⁴ para lo cual se ha empleado el test de

Zung,^{15,16} el cual es un instrumento de evaluación de la depresión, y el Apgar familiar, que mide la funcionalidad familiar.¹⁷

El objetivo de este estudio es conocer la frecuencia de depresión en adolescentes y su relación con las alteraciones de la funcionalidad familiar.

Métodos

En forma autoadministrada se aplicó un cuestionario a 860 adolescentes de ambos géneros, de 10 a 19 años de edad, estudiantes de una escuela secundaria federal del área Urbana de Irapuato, Guanajuato. El cuestionario, previamente validado mediante estudio piloto, fue entregado a los participantes, y las indicaciones para su llenado fueron impartidas por los investigadores. Estuvo conformado 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 50 a 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 min. 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 cinco preguntas con tres opciones de respuesta cada una, con un valor asignado de: 2 (casi siempre), 1 (algunas veces) y 0 (casi 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 min. Los criterios de inclusión fueron: alumnos del turno matutino de la secundaria, de los grupos primero, segundo y tercero, alumnos de 10 a 19 años de ambos géneros. Los de no inclusión fueron los adolescentes que no pertenecían a la escuela, que no desearon participar, y los del turno vespertino. Se excluyeron las encuestas con respuestas incompletas.

Para realizar el estudio se contó con la autorización de la Secretaría de Educación Pública del estado de Guanajuato y del director de la escuela participante. Se convocó a una reunión con los padres de familia donde se les informó la naturaleza del estudio y se solicitó que tanto los padres como los alumnos firmaran la carta de consentimiento informado.

Análisis estadístico

Se utilizó la base de datos Access; los resultados fueron analizados con el paquete estadístico EPI-INFO 2002. Las variables continuas se expresan como media \pm su desviación estándar y las categóricas como frecuencias y porcentajes. Para la comparación de los grupos se empleó χ^2 o t de Student, dependiendo del tipo de variable, y se calculó el riesgo relativo para depresión en presencia de disfunción familiar.

Resultados

Se aplicaron 860 encuestas, de las cuales se eliminaron 113 (13.1%) por no contar con todos los datos. De los 747 adolescentes que sí contestaron, 409 (54.8%) fueron hombres. De acuerdo a la valoración de Apgar, 247 adolescentes (33%) fueron diagnosticados con disfunción familiar, no hubo diferencia significativa en cuanto a edad ($t = 0.36$, $P = 0.71$); pero sí en género, 30.1 y 36.7% para hombres y mujeres, respectivamente ($\chi^2 = 3.65$, $P = 0.02$). Como se muestra en el cuadro 1, la dis-

función familiar fue clasificada como moderada en 203 (27.2%) y grave en 44 (5.9%); las mujeres presentaron 1.35 veces más riesgo de disfunción familiar que los hombres (razón de momios [RM] = 1.35; intervalo de confianza al 95% [IC95%] = 1.01-1.50) y este riesgo se duplicó para la disfunción familiar grave (RM = 2.58; IC95% = 1.30-5.20).

La frecuencia de depresión en el grupo estudiado fue de 4% (30 sujetos); en 29 casos (96.6%) leve y en uno (3.4%) moderada. Sin diferencia significativa por género, 43.3 y 56.7% para hombres y mujeres, respectivamente ($\chi^2 = 1.64$, $P = 0.10$) y sin diferencia por edad ($t = 0.73$, $P = 0.45$). El cuadro 2 muestra la frecuencia de depresión en relación a la edad y sexo.

Cuadro 1. Frecuencia de disfunción familiar en relación a edad y sexo

Variable	Disfunción familiar		
	Sin n = 500	Moderada n = 203	Grave n = 44
Sexo (%)			
(m/f)	57.2/42.8	53.2/46.8	34.1/65.9*
Edad (años)	13	13	14
IC 95%	(13.3-13.5)	(13.3-13.6)	(13.4-14.0)
Apgar	8	5	2
IC 95%	(8.1-8.3)	(5.1-5.4)	(1.9-2.3)

m: masculino; f: femenino; *P<0.01

Fuente: Encuestas de Test Zung y Apgar Familiar IMSS HGZ/UMF2, Irapuato, Gto, México, 2005

Cuadro 2. Frecuencia de depresión en relación a edad y sexo

Variable	Depresión		
	Sin n = 717	Leve n = 29	Moderada n = 1
Sexo (m/f)	96.8/95.0	3.2/4.7	0.0/0.3
Edad (años)	13	14	13
IC 95%	(13.4-13.5)	(13.2-14.0)	
Zung	38	52	62
IC 95%	(37.7-38.5)	(51.7-53.6)	

Fuente: Encuestas de test Zung y Apgar Familiar, IMSS HGZ/UMF2, Irapuato, Gto., México, 2005

Cuadro 3. Frecuencia de depresión en relación a la disfunción familiar

Edad (años)	Depresión			Total	Disfunción familiar		
	Leve	Moderada	Total		Sin	Moderada	Grave
12	3	0	3	0	3	0	
13	10	1	11	6	3	2	
14	10	0	10	9	0	1	
15	6	0	6	2	4	0	
Total	29	1	30	17	10	3	

Fuente: Encuestas de test Zung y Apgar Familiar, IMSS, HGZ/UMF2, Irapuato, Gto., México, 2005

De los 30 sujetos con depresión, 17 (56.6%) no tenían diagnóstico de disfunción familiar, 10 (33.3%) fueron diagnosticados con disfunción moderada y tres (10%) con disfunción grave. El riesgo relativo para depresión en presencia de la disfunción familiar, considerada ésta como una variable dicotómica, no fue significativo ($RM = 1.57$, $IC95\% = 0.75-3.3$) (Cuadros 3 y 4); sin embargo, se observó mayor riesgo de depresión en presencia de disfunción familiar moderada ($RM = 2.51$, $IC 95\% = 1.04-5.99$) (Fig. 1).

Discusión

La presencia de depresión en el adolescente no siempre se detecta a tiempo, debido a la poca asistencia a los servicios de salud; así como por las características del comportamiento propias de este período transicional.⁴

En este estudio, partimos de la premisa de que a mayor disfunción familiar, mayor frecuencia de depresión en los adolescentes. Al aplicar el test de Apgar familiar, más de la mitad de los encuestados fue diagnosticado con disfunción familiar, cifra importante, si se considera que la escala empleada no evalúa la presencia de otras causas de disfunción familiar como: violencia intrafamiliar, divorcio, abuso sexual, padres depresivos y drogadicción.²⁰⁻²² A pesar de esta cifra tan alta de disfunción familiar no encontramos asociación significativa con la depresión. De hecho, la frecuencia de depresión

Cuadro 4. Riesgo relativo de depresión al presentar disfunción familiar

Disfunción familiar	Depresión		Total
	Presente	Ausente	
Presente	13	234	248
Ausente	17	483	500
Total	30	717	747

Riesgo relativo 1.5

Error estándar 0.005

Límites de confianza al 95% 0.74, 3.3

Fuente: Encuestas de test Zung y Apgar Familiar, IMSS, HGZ/UMF2, Irapuato, Gto., México, 2005

en nuestro grupo fue menor a la de 70% reportada por Montoya-Padilla y Bastón-Beltrán,¹⁵ 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 col.⁴ en un grupo de adolescentes en los que se asoció la depresión con la actividad física y el uso de drogas.

La frecuencia de 4% encontrada en este estudio no es comparable con las reportadas en Europa y Estados Unidos de Norteamérica, donde se han observado frecuencias de entre 1.6 y 8%, ni con las poblaciones rusas y japonesas con frecuencias de entre 19 y 57%, respectivamente, de los adolescentes evaluados.^{23,24} Probablemente esta variabilidad se deba a las diferencias culturales y sociales de las poblaciones estudiadas.

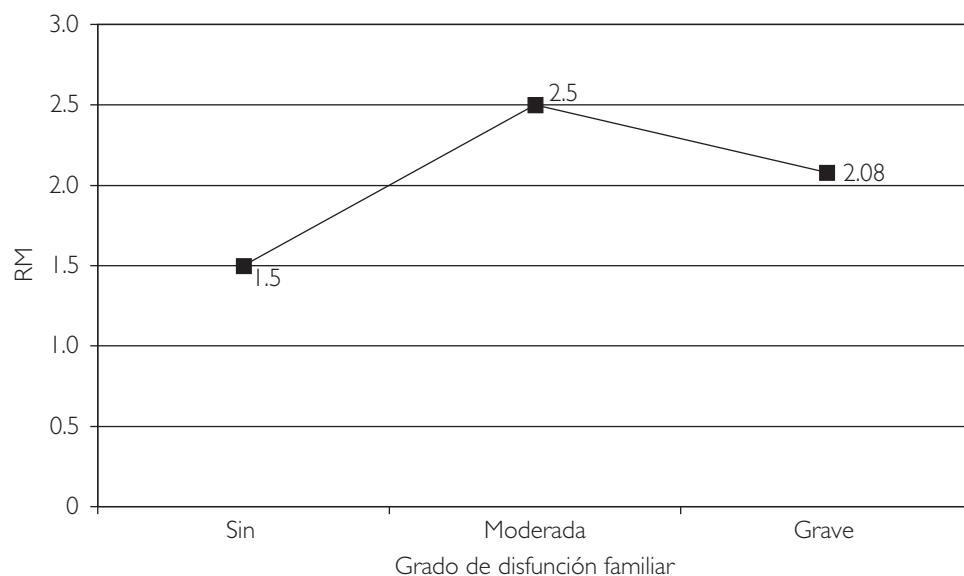


Figura 1. Riesgo de depresión en relación al grado de disfunción familiar.

La poca cantidad de adolescentes con depresión podría explicarse por la resiliencia, que se define como la capacidad de un individuo o de un sistema social de vivir bien y desarrollarse positivamente, a pesar de las difíciles condiciones de vida y, más aún, de salir fortalecidos y ser transformados por ellas.²⁵ El adolescente aprende a resolver los problemas de la vida, sin perder la actitud positiva hacia otras personas y percibe sus experiencias dolorosas como algo constructivo y valioso para su propio desarrollo.²⁶

El estudio se enfocó a la depresión como principal variable de observación; sin embargo, existen reportes donde se hace referencia a la difi-

cultad para establecer el diagnóstico de depresión en los adolescentes, pues con frecuencia suelen aparecer equivalentes conductuales de la misma, como el fracaso académico,²⁷ hiperactividad, robo, mentiras, fugas del hogar o de la institución educativa, conducta impulsiva, autoagresiones y consumo de drogas, entre otras, que no fueron evaluadas en nuestro estudio y que podrían ser consideradas en investigaciones futuras.

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.

DEPRESSION ASSOCIATED WITH FAMILY DYSFUNCTION IN ADOLESCENCE

Introduction. Objective: To know the frequency of depression in adolescents and its relation with family dysfunction.

Methods. We carried out a prospective survey applied to 747 adolescents (10-19 years old) attending a public secondary school at Irapuato, Guanajuato, Mexico. To evaluate depression and family dysfunction, Zung test and Apgar familiar test were applied respectively. According to these tests family dysfunction and depression were established with scores ≤ 7 and ≥ 50 respectively. To compare groups either χ^2 or Student's t test were used depending on the type of variable. Relative risk for depression in the presence of family dysfunction was assessed.

Results. Thirty-three percent of adolescents surveyed were diagnosed with family dysfunction, which was classified as moderate in 203 cases (27.2%) and severe in 44 cases (5.9%). Thirty subjects (4%) were diagnosed with depression from which 43.3% were associated with family dysfunction. OR for depression associated with family dysfunction was non-significant (OR=1.57, IC= 95% 0.75-3.3).

Conclusions. Depression frequency was low and there was no significant association with family dysfunction in the cohort studied.

Key words. Adolescents; family dysfunction; depression.

Referencias

1. Dulanto-Gutiérrez E. La adolescencia como etapa existencial. En: Dulanto-Gutiérrez E, editor. *El Adolescente*. México, D. F.: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 143-57.
2. González-Forteza C, Villatoro J, Pick S, Collado ME. El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la Ciudad de México: análisis según su nivel socioeconómico. *Salud Mental*. 1998; 21: 37-45.
3. Allen F, Alan-Pincus HB, First M. Trastornos del estado de ánimo. En: Allen F, Alan-Pincus B, First M, editores. *DSM-IV. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Elsevier-Masson. 1995. p. 323-33.
4. 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.
5. Aguilera-Guzmán RM, Carreño-García MS, Juárez-García F. Características psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental*. 2004; 27: 57-64.
6. Tolstoi L. Dinámica familiar. En: Huerta-González JL, editor. *La familia en el proceso de salud-enfermedad*. San Luis Potosí, México: Editorial Tangamanga; 1998. p. 37-42.
7. Huerta-González JL. PAC MF-I. Estudio de la salud familiar. México, D. F.: Editorial Intersistemas; 1999.
8. Irigoyen-Coria AE, Morales-López H. Lineamientos para la elaboración de estudios de salud familiar. En: Irigoyen-Coria AE, editor. *Nuevos fundamentos de Medicina Familiar*. México, D. F.: Ediciones Medicina Familiar de México; 2004. p. 173-203.
9. Soriano-Fuentes S, de la Torre-Rodríguez R, Soriano-Fuentes L. Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. *Med Familia*. 2003; 42: 130-5.
10. Nuño-Gutiérrez BL, Flores-Palacios F. La búsqueda de un mundo diferente. La representación social que determina la toma de decisiones en adolescentes mexicanos usuarios de drogas ilegales. *Salud Mental*. 2004; 27: 26-34.
11. De la Peña F, Ulloa RE, Páez F. Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental*. 1999; 22: 1-5.
12. De la Peña F, Higuera F, Domínguez E, Palacios L. La depresión en los adolescentes y su relación con los trastornos de la personalidad. *Rev Infor Clin*. 2001; 12: 58-9.
13. Tovar-Granada C, Sánchez-Escobar L, Ponce-Rosas R, Irigoyen-Coria A, Morales-López H. Autopercepción de disfunción familiar en un grupo de familias de la Ciudad de México. *Arch Med Fam*. 2003; 5: 92-5.
14. Arellanez-Hernández JL, Díaz-Negrete DB, Wagner-Echeagaray F, Pérez-Islas V. Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis divariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*. 2004; 27: 54-62.
15. Montoya-Padilla HA, Bastón-Beltrán GM. Correlación entre maltrato infantil y abuso sexual con el desarrollo de depresión e ideación suicida en jóvenes: Interpsiquis [series en el Internet]; 2003 Jul [citado 2006 julio 15]; 537 [6p]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornobipolar/9589/>
16. Díaz-Martínez A. Depresión-ansiedad. En: Díaz-Martínez A, editor. *Guía práctica. Manejo del espectro depresión-ansiedad*. Consenso México; 1998. p. 9-59.
17. Arias CL, Herrera JA. El Apgar familiar en el cuidado primario de la salud. *Colombia Med*. 1994; 25: 26-8.
18. Díaz-Martínez A. Instrumentos clínicos. En: Díaz-Martínez A, editor. *Guía práctica. Manejo del espectro depresión-ansiedad*. México, D. F.: Consenso México; 1998. p. 81-2.
19. Aragón-Benaiges E, Masdéu-Montalé R, Cando-Guasch G, Coll-Borrás G. Validez diagnóstica de la escala de depresión de Zung en pacientes de atención primaria. *Actas Esp Psiquiatr*. 2001; 29: 310-6.
20. Liwski N. La familia como la institución con la responsabilidad primordial para la protección, educación y desarrollo integral del niño, la niña y el adolescente. México, D. F.: XIX Congreso Panamericano del niño; 2004. p. 1-12.

21. León AT, Roosevelt E. Promoción de una cultura de derechos: Rol de la familia, el estado, la sociedad civil y los medios de comunicación. México, D. F.: Congreso Panamericano de la Ciudad de México; 2004. p. 1-13.
22. Saucedo-García JM. La salud mental y la violencia familiar dirigida al menor. *Gac Med Mex*. 2002; 2: 164-8.
23. González-Fortaleza C, Villatoro-Velásquez J, Alcanzar-Escalera I, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Bermúdez-Lozano P, et al. Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*. 2002; 25: 1-11.
24. Lucio E, León I, Duran C, Bravo E, Velasco E. Los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico. *Salud Mental*. 2001; 24: 17-24.
25. Kotliarenko MA, Cáceres I, Álvarez C. La pobreza desde la mirada de la Resiliencia. En: Resiliencia. Construyendo en adversidad CEANIM, Santiago de Chile; 1996. p. 23-34.
26. Kotliarenko MA, Dueñas B. Vulnerabilidad versus resiliencia: Una propuesta de acción educativa. En: Resiliencia. Construyendo en adversidad CEANIM, Santiago de Chile; 1996. p. 50- 61.
27. De la Peña F, Estrada A, Almeida L, Páez F. Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria. *Salud Mental*. 1999; 22: 9-13.