

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**



INFORME FINAL.

“Relación entre la depresión y la tipología familiar en adolescentes evaluados y diagnosticados con depresión por primera vez en unidad de emergencia del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez"; en el año 2022”

Presentado Por:

Dr. Luis Alonso Mejía Mendoza.

Para Optar al Título de:

Especialista en Psiquiatría y Salud Mental.

Asesor Metodológico:

Dr. Wilson Stanley Avendaño Martell.

Ciudad Universitaria, San Salvador, Octubre 2023.

Resumen de Proyecto.

El presente estudio es de tipo Hipotético deductivo, de alcance correlacional, retrospectivo, de corte transversal. Será realizado con el fin de establecer relación de la tipología familiar con el diagnóstico de depresión en todos sus grados, en adolescentes evaluados y diagnosticados por primera vez, en unidad de emergencia del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" durante el año 2022.

Para la determinación de la tipología familiar se verificará en el familiograma de la historia longitudinal y descripción de la familia, Para el análisis estadístico se utilizó el programa Epi Info.

Se recolectaron los datos de un total de 147 expedientes, se concluye que a más desestructuración familiar mayor es el grado de que el adolescente se deprima o la depresión sea más grave que los adolescentes que pertenecen a una familia con mayor estructura familiar.

Índice

I. ANTECEDENTES.....	5
II. JUSTIFICACIÓN.....	8
OBJETIVOS	10
OBJETIVO GENERAL:	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	10
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	11
HIPÓTESIS.....	11
IV. MARCO TEÓRICO	11
LA FAMILIA.....	11
TIPOS DE FAMILIA.	12
LA FAMILIA POR SU COMPOSICIÓN SE DEFINE EN LOS SIGUIENTES TIPOS:	12
FAMILIA NUCLEAR:	12
FAMILIA COMPUESTA:.....	12
FAMILIA EXTENSA:	12
FAMILIA MONOPARENTAL:	12
FAMILIAS RECONSTITUIDAS:	12
TIPOS DE FAMILIAS SEGÚN SU CONFORMACIÓN.	13
MODOS DE SER FAMILIA (PERSONALIDAD DE LA FILIA)	13
FAMILIA RÍGIDA:	13
FAMILIA SOBREPOTECTORA:.....	13
LA FAMILIA CENTRADA EN LOS HIJOS:	13
LA FAMILIA PERMISIVA:.....	14
LA FAMILIA INESTABLE:.....	14
LA FAMILIA ESTABLE:	14
FUNCIONES DE LA FAMILIA:	14
DESARROLLO DE LA IDENTIDAD:.....	15
AGENTE DE SOCIALIZACIÓN:	15
AGENTE DE PROTECCIÓN Y APOYO:.....	15
LA ADOLESCENCIA.	15
DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS:.....	15
LA ADOLESCENCIA INICIAL 12 A 14 AÑOS:	16
LA ADOLESCENCIA MEDIA 15 A 16 AÑOS:.....	16
LA ADOLESCENCIA TARDÍA 17 A 18 AÑOS:.....	16
EL FAMILIOGRAMA.	17
DEFINICIÓN.	17
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES.	17
EPIDEMIOLOGIA.	18
FACTORES DE RIESGO	19
SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES.	21
HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.	21
DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN.....	22

V. METODOLOGÍA.....	27
TIPO DE ESTUDIO	27
POBLACIÓN Y MUESTRA	27
SELECCIÓN Y MUESTREO	27
TAMAÑO DE LA MUESTRA	27
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	27
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	27
DISEÑO METODOLÓGICO.....	28
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	28
VARIABLES	29
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	30
VI. RESULTADOS.	31
VII. CONCLUSIONES.....	42
VIII. RECOMENDACIONES.....	43
IX. ANEXOS.....	44
ANEXO 1. GLOSARIO DE TÉRMINOS	44
ANEXO 2. SIMBOLOGIA DE FAMILIOGRAMA.	45
ANEXO 3. CARTA DE PETICION DE REVISION DE EXPEDIENTE.....	46
ANEXO 4 FICHA DE CAPTURA DE DATOS.....	47
ANEXO 5. DECLARACIÓN DE MADRID SOBRE LOS REQUISITOS ÉTICOS DE LA PRÁCTICA DE LA PSIQUIATRÍA.	48
ANEXO 6. CARTA A COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIO.	51
X. REFERENCIAS	52
DISPONIBLE EN: HTTP://WWW.SCIELO.ORG.PE/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S1018- 130X2014000200001	52

I. Antecedentes.

La familia ha sido vista tradicionalmente como la unión entre consanguíneos que se genera, en la mayoría de los casos, por el matrimonio. Sin embargo, las transformaciones del mundo industrializado, tecnológico, globalizado y moderno han llevado a las sociedades a ser más dinámicas y a transformarse con mayor velocidad, así como también a adoptar y aceptar nuevos patrones de organización familiar.

Las familias salvadoreñas no son la excepción, enfrentándose desafíos derivados del nivel de desarrollo económico, las pautas socioculturales predominantes y las tendencias demográficas. (4)

La depresión es un trastorno mental que ha aumentado progresivamente en la población en general y, consecuentemente, se hace cada vez más presente en las familias, motivando la búsqueda de ayuda tanto en los servicios de atención primaria de la comunidad como en los servicios psiquiátricos y hospitales generales, en sus diversas unidades. Entre los desórdenes médicos la depresión es una de las más frecuentes, sea aisladamente o en comórbido con otras entidades clínicas. (8)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha categorizado a la depresión entre los diagnósticos clínicos más incapacitantes, se estima que para el año 2020 será la segunda causa de enfermedad en el mundo, apenas superada por las enfermedades cardiovasculares. El estudio de los cuadros depresivos, en la adolescencia ha sido objeto de creciente interés. En las últimas décadas diversas investigaciones reportan una elevada tasa de depresión en este grupo de edad. (9)

El entorno familiar es el núcleo en el que el adolescente madurará y donde buscará apoyo, por lo tanto, el buen funcionamiento en el hogar es el que hace posible su adaptación y se encuentra en relación con su estructura que, a su vez, está sujeta a un proceso dinámico de renovaciones que varían de acuerdo al ciclo vital en que se ubiquen por los acontecimientos vitales estresantes que esté superando. La composición familiar es un mecanismo a tener en cuenta como causa etiológica tanto en las enfermedades psicológicas como en las orgánicas. Siguiendo esta premisa, la constitución nuclear sería la más apropiada para el correcto desenvolvimiento del adolescente, mientras que otros tipos, lo llevarían al desarrollo de diversas complicaciones, entre ellos, los síntomas depresivos.(5)

En El Salvador no se cuenta con estudios sobre la depresión en adolescente, ni relación de la tipología familiar y depresión.

Hospital Nacional psiquiátrico “José Molina Martínez”.

Ubicado en Calle la Fuente Cantón Venecia, Soyapango, San Salvador, frente a Unicentro Soyapango, tiene un área de 49.000 m².

El 4 de febrero de 1859, el gobernante Gerardo Barrios nombró una comisión para estudiar y evaluar las normas referentes al tratamiento de enfermos mentales.

Ese mismo año, el gobierno aprobó algunas propuestas hechas por la comisión. Pero no hubo muchos avances, pues no existía un espacio para la atención de pacientes

(22).

Años más tarde, el presidente Antonio Gutiérrez (1894- 1898) propuso crear el “Manicomio general de San Salvador”. Carlota de Gutiérrez, su esposa, donó un par de aretes de brillantes valorados en 10 mil colones para la elaboración de planos para la construcción. Con el dinero se compraron 60 manzanas de terreno

donde hoy se encuentra actualmente ubicado el Instituto Nacional Francisco Menéndez (INFRAMEN) y se comenzó la edificación (22.

El 21 de junio de 1912 se concluye la construcción de un edificio destinado para “locos tranquilos”. En un principio lo llamaron Alienados Manicomio Nacional y, posteriormente, Asilo Salvador.

En 1918, el gobierno de turno adquirió otras 7 manzanas en el cantón Venecia de Soyapango, donde se encuentra actualmente el Hospital Psiquiátrico. Pero fue hasta el 16 de octubre de 1975 que se inauguró el Hospital Nacional General y de Psiquiatría Dr. José Molina Martínez (22).

Administración.

Para su administración el hospital se encuentra dividido en el área general donde se encuentran las especialidades de cirugía, medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia y el área de psiquiatría que cuenta con una unidad de emergencia, consulta externa, pabellón de observación, agudos hombres, agudos mujeres, adiciones y crónicos hombres y crónicos mujeres.

Otros datos de interés.

La unidad de emergencia es donde se evalúan a los pacientes para determinar el tratamiento intrahospitalario o ambulatorio, siendo también hospital referente nacional de interconsulta y referencias

II. Justificación

La familia es considerada como uno de los más importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la calidad de vida. Sin embargo, es frecuente en la consulta médica, encontrar personas con un problema psicosocial donde está implicada la familia. Por otro lado, así como no hay dos personas iguales, puede decirse que no hay dos familias iguales, aunque desde el punto de vista de su estructura tengan la misma tipología ⁽⁶⁾.

La depresión es un trastorno mental que ha aumentado progresivamente en la población en general y, consecuentemente, se hace cada vez más presente en las familias, motivando la búsqueda de ayuda tanto en los servicios de atención primaria de la comunidad como en los servicios psiquiátricos y hospitales generales, en sus diversas unidades. Entre los desórdenes médicos la depresión es una de las más frecuentes, sea aisladamente o en comórbida con otras entidades clínicas. Es una enfermedad que, mayormente, pasa desapercibida tanto para los profesionales cuanto, para las familias, perjudicando los resultados de la asistencia al paciente. ⁽⁸⁾

La importancia del estudio, es determinar la relación que existe entre la depresión y la tipología familia de adolescentes, ya que hasta el momento no se cuenta con estudios que aborden el tema, por lo que no se cuenta con evidencia para poder realizar intervenciones oportunas, cuando se identifique a pacientes que presenten factores que puedan predisponer a un cuadro depresivo, como bien las literaturas refiere que es una enfermedad que va en ascenso, que puede ser tan grave que puede llegar a producir incapacidad funcional, y para los adolescentes quienes aún no han desarrollado sus mecanismos de afrontamiento puede ser más grave, y la familia es la piedra angular para el desarrollo del adolescente algunas literaturas exponen la desintegración familiar como un factor contribuyente para depresión, pero no hay estudios en El Salvador que

demuestren esa relación.es por eso un tema de investigación de mucho interés para el campo de la psiquiatría.

.

Objetivos.

Objetivo general:

- Determinar la relación entre la depresión y la tipología familiar en adolescentes evaluados y diagnosticados con depresión por primera vez en unidad de emergencia del hospital nacional psiquiátrico en el año 2022.

Objetivos específicos:

- Describir las características sociodemográficas de los adolescentes evaluados y diagnosticados con depresión por primera vez en unidad de emergencia del hospital nacional psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" en el año 2022.
- Identificar los tipos de familia más frecuentes en adolescentes evaluados y diagnosticados con depresión por primera vez en unidad de emergencia del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" en el año 2022.
- Determinar la relación de depresión y tipología familiar según sexo de los adolescentes evaluados y diagnosticados con depresión por primera vez en la unidad de emergencia del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" en el año 2022.

Pregunta de investigación.

¿Existe relación entre el tipo de familia y la depresión en los adolescentes evaluados y diagnosticados por primera vez en unidad de emergencia del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" durante el año 2022?.

Hipótesis.

III. A mayor desestructuración familiar, mayor es el riesgo de que el adolescente desarrolle un cuadro de depresión.

IV. Marco teórico.

La familia.

Definición: es un sistema social abierto, dinámico, dirigido a metas y autorregulado. Además, ciertas facetas tales como su estructuración única de género y generación lo diferencian de otros sistemas sociales. Más allá de esto, cada sistema individual familiar está configurado por sus propias facetas estructurales particulares (tamaño, complejidad, composición, estadio vital), las características psicobiológicas de sus miembros individuales (edad, género, fertilidad, salud, temperamento, etc.) y su posición sociocultural e histórica en su entorno más amplio. (7)

Un modo de organización en el que dos o más personas, que viven juntas y se relacionan, unas con otras, comparten sentimientos, responsabilidades, información, costumbres, valores, mitos y creencias. Cada miembro desempeña cierta función que permite mantener el equilibrio de esta organización (7).

Estas sirven como el marco donde se realiza la primera socialización de los nuevos individuos de una sociedad, por medio de lo que se llama educación y esta se realiza de acuerdo con el código cultural de cada sociedad. (1)

Tipos de familia.

La familia por su composición se define en los siguientes tipos:

Familia nuclear:

Conformada por padres e hijos, Es aquella integrada por un padre, una madre y los hijos. Aunque a veces también se puede considerar un caso de familia nuclear a una pareja sin hijos. (3, 7).

Familia compuesta:

Conformada por padres, hijos y abuelos. Este modelo de familia se caracteriza por la existencia de hijos adoptados. También puede considerarse este tipo de familia cuando los hijos solo tienen relación consanguínea con uno de los padres. (3, 7)

Familia extensa:

Formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Una familia extensa puede incluir abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines (2).

Familia monoparental:

Conformada por madre o padre solo con hijos. el padre o madre debe no estar viviendo en pareja, incluso puede vivir con amigos o sus propios padres (7).

Familias reconstituidas:

Es el tipo de familia más frecuente y es la familia que rota después de un divorcio y se rehace con el padre o la madre que tiene a cargo los hijos y su nuevo cónyuge (7).

Tipos de familias según su conformación.

Al determinar la proporción que cada tipo de familia representa respecto del total, puede apreciarse que la mayor parte de las familias en El Salvador son de tipo nuclear, seguido por las familias extensas y en tercer lugar, las monoparentales. Las familias nucleares, esto es conformadas por un jefe o jefa de hogar, un cónyuge e hijos/as, han mantenido su proporción estable durante los últimos 20 años, abarcando aproximadamente un 38 % del total de familias (38.6 % en 1992 y 37.5 % en 2012) (4).

En relación con las familias extensas, se observa una disminución de alrededor de 7 puntos porcentuales (pp) en la fracción que estas representan respecto del total, pasando de 39.3 % en 1992 a 32.2 % en el año 2012(4).

Modos de ser familia (personalidad de la filia)

Familia Rígida:

Dificultad en asumir los cambios de los hijos/as. Los padres brindan un trato a los niños como adultos. No admiten el crecimiento de sus hijos. Los Hijos son sometidos por la rigidez de sus padres siendo permanentemente autoritarios (1).

Familia sobreprotectora:

Preocupación por sobreproteger a los hijos/as. Los padres no permiten el desarrollo y autonomía de los hijos/as. Los hijos/as no saben ganarse la vida, ni defenderse, tienen excusas para todo, se convierten en "infantiloides". Los padres retardan la madurez de sus hijos/as y al mismo tiempo, hacen que estos dependen extremadamente de sus decisiones (1).

La familia centrada en los hijos:

Hay ocasiones en que los padres no saben enfrentar sus propios conflictos y centran su atención en los hijos; así, en vez de tratar temas de pareja, traen siempre a la conversación temas acerca de los hijos, como si entre ellos fuera el único tema de

conversación. Este tipo de padres busca la compañía de los hijos/as y depende de estos para su satisfacción. En pocas palabras “viven para y por sus hijos” (1).

La Familia permisiva:

En este tipo de familia, los padres son incapaces de disciplinar a los hijos/as, y con la excusa de no ser autoritarios y de querer razonarlo todo, les permiten a los hijos hacer todo lo que quieran. En este tipo de hogares, los padres no funcionan como padres ni los hijos como hijos y con frecuencia observamos que los hijos mandan más que los padres. En caso extremo los padres los padres no controlan a sus hijos por temor a que estos se enojen (1).

La familia inestable:

La familia no alcanza a ser unida, los padres están confusos acerca del mundo que quieren mostrar a sus hijos por falta de metas comunes, les es difícil mantenerse unidos resultando que, por su inestabilidad, los hijos crecen inseguros, desconfiados y temerosos, con gran dificultad para dar y recibir afecto, se vuelven adultos pasivos-dependientes, incapaces de expresar sus necesidades y por lo tanto frustrados y llenos de culpa y rencor por las hostilidades que no expresan y que interiorizan (1).

La familia estable:

La familia se muestra unida, los padres tienen claridad en su rol sabiendo el mundo que quieren dar y mostrar a sus hijos/as, lleno de metas y sueños. Les resulta fácil mantenerse unidos, por lo tanto, los hijos/as crecen estables, seguros, confiados, les resulta fácil dar y recibir afecto y cuando con altos grados de madurez e independencia (1).

Funciones de la familia:

Es en el ambiente familiar donde se obtienen los primeros conocimientos sobre la vida, los sentimientos de amor, la confianza en sí mismo y el aprecio por los demás. La familia también cumple funciones que le permiten garantizar supervivencia y

perpetuación de la cultura en la sociedad, siendo sus funciones principales las siguientes (5, 23):

Desarrollo de la identidad:

Las primeras personas que inculcan y enseñan el autoconocimiento, la autovaloración y la formación de un buen nivel de autoestima en los hijos, son los padres. Se conoce que una autoestima adecuada en los miembros de una familia es reflejo de buen clima familiar, basada en comunicación y cohesión familiar (5, 23).

Agente de Socialización:

La familia es el primer agente socializador de los hijos. Desde que la madre está en periodo de embarazo inicia la comunicación del menor con ella a través de las sensaciones, luego al nacer y crecer los primeros en enseñarle a comunicarse son los padres y las personas que conviven con él en el hogar (5, 23).

Agente de protección y apoyo:

La familia como agrupación de seres humanos unidos por vínculos afectivos, tiene un rol importante en la vida de cada persona ya que la interrelación entre los miembros está basada en sentimientos de apego y amor (5, 23).

La adolescencia.

Definición y características:

La adolescencia es el periodo de transición entre la niñez y la etapa adulta, donde el sujeto atraviesa cambios profundos en el área fisiológica, social y psicológica: Estos cambios tendrán trascendencia en su adaptación psicológica y social como adulto (7).

La adolescencia es aquella etapa del desarrollo entre los 10 a 19 años que constituye una serie de transformaciones físicas, psíquicas y sociales y que

determinan el paso de la niñez a la edad adulta **7**. Por tener diversos cambios a todo nivel la adolescencia no debe catalogarse como un periodo unitario y homogéneo, sino un conjunto de fases por las cuales la persona va formando identidad y personalidad. Por ello existen 3 fases a las que se hace frente (7).

La adolescencia inicial 12 a 14 años:

La adolescencia inicial, comprende desde la pubertad hasta los 13 o 14 años. Es la fase en la que se despierta la necesidad de interrelacionarse entre compañeros del mismo sexo y el sexo opuesto, con la finalidad de validar su autoconocimiento y valorarse (7).

La adolescencia media 15 a 16 años:

Se caracteriza por la curiosidad de experimentar sensaciones de índole sexual y al mismo tiempo empieza el deseo de ganar autonomía emocional. Las señoritas y jóvenes comienzan a sentir la necesidad de sentir fuerza emocional en lugar de depender infantilmente de los padres, la necesidad de tomar decisiones propias en temas personales y cuidar de sí mismos (7).

La adolescencia tardía 17 a 18 años:

Es la etapa en la cual las relaciones interpersonales se tornan más profundas dado a que el adolescente ha evolucionado en el criterio para elegir con autonomía en base a valores y principios aprendidos. Es común ver que el deseo de independencia empieza primero en las mujeres. Definitivamente los cambios que debe afrontar el adolescente crean un ambiente tenso con los padres y al mismo tiempo una predisposición a problemas emocionales, pero si el clima familiar se torna negativo y conflictivo en lugar de reflejar aceptación y sensibilidad, los problemas se agudizan (7).

El familiograma.

Definición.

Es la representación gráfica a través de un instrumento que registra información sobre estructura y/o composición de una familia (genograma estructural) y las relaciones y/o funcionalidad entre sus miembros (genograma relacional), de por lo menos tres generaciones ⁽¹³⁾.

Mediante el uso de símbolos permite al entrevistador recoger, registrar, relacionar y exponer categorías de información del sistema familiar, en un momento concreto de su evolución, como si se tratase de una radiografía y/o fotografía y utilizarlo para la resolución de problemas, educación y prevención en salud individual y familiar. Al ser un instrumento dinámico debe actualizarse periódicamente por los cambios que se suceden en el transcurrir del tiempo en la familia. Su construcción al principio demanda entre 20 a 30 minutos, con la práctica toma un promedio de 12 minutos.

El familiograma proporciona información sobre:

- a) Composición familiar (tipología).
- b) Relaciones biológicas y legales (presencia de familiares y vínculo con el paciente, uniones, matrimonios, separaciones, divorcios).
- c) Relaciones interpersonales.
- d) Problemas de salud o de otro tipo, como violencia, suicidio, entre otros, o causas de fallecimiento de sus integrantes.
- e) La ocupación o datos labores importantes de la familia ⁽¹⁴⁾.

Ver anexo 2.

Depresión en adolescentes.

Los trastornos depresivos en jóvenes constituyen una considerable preocupación en el ámbito de la salud pública, dada su prevalencia y porque a largo plazo

provocan efectos adversos en el desarrollo cognitivo, social y psicológico del individuo (20).

La depresión es un trastorno de salud mental común. A nivel mundial, se estima que el 5% de los adultos padecen este trastorno. Se caracteriza por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que previamente eran gratificantes y placenteras (10).

La depresión en los adolescentes es más probable cuando ellos perciben disfunción en sus familias. La relación en los trastornos depresivos entre el sexo femenino y masculino en adolescentes provenientes de familias desestructuradas es de 3:1, la carencia de redes de apoyo en el ambiente familiar de los adolescentes afecta en su proceso psicosocial, siendo ello potencial factor de riesgo para la depresión y algún otro tipo de conductas autodestructivas como la ideación suicida, las adicciones, embarazos precoces, etcétera (15,1617).

La asociación encontrada entre algunos tipos de familia y la depresión en los adolescentes nos invita a recordar el papel de dicha institución social en el proceso de salud enfermedad. La depresión como trastorno mental está estrechamente relacionada con el riesgo de suicidio, por lo cual, juega un papel determinante en esta conducta y afecta principalmente a los adolescentes, los trastornos afectivos y sobre todo el trastorno depresivo mayor es el trastorno psiquiátrico que más se relaciona con el suicidio (18,19).

Epidemiología.

Se considera a la depresión como la segunda patología más frecuente en psiquiatría infantil, su prevalencia en población general se ha descrito de 0.4% a 2.5% en niños y de 0.4% a 8.3% en adolescentes, mientras que la prevalencia del trastorno distímico fluctúa entre 4% y 7% en niños y adolescentes, los niños en edad escolar presentan este padecimiento con mayor frecuencia que las niñas cambiando en la adolescencia a una razón 2:1 a favor de las mujeres (11, 24).

. En el peor de los casos, puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 700 000 personas. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años ⁽¹¹⁾.

En las Américas la depresión es uno de los principales problemas de salud pública que requiere atención, en el año 2015 se reportaron aproximadamente 50 millones de personas afectadas lo que representa un aumento del 17 % con respecto al año 2005⁽⁵⁾ y aporta un 15 % a la morbilidad global ⁽¹⁵⁾.

Aunque hay tratamientos conocidos y eficaces contra los trastornos mentales, más del 75% de las personas afectadas en los países de ingresos bajos y medianos no recibe tratamiento alguno ⁽¹²⁾.

Factores de riesgo.

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos ⁽¹²⁾.

Biológico: genética, Los trastornos depresivos son más frecuentes en familiares adultos de niños y adolescentes deprimidos. El componente genético de la depresión se puede expresar como la tendencia a exhibir un efecto negativo en respuesta a factores de estrés menores en la vida diaria, pudiendo representar un endofenotipo del trastorno ⁽¹¹⁾.

Los estudios con gemelos han demostrado que la depresión mayor es hereditaria en aproximadamente un 40% o un 50%. Se constata un mayor riesgo de depresión en hijos de individuos que padecen el trastorno, y este riesgo aumenta si los padres presentaron un trastorno depresivo a una edad temprana ⁽²⁰⁾.

Tabla 3. Modelos biológicos de la depresión.

Modelos biológicos de la depresión	Teorías
Neuro transmisores	Teoría de la mono aminos. Deficiencia de noradrenalina y de serotonina. ¹²⁻²¹
	Hipótesis glutamaérgica. Niveles elevados de glutamato intracelular y extracelular, relacionado con ánimo triste. ²⁵ Niveles bajos de glutamina está relacionado con anhedonia. ²⁶⁻²⁷ .
	Hipótesis GABAérgica. Concentraciones bajas de GABA asociado con disminución de Serotonina y NE. ²⁷
Hormonal	Disfunción del eje hipotalámico cortico adrenal. Prueba positiva de supresión de la dexamentasona; la depresión es un proceso inflamatorio crónico. ³²
	Disfunción tiroidea. Existe hiperreactividad del sistema inmune, anticuerpos anti tiroideos en los pacientes con cuadro afectivo. ³²

Nogales I,

Rodríguez J, Cortes M, Depresión en niños y adolescentes guía clínica del hospital Psiquiátrico infantil Juan N Navarro [Internet]2015[citado enero de 2023] pp 8.

Psicológicos: Las teorías cognitivas postulan que el estilo atribucional negativo, caracterizado por pesimismo y desesperanza, precede al desarrollo del trastorno depresivo en los jóvenes y adultos en respuesta negativas a circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, separación de la familia, eventos traumáticos) (11).

En este sentido, la relación del adolescente con sus padres se considera importante en el desarrollo de la depresión, puesto que las dificultades en el vínculo y el poco apoyo emocional les hace más proclives a ella cuando enfrentan eventos estresantes (15).

Sociales: la experiencia de acontecimientos negativos se considera a menudo un factor precipitante (cambios de residencia, delincuencia, bullying). Aspectos socioculturales como el género y el tipo de comunidad en la que habitan los adolescentes son factores importantes en la etiología de la depresión, en tanto que los estilos de crianza, las normas y los valores familiares varían de acuerdo con dichas condiciones (11, 17).

Síntomas de la depresión en adolescentes.

Mismos síntomas que en la edad prepuberal.

Conducta negativista.

Agresividad.

Irritabilidad.

Anhedonia.

Desgano para cooperar en actividades familiares.

Desinterés por el aseo personal.

Dificultades escolares.

Retraimiento social con hipersensibilidad.

hipersensibilidad al rechazo.

Desinterés por cosas que antes le atraían.

Ideas de muerte y suicidio.

Planes suicidas (11, 20).

Historia natural de la enfermedad.

La historia natural de la depresión es variable, el trastorno puede comenzar a cualquier edad. Los síntomas suelen desarrollarse en el transcurso de días a semanas. En algunos casos la depresión aparece de forma brusca, a menudo en asociación con un factor de tensión psicosocial grave. Puede existir un factor familiar que actúe como antecedente, desencadenante o perpetuante del cuadro actual. La duración de un episodio depresivo también es variable. Se estima que, sin tratamiento, el episodio suele durar entre 6 y 18 meses (11, 20).

Mientras algunos niños sólo presentan un episodio de depresión con restauración completa del funcionamiento premórbido, más del 50% de los pacientes que padecen dicho episodio eventualmente presentará otro. El curso de la depresión recurrente es variable; algunos pacientes presentan episodios separados por intervalos de muchos años de funcionamiento normal, otros presentan episodios agrupados y hay otros que tienen episodios cada vez más frecuentes. Cuanto más temprano en la vida se presenta el cuadro depresivo, es más común la recurrencia

en la adultez. Entre los episodios, el funcionamiento psicosocial global generalmente vuelve al estado premórbido, aunque en 20-35% de los casos se observan síntomas residuales persistentes y deterioro escolar o social. Las complicaciones más graves de la depresión son el suicidio y otros actos violentos. Otras complicaciones incluyen dificultades familiares, sociales y fracaso escolar, este último puede ser un perpetuante del cuadro depresivo. El deterioro persistente en el funcionamiento psicosocial también puede asociarse a la aparición de trastornos de personalidad (11, 20).

Diagnóstico de Depresión.

El proceso de evaluación diagnóstica debe incluir:

1. Historia clínica psiquiátrica y médica general, también puede hacerse a través de una entrevista diagnóstica como el K-SADS-PL, el MINIKid, la Entrevista Semiestructurada para adolescentes (ESA).
2. Evaluación física que incluya exploración neurológica.
3. Examen del estado mental.
4. Evaluación de la severidad de la enfermedad por medio de escalas, como la de Birleson, el inventario de depresión de Kovacs o el inventario de depresión de Beck en el caso de adolescentes.
5. Evaluación del riesgo suicida y autoagresión.
6. Evaluación de Calidad de vida. Cuestionario de Calidad de Vida Pediátrica (PedsQLTM 4.0) (11).

Criterios CIE-10 para episodio depresivo.

G 1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

G2. No ha habido síntomas hipomaniacos o maníacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaniaco o maníaco (F30.-) en ningún período de la vida del individuo.

G3. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a ningún trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09).

Síndrome somático.

Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos que aquí se denomina "somáticos" tienen un significado clínico especial (en otras clasificaciones se utilizan términos como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos). Puede utilizarse un quinto carácter (como se indica en F31.3; F32.0 y F32.1; F33.0 y F33.1) para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático. Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

1. Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes en actividades que normalmente eran placenteras.
2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente producen una respuesta emocional.
3. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.
5. Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas).
6. Pérdida marcada de apetito.
7. Pérdida de peso (5% o más del peso corporal del último mes).
8. Notable disminución de la libido.

F32.0. Episodio depresivo leve.

A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).

B. Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes:

1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistentes durante al menos dos semanas.

2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.

3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.

C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de cuatro:

1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.

2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.

3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.

4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.

5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).

6. Cualquier tipo de alteración del sueño.

7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

f32.1 Episodio depresivo moderado.

A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).

B. Presencia de, al menos, dos de los tres síntomas descritos en el criterio B de F32.0.

C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, para sumar un total de al menos seis síntomas.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

A. Deben cumplir los criterios generales de episodio depresivo (F32).

B. Presencia de los tres síntomas del criterio B de F32.0.

C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, hasta un total de al menos ocho.

D. Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicótico.

- A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).
- B. Deben cumplirse los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2), a excepción del criterio D.
- C. No se cumplen los criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3) ni de trastorno esquizoafectivo (F25.1).

D. Presencia de cualquiera de los siguientes:

1. Ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia -criterio G1.1.b), c) y d) de F20.0-F20.3- (es decir, ideas delirantes que no sean completamente inverosímiles o culturalmente inapropiadas, y alucinaciones que no sean voces en tercera persona o comentando la propia actividad). Los ejemplos más comunes son las de un contenido depresivo, de culpa, hipocondríaco, nihilístico, autorreferencial o persecutorio.

2. Estupor depresivo.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar si los síntomas psicóticos son o no congruentes con el estado de ánimo:

F32.30 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo, ideas delirantes de culpa, inutilidad, de enfermedad corporal o de desastre inminente, o alucinaciones auditivas de burla o condenatorias).

F32.31 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo, ideas delirantes de persecución o autorreferenciales o alucinaciones sin un contenido afectivo).

F 34.1 Distimia.

A. Presencia de un período de al menos dos años (un año en adolescentes) de humor depresivo constante o constantemente recurrente. Los períodos intermedios de estado de ánimo normal raramente duran más que pocas semanas y no hay episodios de hipomanía.

B. Ninguno, o muy pocos, de los episodios individuales de depresión en este período de dos años debe ser lo suficientemente severo o prolongado para cumplir criterios de trastorno depresivo recurrente leve (F33.0).

C. Presencia de por lo menos tres de los siguientes durante, al menos, alguno de los períodos de depresión:

1. Disminución de la energía o de la actividad.
2. Insomnio.
3. Pérdida de la confianza en sí mismo o sentimientos de inferioridad.
4. Dificultad para concentrarse.
5. Llanto fácil. 6. Pérdida de interés o satisfacción por el sexo y otras actividades placenteras.
7. Sentimientos de desesperación o desesperanza.
8. Percepción de incapacidad para afrontar las responsabilidades rutinarias de la vida diaria.
9. Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado.
10. Aislamiento social.
11. Disminución de la locuacidad.

V. Metodología.

Tipo de estudio.

Hipotético deductivo, de alcance descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

Población y Muestra.

Universo: total de adolescentes que consultaron en unidad de emergencia de hospital nacional psiquiátrico.

Selección y muestreo.

Se seleccionaron todos los expedientes de los adolescentes que fueron evaluados y diagnosticados con depresión por primera vez en unidad de emergencia del hospital nacional psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" en el año 2022, los cuales fueron verificados según censo de emergencia y libro de expedientes de enfermería del año 2022.

Tamaño de la muestra.

El total de la muestra fueron todos los adolescentes que fueron evaluados y diagnosticados con depresión por primera vez en unidad de emergencia de Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" durante el año 2022, los registros determinaron 150 expedientes en total.

Tipo de muestra por conveniencia.

Criterios de inclusión.

- Todas aquellas personas que tengan edad entre 12 y 18 años.
- Personas que sean evaluadas por primera vez en unidad de emergencia de psiquiatría.
- Que cumplan criterios de depresión.

Criterios de exclusión.

- Que no se encuentre el expediente clínico.

- Persona que no cumplan con los criterios de depresión.
- Personas que tenga otro diagnostico que no sea depresión.

Diseño Metodológico

El estudio se realizó por medio de la revisión de expedientes clínicos, donde se extrajeron los datos a una base ya establecida, de la historia longitudinal, los puntos con mayor importancia de la historia longitudinal que se tomaron en cuenta son los datos de identificación, familiograma y descripción de la familia, con los cuales posterior a ser extraídos se procesaron para el análisis de los datos.

El instrumento que se elaboró para la extracción de datos fue creado ya que no se encontró ningún instrumento que se pudiera utilizar en este estudio.

Análisis estadístico

Se realizó una sola ficha, luego se creó una base de datos en Epi Info, disponible en la web sin costo, se digito la información en ese mismo programa y se analizó en el mismo. Los gráficos que se presentan de acuerdo con el análisis se hicieron con el programa Excel Office 365 utilizando la base de datos.

Variables.

Variable	Definición operacional	Clasificación	Dimensión de la variable	Indicador	Fuente
Edad	Años de vida del paciente diagnosticado.	Cualitativa	12-17 años	Fecha de nacimiento en expediente.	Historia longitudinal.
Sexo	Características orgánicas que distinguen a un hombre de una mujer.	Cualitativa	Femenino Masculino	Fenotipo del paciente diagnosticado.	Historia longitudinal.
Estado civil	Situación de entre 2 personas que cohabitan juntos.	Cualitativa	-	Soltero, unión libre.	Hoja de datos inicial
Área geográfica de vivienda.	Área donde esta ubicada la casa del paciente diagnosticado.	Cualitativa	Rural. Urbana.	Domicilio del paciente diagnosticado.	Historia longitudinal.
Tipología familia.	Clasificación de la familia por su composición.	Cualitativa	1. Familia nuclear. 2. familia compuesta. 3. Familia Extensa. 4. Familia monoparental. 5. familias reconstituidas.	Familiograma elaborado según descripción del paciente y familiar.	Historia longitudinal

Diagnóstico de depresión.	Enfermedad que se caracteriza por estado de ánimo triste.	Cuantitativa	Episodio depresivo leve. Episodio depresivo moderado. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Distimia.	Expediente clínico.	Historia longitudinal.
---------------------------	---	--------------	---	---------------------	------------------------

Consideraciones éticas.

La Investigación se sometió a aprobación del comité de ética de Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”, y se elaboró asimismo tomando en consideración los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos definidos en la Declaración de Helsinki para el año 2013 y los Principios Éticos de la Asociación Mundial de Psiquiatría (Anexo 5).

La información personal de los pacientes y los datos obtenidos serán estrictamente confidenciales.

VI. Resultados.

De los 150 expedientes que se pretendían revisar, se revisaron 147, 3 expedientes no cumplían con los criterios de inclusión.

Las siguientes tablas dan salida al objetivo 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población estudiada.				
Sexo.	M.	25.85 %.	F.	74.15 %.
Área geográfica.	Urbana.	76.87%.	Rural.	23.13%.
Estado civil.	Soltero.	98.64%.	Unión libre.	1.36%.
Estudia.	Si.	96.60%.	No.	3.40%.
Nivel de estudio.	E. básica.	82.31%	Educación intermedia.	17.70%.

Fuente elaboración propia de datos del estudio.

De la población estudiada según resultados el sexo femenino es la población que prevalece a razón de 2.86 por hombre, la mayor parte de la población provino del área urbana con un 76.87%, el 96.60% estaba estudiando y de estos el 82.31% estaba cursando educación básica.

Tabla 2. Características sociodemográficas de la población estudiada por sexo.				
	Sexo masculino.		Sexo femenino.	
Estado civil:	Soltero 100 %.		Soltero 98.17%,	Unión libre 1.83%.
Área Geográfica.	Rural 34.21%.	Urbana 65.79%	Rural 17.43%.	Urbana 82.57%.
Nivel de estudio:	Educación básica 78.95%.	Educación intermedia 21.05%.	Educación básica 83.49%.	Educación intermedia 16.51%.

Fuente elaboración propia de datos del estudio.

El 100 % de la población masculina estaba soltera, mientras que 1.83% de la población femenina estaba en unión libre, la mayor parte de la población vive en área urbana para ambos sexo, la diferencia es que el sexo masculino tiene un mayor porcentaje para el área rural con 34.21 % para el 17.43 % para el sexo femenino, en cuanto al nivel académico no hay mucha diferencias en ambos sexos.

Tabla 3. Nivel de estudio de la población en estudio.		
	Educación básica.	Educación intermedia.
Adolescencia inicial.	50.41 %.	
Adolescencia media.	33.89%.	53.85%.
Adolescencia tardía.	15.70%.	46.15%.

Fuente elaboración propia de datos del estudio.

Del 82.31 % de la población total que cursaba educación básica, el 50.41% tenían edad de 12 a 14 años, el 33.89% tenían edad de 15 a 16 años y el 15.70 % tenían edad de 17 años.

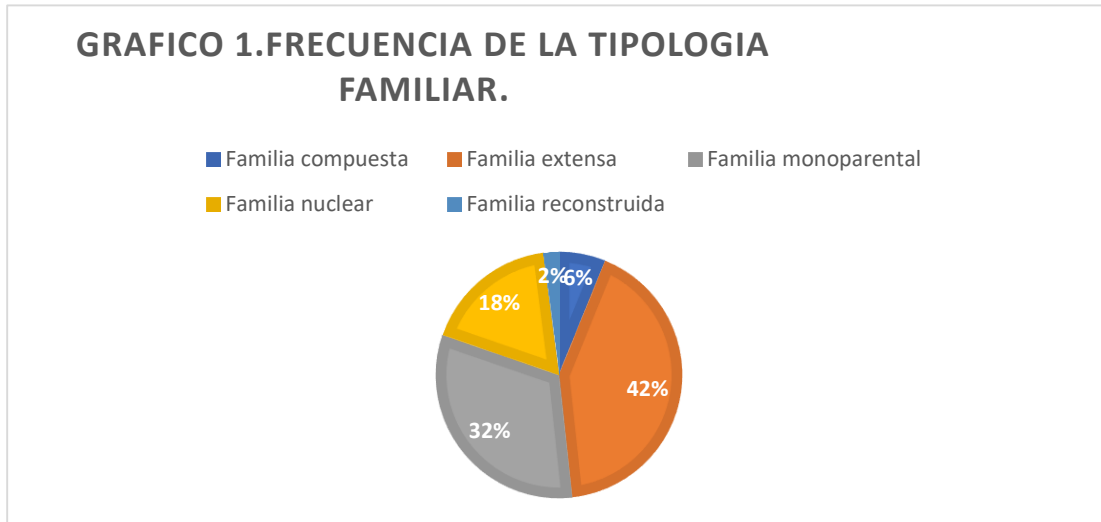
Del 17.70 % de la población total que cursaba educación intermedia, el 53.85 % tenían edad de 15 a 16 años y el 46.15 % tenían edad de 17 años.

Las siguientes tablas y gráficos dan salida al objetivo 2.

Tabla 4. Tipología familiar más frecuente en la población estudiada.		
Tipología familiar.	Frecuencia.	Porcentaje.
Familia compuesta	9	6.12%
Familia extensa	62	42.18%
Familia monoparental	47	31.97%
Familia nuclear	26	17.69%
Familia reconstruida	3	2.04%
Total	147	100.00%

Fuente elaboración propia de datos del estudio.

Se observa que los tipos de familia más frecuentes son la familia extensa con el 42.18%, familia monoparental 31.97% y nuclear 17.69%.



Fuente elaboración propia de datos del estudio.

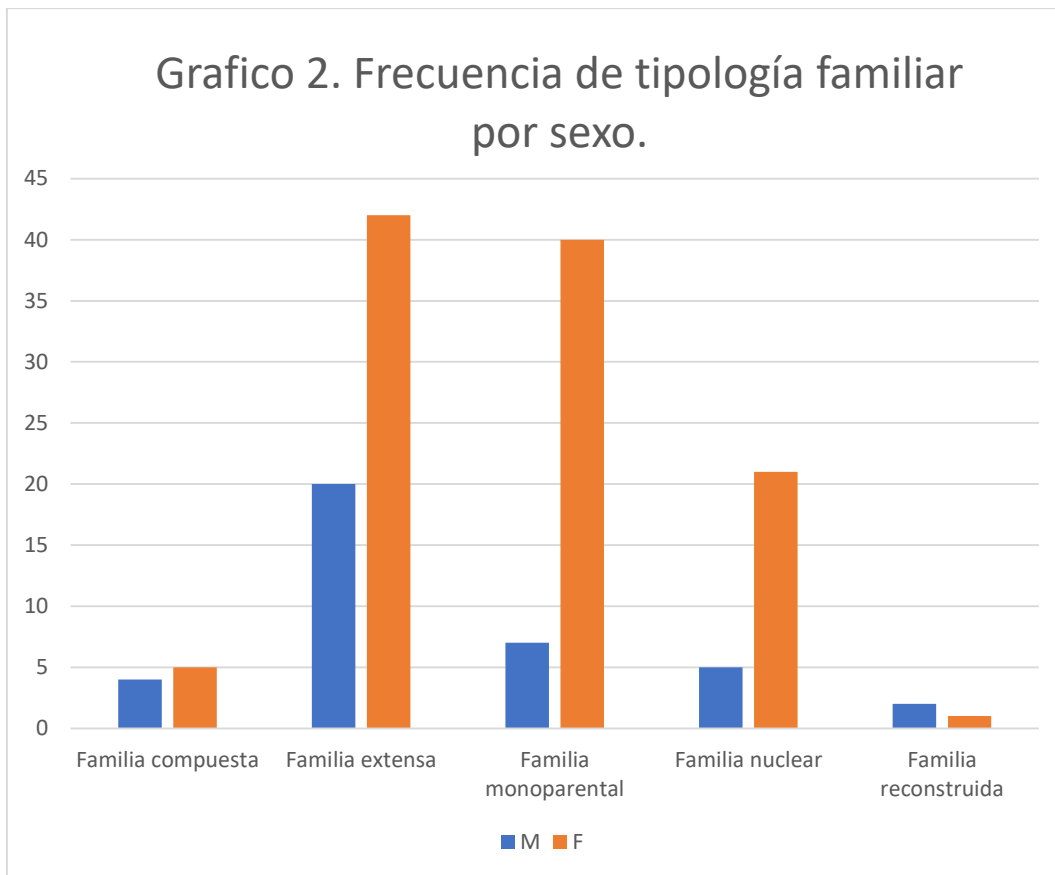
Los tipos de familias más frecuentes en los adolescentes son la familia extensa, familia nuclear y familia monoparental, los cuales concuerdan con la literatura citada en el estudio donde refiere que son las más frecuentes en El Salvador.

Tabla 5. Frecuencia de tipología familiar por género.

	Masculino.	Femenino.
Familia compuesta.	10.53%	4.59%
Familia extensa.	52.63%	38.53%
Familia monoparental.	18.42%	36.70%
Familia nuclear.	13.16%	19.27%
Familia reconstruida.	5.26%	0.92%

Fuente elaboración propia de datos del estudio.

Más de la población del sexo masculino pertenece a una familia extensa, mientras que en el sexo femenino la población pertenece al tipo de familia extensa y monoparental en proporciones similares con un 38.53% y 36.70% respectivamente.



Fuente elaboración propia de datos del estudio.

No hay diferencias por sexo en cuanto la frecuencia de los tipos de familia de los adolescentes diagnosticados por primera vez que consultaron en el año 2022.

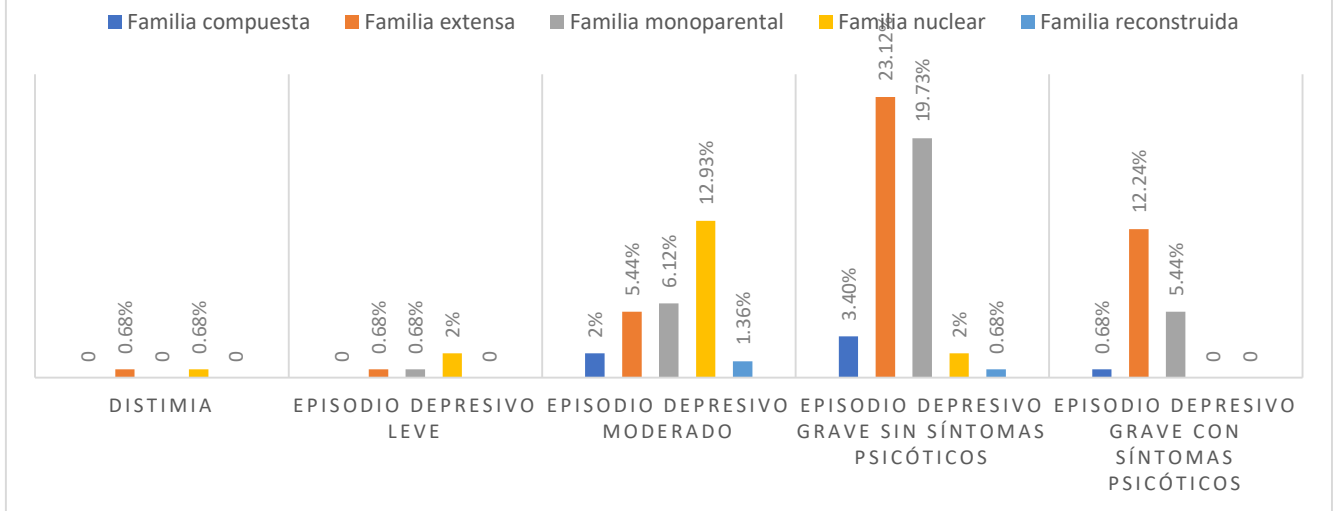
Las siguientes tablas gráficos dan salida al objetivo 3.

Tabla 6. Relación de la tipología familiar con depresión.					
Tipología familiar:	Distimia	Episodio depresivo leve	Episodio depresivo moderado	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
Familia compuesta	0	0	2 %	3.4%	0.68 %
Familia extensa	0.68 %	0.68 %	5.44%	23.12%	12.24%
Familia monoparental	0	0.68 %	6.12%	19.73%	5.44%
Familia nuclear	0.68 %	2 %	12.93%	2 %	0
Familia reconstruida	0	0	1.36%	0.68 %	0

Fuente elaboración propia de datos del estudio.

El diagnóstico de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos es el diagnóstico más frecuente con un 23.12% para la familia extensa, 19.73 para la familia monoparental y episodio depresivo moderado con 12.93 % para familia nuclear y episodio depresivo grave con síntomas psicóticos con un 12.24% para la familia extensa.

GRAFICO 3. RELACIÓN DE LA TIPOLOGÍA FAMILIAR CON DEPRESIÓN.



Fuente elaboración propia de datos del estudio.

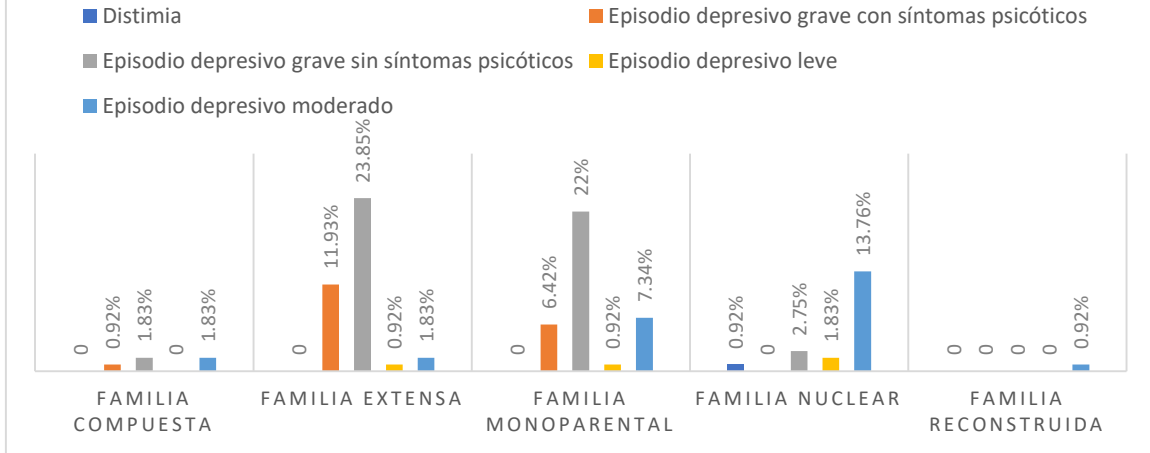
Los diagnósticos de depresión grave se observan en los adolescentes que provienen de familias de tipo extensa, compuesta, mientras que los adolescentes que fueron diagnosticados con depresión leve y moderada provenían de una familia nuclear.

Tipología familiar:	Distimia	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	Episodio depresivo leve	Episodio depresivo moderado
Familia compuesta	0	0.92%	1.83 %	0	1.83 %
Familia extensa	0	11.93%	23.85%	0.92%	1.83 %
Familia monoparental	0	6.42 %	22 %	0.92%	7.34 %
Familia nuclear	0.92%	0	2.75%	1.83 %	13.76%
Familia reconstruida	0	0	0	0	0.92%

Fuente elaboración propia de datos del estudio.

En el sexo femenino la familia extensa es la que más se relaciona con episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos y con síntomas psicóticos con un 23.85% y 11.93% respectivamente.

GRAFICO 4. RELACIÓN DE LA TIPOLOGÍA FAMILIAR CON DEPRESIÓN EN EL SEXO FEMENINO.



Fuente elaboración propia de datos del estudio.

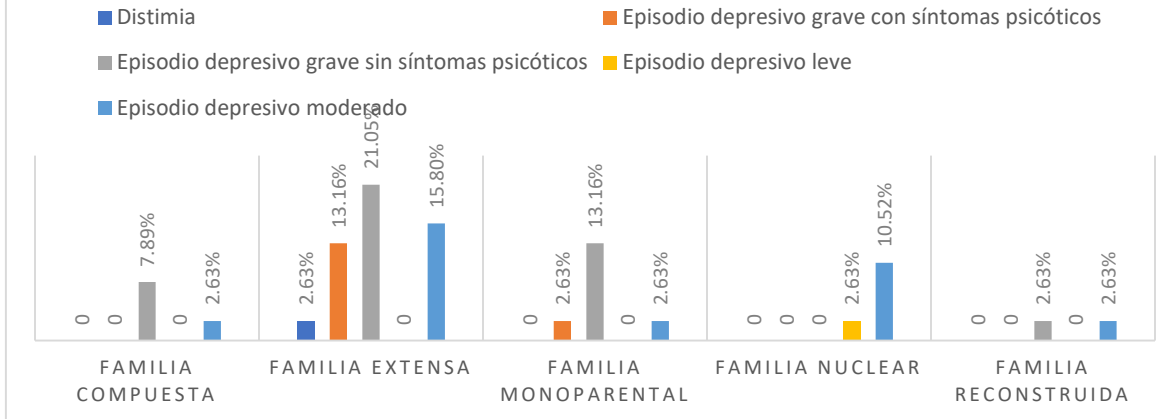
Del sexo femenino los diagnósticos de depresión grave sin síntomas psicóticos y depresión grave con síntomas psicóticos están relacionadas con el tipo de familia extensa y monoparental, en la familia nuclear se observa el episodio depresivo moderado.

Tabla 8. Relación de la tipología familiar con depresión en el sexo masculino.					
Tipología familiar:	Distimia	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	Episodio depresivo leve	Episodio depresivo moderado
Familia compuesta	0	0	7.89%	0	2.63%
Familia extensa	2.63%	13.16%	21.05 %	0	15.80 %
Familia monoparental	0	2.63%	13.16%	0	2.63%
Familia nuclear	0	0	0	2.63%	10.52%
Familia reconstruida	0	0	2.63%	0	2.63%

Fuente elaboración propia de datos del estudio.

En el sexo masculino el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos y con síntomas psicóticos es el que más se relaciona con la familia extensa con 21.05 % y 13.16% respectivamente.

GRAFICO 5. RELACIÓN DE LA TIPOLOGÍA FAMILIAR CON DEPRESIÓN EN EL SEXO MASCULINO.



Del sexo masculino los episodios depresivos graves sin síntomas psicóticos y graves con síntomas psicóticos están asociados a la tipología familiar extensa y monoparental, en la familia nuclear se asocia con episodio depresivo moderado.

Discusión.

Los resultados indican que la desestructuración familiar es un agente importante como causa etiológica de depresión y que la familia nuclear es una estructura familiar que produce síntomas leves cuando hay un diagnóstico de depresión en el adolescente coincide con las investigaciones de Horacio Vargas M. (2014) la composición familiar es un mecanismo a tener en cuenta como causa etiológica tanto en las enfermedades psicológicas como en las orgánicas. Siguiendo esta premisa, la constitución nuclear sería la más apropiada para el correcto desenvolvimiento del adolescente, mientras que otros tipos, lo llevarían al desarrollo de diversas complicaciones, entre ellos, los síntomas depresivos.

Los tipos de familia más frecuentes según los resultados del estudio son la familia extensa, familia monoparental y familia nuclear con cuerda con las investigaciones realizadas por FUSADES y UNICEF (2015) Al determinar la proporción que cada tipo de familia representa respecto del total, puede apreciarse que la mayor parte de las familias en El Salvador son de tipo nuclear, seguido por las familias extensas y en tercer lugar, las monoparentales.

En cuanto a la relación entre el sexo masculino y sexo femenino de la depresión es de 3: 1 (M 25.85 %./ F 74.15 %.) coincide con las investigaciones de Serna A, Yurani T, Vanegas V, Medina P, (2020). La depresión en los adolescentes es más probable cuando ellos perciben disfunción en sus familias. La relación en los trastornos depresivos entre el sexo femenino y masculino en adolescentes provenientes de familias desestructuradas es de 3:1.

VII. Conclusiones.

La desestructuración familiar tiene un impacto en la gravedad del diagnóstico de depresión, ya que la familia extensa que es una familia que carece de orden y estructura presento la mayoría de casos de depresión grave sin síntomas psicóticos y con síntomas psicóticos.

La familia nuclear se encuentra dentro de las familias más frecuentes de El Salvador, este tipo de familia estaría ayudando a que los síntomas de depresión sean leves.

Al determinar las características sociodemográficas de la población estudiada se determina que el sexo femenino es el que mayor se diagnostica con depresión, y que la mayoría de las personas eran del área urbana.

.

VIII. Recomendaciones.

Se observa la necesidad de un paidopsiquiatra para atención de emergencias y de hospitalización de adolescentes.

Fortalecer el área de salud mental en hospitales de segundo nivel y en unidades de salud para la identificación temprana de los casos de adolescente con depresión, principalmente en los adolescentes que carecen de estructura familiar.

Formación de programas dirigidos a la aplicación en el primer nivel de atención para dar seguimiento a los niños y adolescentes que perezcan a un núcleo familiar que carece de estructura.

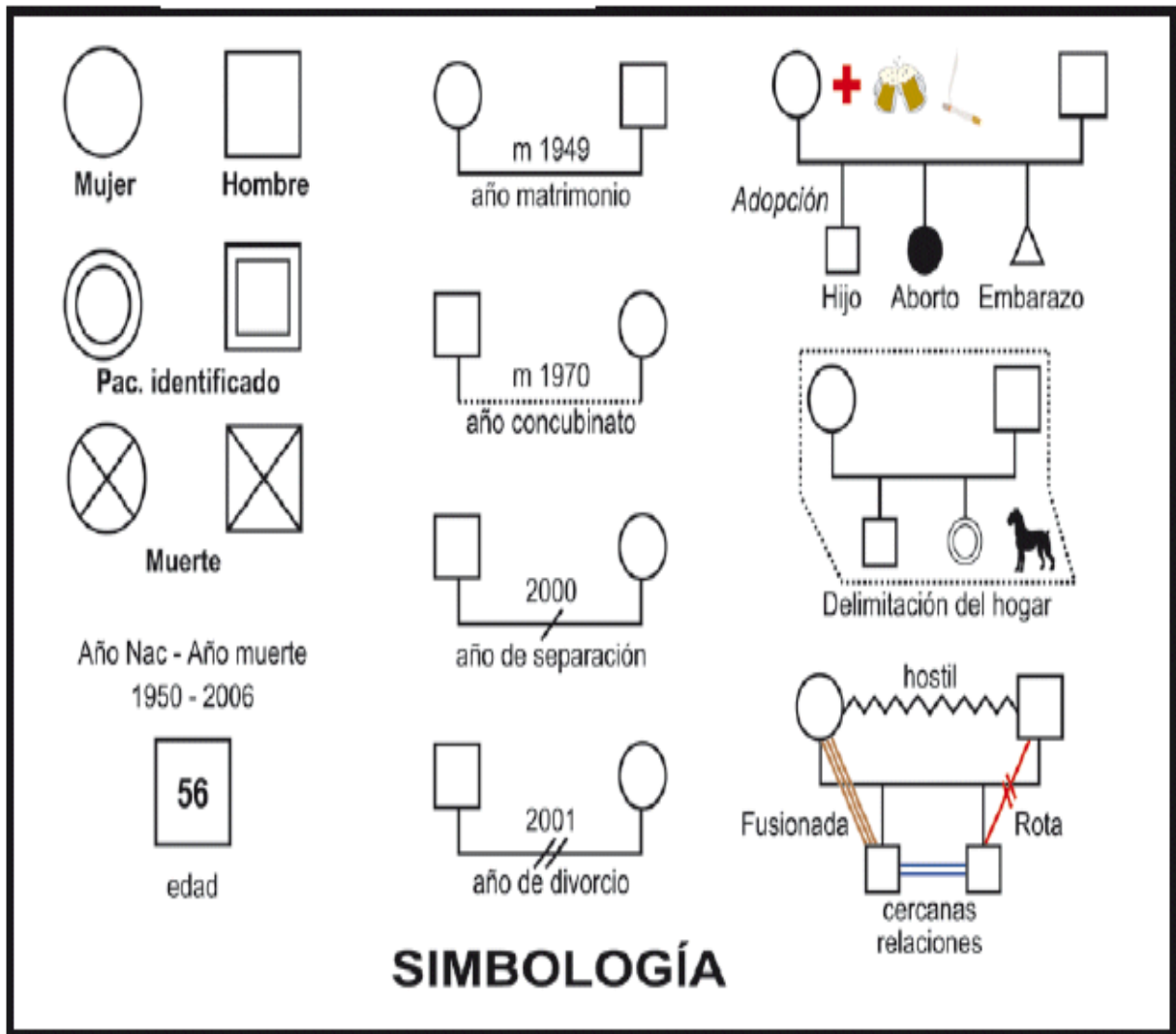
Capacitaciones al personal de primer nivel de atención y segundo nivel para identificación de adolescentes con síntomas de depresión.

IX. ANEXOS.

ANEXO 1. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Trastornos afectivos:** son un conjunto de alteraciones psíquicas vinculadas a estados de ánimo que se presentan de forma extrema y patológica y que interfieren de forma muy significativa en la funcionalidad de la persona.
- **Psiquiatría infantil:** es una especialidad que abarca todos los Trastornos Mentales en la edad pediátrica.
- **Herencia genética:** es la transmisión a través del material genético existente en el núcleo celular, de las características anatómicas, fisiológicas o de otro tipo, de un ser vivo a sus descendientes.
- **Bullying:** define la conducta de persecución física y/o psicológica que realiza un estudiante contra otro de forma negativa, continua e intencionada.

ANEXO 2. SIMBOLOGIA DE FAMILIOGRAMA.



ANEXO 3. CARTA DE PETICION DE REVISION DE EXPEDIENTE.

Dr. Rigoberto González
Director del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”

Presente

Le deseo éxito en sus actividades diarias.

El motivo de la presente es para solicitar su apoyo con la autorización para la revisión de expedientes para mi trabajo de tesis el cual se titula “**Relación entre la depresión y la tipología familiar en adolescentes evaluados y diagnosticados con depresión por primera vez en unidad de emergencia del hospital nacional psiquiátrico en el año 2022**” durante el mes de abril del 2023. Para cumplir los objetivos del trabajo de investigación revisaré los expedientes de todos los pacientes adolescentes que consultaron por primera vez en unidad de emergencia y que fueron diagnosticados con depresión.

Adjunto la distribución de las fechas para la revisión de expedientes. He programado para días sábados por la mañana o me someto a su disposición con el horario.

De antemano, muchas gracias por su apoyo.
Atentamente,

Dr. Luis Alonso Mejía Mendoza.

ANEXO 4 FICHA DE CAPTURA DE DATOS.

Edad: _____ expediente: _____

Sexo: M F

Estudia: SI NO

Nivel de estudio: Educación básica. Educación intermedia
Educación superior.

Estado civil: Soltero. Unión libre.

Área geográfica de vivienda: Rural. Urbana.

Tipología familiar: Familia nuclear. Familia reconstruida.
Familia monoparental. Familia extensa.
Familia compuesta.

Diagnóstico de depresión: Episodio depresivo leve.
Episodio depresivo moderado.
Episodio depresivo grave sin síntomas
psicóticos.
Episodio depresivo grave con síntomas
psicóticos.
Trastorno depresivo recurrente.
Distimia.

ANEXO 5. DECLARACIÓN DE MADRID SOBRE LOS REQUISITOS ÉTICOS DE LA PRÁCTICA DE LA PSIQUIATRÍA.

Aprobada por la Asamblea General de Madrid, España, del 25 de agosto de 1996 y revisada por la Asamblea General de Yokohama, Japón, del 26 de agosto de 2002

DECLARACIÓN DE MADRID

En 1977, la Asociación Mundial de Psiquiatría aprobó la Declaración de Hawai en la que se establecían las normas éticas para la práctica de la psiquiatría. La Declaración fue actualizada en Viena, en 1983. Con el objeto de incorporar los cambios en las actitudes sociales y los avances de la medicina, la Asociación Mundial de Psiquiatría ha examinado y revisado de nuevo algunas de esas normas éticas. La medicina es tanto un arte curativo como una ciencia. La dinámica de esta combinación se manifiesta, más que en ningún otro caso, en la psiquiatría, que es la rama de la medicina especializada en la asistencia y la protección de las personas enfermas o discapacitadas debido a algún trastorno o deficiencia mentales. A pesar de las diferencias culturales, sociales y nacionales, es imprescindible el desarrollo y la revisión permanente de normas éticas de alcance universal. En tanto que clínico, el psiquiatra debe tener en cuenta las implicaciones éticas del ejercicio de la medicina, así como de las exigencias éticas específicas de la especialidad de la psiquiatría. Por otra parte, como miembro de la sociedad, el psiquiatra debe defender el tratamiento justo y equitativo de los enfermos mentales, en aras de una justicia social igual para todos. El comportamiento ético se basa en la conciencia de la responsabilidad del propio psiquiatra con cada paciente y en la capacidad de ambos para determinar cuál es el comportamiento correcto y adecuado. Las directrices y normas externas tales como los códigos deontológicos profesionales, las aportaciones de la ética o la normativa legal, no garantizan por sí solas una práctica ética de la medicina. El psiquiatra debe tener en cuenta siempre los límites

de la relación psiquiatra-enfermo y guiarse principalmente por el respeto al paciente y la preocupación por su bienestar e integridad. Con este espíritu, la Asociación Mundial de Psiquiatría aprobó en su Asamblea General de 25 de agosto de 1996 las siguientes directrices éticas, que fueron actualizadas en su Asamblea General de 26 de agosto de 2002, y son la referencia para el comportamiento de los psiquiatras de todo el mundo.

1. La psiquiatría es una disciplina médica cuyos objetivos son proporcionar el mejor tratamiento posible para los trastornos mentales, rehabilitar a las personas que sufren estas enfermedades y promover la salud mental. El psiquiatra debe atender a sus pacientes proporcionándoles el mejor tratamiento disponible de acuerdo con los conocimientos científicos y los principios éticos aceptados. El psiquiatra debe seleccionar las intervenciones terapéuticas menos restrictivas para la libertad de sus pacientes y debe buscar asesoramiento en todo lo que no tuviere una experiencia suficiente. Además, el psiquiatra debe tener en cuenta y preocuparse por una distribución equitativa de los recursos sanitarios.

2. Es deber del psiquiatra mantenerse al corriente de los avances científicos de su especialidad y de transmitir estos conocimientos debidamente actualizados. Los psiquiatras con experiencia en investigación deben procurar el avance de las fronteras científicas de la psiquiatría.

3. El paciente debe ser aceptado, por derecho propio, como un colaborador en el proceso terapéutico. La relación psiquiatra-enfermo debe basarse en la confianza y respeto mutuos, para permitir que el paciente tome decisiones libres e informadas. El deber del psiquiatra es proporcionar al paciente la información relevante para que pueda tomar decisiones lógicas de acuerdo con sus propios valores y preferencias.

4. Cuando el paciente esté incapacitado, no pueda hacerse un juicio adecuado como consecuencia de un trastorno mental, tenga deficiencias graves o sea incompetente, el psiquiatra deberá consultar con la familia y, si fuere necesario,

buscar asesoramiento legal, para salvaguardar la dignidad humana y los derechos legales del enfermo. No se debe llevar a cabo ningún tratamiento contra la voluntad del paciente, a menos que el no hacerlo ponga en peligro su vida o la de los que le rodean. El tratamiento debe tener siempre como objetivo el interés del paciente.

5. Al ser requerido para evaluar a una persona, el psiquiatra tiene como primer informarle claramente sobre el propósito de la intervención profesional, el uso que se fuere a hacer de sus resultados y las posibles repercusiones de la evaluación. Esto es particularmente importante cuando intervengan terceras partes.

6. La información obtenida en la relación terapéutica es confidencial y su única y exclusiva finalidad es mejorar la salud mental del paciente. El psiquiatra tiene prohibido hacer uso de esta información en su propio beneficio, por motivos económicos o académicos. Sólo se permite la violación de la confidencialidad cuando el mantenerla pudiere dar lugar a un daño físico o mental graves para el paciente o para una tercera persona, tal y como ocurre en el abuso infantil. En estos casos, el psiquiatra deberá, en la medida de lo posible, informar primero al paciente sobre las medidas a tomar.

7. Una investigación que no se realice de acuerdo con los cánones de la ciencia no es ética. Toda investigación debe ser aprobada por un comité ético debidamente constituido. El psiquiatra debe someterse a la normativa, nacional e internacional, para la investigación. Sólo los psiquiatras debidamente cualificados pueden dirigir o llevar a cabo una investigación. Es necesario extremar las precauciones para salvaguardar la autonomía y la integridad física y mental de las personas con trastornos psiquiátricos, ya que son sujetos de investigación especialmente vulnerables. Las normas éticas también se aplican a la selección de grupos de población, en todo tipo de investigación, incluyendo los estudios epidemiológicos y sociológicos y las investigaciones en colaboración de naturaleza multidisciplinaria o multicéntrica.

ANEXO 6. CARTA A COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIO.

San Salvador 7 de marzo del 2023.

Miembros del Comité de Ética.
Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez".
Comité de Ética Hospitalario.
Presente.

Respetables miembros del Comité de Ética;
Por medio de la presente solicito revisión y evaluación ética del anteproyecto de investigación titulado: **"Relación entre la depresión y la tipología familiar en adolescentes evaluados y diagnosticados con depresión por primera vez en unidad de emergencia del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" en el año 2022"**.

Sin embargo, no omito manifestar el compromiso de entrega de un ejemplar en original del informe final de dicha investigación, y permitir realizar la divulgación de resultados al comité de ética del Hospital con una fecha de tentativa para septiembre del año 2022.

Quedo a la espera que mi petición sea considerada, para así cumplir con los lineamientos institucionales y requisitos éticos; con la finalidad de continuar con el desempeño de la investigación.

Atentamente.

Dr. Luis Alonso Mejía Mendoza.

X. REFERENCIAS

1. Jorge Z, La familia. Naturaleza, tipos de familia y sus funciones, El Salvador leg, [Internet] [citado 11 Enero 2023];

Disponible en: <https://www.elsalvadorlegis.com/la-familia-naturaleza-tipos-de-familia-y-funciones/>

2. Tipos de familia, elsalvador.wordpress, [Internet] [citado 11 de enero 2023]

Disponible en: <https://lfdelsalvador.wordpress.com/la-familia-y-sus-tipos-de-familia/>

3. Adriana G, Tipos de familia que existen en El Salvador, elsalvadormipais [Internet] [citado 18 Enero 2023].

Disponible en: <https://www.elsalvadormipais.com/tipos-de-familia-en-el-salvador>

4. Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES), Fondo de la naciones unidad para la infancia (UNICEF), Una mirada a las familia Salvadoreñas: sus trasformaciones y desafíos desde la óptica de las políticas sociales con enfoque de niñez, [Internet] diciembre 2015 [citado 18 enero 2022] Núm. 1: 8-16

Disponible en:

<https://www.unicef.org/elsalvador/media/11116/file/Familias%20Compressed.pdf>

5. Horacio Vargas M, Tipo de Familia y ansiedad y depression, Rev Med Hered, [Internet] Abril 2014 [citado 18 enero 2023] Vol. 25, num. 2, Issn 1729-2140

Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2014000200001

6. López- Jiménez MT, Barrera MI, Cortés JF, Metzi MJ. Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes

con trastorno obsesivo compulsivo y sus familiares. Salud Mental.[Internet] marzo de 2011[citado enero 2022] Vol. 34, Num. 2 111-120.

Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/582/58220799004.pdf>

7. Navarro, I., Musitu, G. y Herrero, J. Familias y problemas, un programa especializado en intervención psicosocial. Madrid: Ed. Síntesis. [Internet] 2007. [citado enero 2023]; cap, 1 13-38.

Disponible en: <https://www.sintesis.com/data/indices/9788497564540.pdf>

8. Pezo S, Costa S, Komura H, La familia conviviendo con la depresión: de la incompreensión inicial a la búsqueda de ayuda, Scielo [Internet] 2004 [citado 20 enero 2023]; vol.13, Num. 47, 1132-1296.

Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300003

9. Acosta V, Sánchez HF, Vásquez L, Pérez H, Alfaro I, Depresión y tipología familiar en un grupo de adolescentes mexicanos, archivos en medicina familiar [Internet] 2010 [citado enero 2023]; Vol. 12. Núm. 3 69-76.

Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2010/amf103b.pdf>

10. Organización Mundial de la Salud| Depresión [Internet]. WHO. [citado 8 de enero 2023].

Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/la-d%C3%A9pression#tab=tab_1

11. Nogales I, Rodríguez J, Cortes M, Depresión en niños y adolescentes guía clínica del hospital Psiquiátrico infantil Juan N Navarro [Internet] 2015 [citado enero de 2023].

Disponible en:

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/452952/3. Depresión en Niños y Adolescentes..pdf>

12. Organización Mundial de la Salud| Depresión [Internet]. WHO. [citado 8 de enero 2023].

Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

13. Suarez C, El genograma: Herramienta para el estudio y abordaje de la familia, Med, La Paz[Internet] 2010 [febrero de 2023]. Vol. 16, Num. ISSN 1, 1726-8958.

Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582010000100010

14. M.S.P, R.G.T, OPS, OMS, como elaborar un familiograma paso a paso. [Internet]. [citado enero 2023].

Disponible en: https://digi.usac.edu.gt/bvsalud/documentos/eblueinfo/All/All_034.pdf

15. Serna A, Yurani T, Vanegas V, Medina P, y cols, Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia, Rsv, Habanera de ciencias [Internet] 2020 [citado 16 febrero 2023] SSN 1729-519X
Disponible en:

<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3153>

16. Morla B, Saad J, Julia S. Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador, Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet] 2006 [citado 24 enero 2023] vol. XXXV, No. 2. pp 150-166.

Disponible en: [Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador \(redalyc.org\)](#)

17. Álvarez Z, Ramírez J, Silva R, y cols. La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes International Journal of Psychology and Psychological Therapy, [Internet] 2009 [citado 16 enero 2023] Vol. 9, Num. 9 pp. 205- 216.

Disponible en: [La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes \(redalyc.org\)](#)

18. Leyva-J, Hernández J, Nava J, López G, Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet] 2007 [citado 21 enero 2023] , vol . 45, no 3,pp 225- 232.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745527004>

19. Toro DC, Paniagua RE, González CM, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. Rev. Fac. Nac. Salud Pública .[Internet] 2006[citado 21 enero 2023];27: 302–308.

Disponible en: <v27n3a07.pdf> (scielo.org.co)

20. Kaplam y Sadock, sinopsis de psiquiatria, 11 ediccion, 2015 Wolters Kluwer [citado 22 enero 2023]; F 32-34 trastornos del humor, pag 2666-2686.

21. CIE-10, Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, MtDICA PANAMERICANA 2000 [citado 22 enero 2023]; capitulo 31, pp 97-106.

22. Ecured, hospital nacional psiquiátrico [Internet] 2018. [citado 8 de enero 2023].

Disponible en:
[https://www.ecured.cu/Hospital_Nacional_Psiqui%C3%A1trico_Dr._Jos%C3%A9_Molina_Mart%C3%ADnez_\(HNPM\)](https://www.ecured.cu/Hospital_Nacional_Psiqui%C3%A1trico_Dr._Jos%C3%A9_Molina_Mart%C3%ADnez_(HNPM))

23. ENRIQUE ARRANZ F, Familia y desarrollo psicológico PEARSON EDUCACIÓN, Madrid,[Internet] 2004 [citado 21 enero 2023]; pp 70-94.

Disponible: https://psicologiasantacruz.com/wp-content/uploads/2019/07/familia_y_desarrollo_psicologico_rinconmedico.net_.pdf

24. Loubat O., Aburto M., Vega A., Aproximación a la Depresión Infantil por Parte de Psicólogos que Trabajan en Cosam de la Región Metropolitana Terapia Psicológica, [Internet] 2008 [citado 21 enero 2023] , vol . 26, no 2, pp 189-197.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78511540005>

