

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS
AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR ASOCIADA A DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES DE 10-19 AÑOS DE EDAD DE LA UMF N° 93”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 75**

TESIS

**PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA

M.C. ALVAREZ TREJO MARÍA JOSÉ

DIRECTOR DE TESIS:

M.F. AMAYA MORA DIANA

REVISOR (ES) DE TESIS:

**M. EN ED. AGUILAR ESPEJEL RAÚL
E. EN S.P. JAVIER CONTRERAS DUARTE
E. EN M.F. OLIVIA REYES JIMÉNEZ
M. EN S.H.O. HÉCTOR URBANO LÓPEZ**

TOLUCA DE LERDO, ESTADO DE MÉXICO.

2020

**ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR ASOCIADA A DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES DE 10-19 AÑOS DE EDAD DE LA UMF N° 93**

RESUMEN

Título: Adaptabilidad y cohesión familiar asociada a depresión en adolescentes de 10-19 años de edad de la UMF N° 93

Marco teórico: La familia tiene influencia en la depresión en adolescentes, ya sea en forma positiva o negativa, se requiere estudiar esta asociación y proponer nuevos enfoques en los programas preventivos del primer nivel de atención que se dirigen a evitar consecuencias de la depresión en jóvenes como el alcoholismo, drogadicción y suicido.

Objetivo: Asociar la adaptabilidad y cohesión familiar con depresión en adolescentes de 10 a 19 años de la UMF 93.

Material y método: Con un diseño observacional, prospectivo, transversal, analítico, se recolectó una muestra no probabilística de 317 adolescentes de 10 a 19 años, quienes acudieron a la UMF93 entre junio y julio 2019 y aceptaron participar en el estudio. Se aplicaron los instrumentos CES-D para medir depresión y FACES III para adaptabilidad y cohesión. Para el análisis estadístico se usaron RM, IC^{95%} y Ji cuadrada con nivel de significancia al 0.05.

Resultados: La frecuencia de síntomas depresivos en adolescentes es de 185, El perfil de riesgo para padecerlos es: que ni estudia ni trabaja (RM 4.61, IC^{95%} 0.60-35.1, p=0.08), de familia de cohesión desligada (RM=3.38, IC^{95%} 1.81-6.29, p<0.001), nivel primaria (RM=2.04, IC^{95%} 1.04-4.02, p=0.03), adaptabilidad caótica (RM=2.00, IC^{95%} 1.09-3.67, p=0.023), en etapa de adolescencia temprana (RM=1.71, IC 0.93, p=0.08 y rendimiento escolar con p no significativa.

Conclusión: Los adolescentes que proceden de familias en las dimensiones de adaptabilidad caótica y cohesión desligada del FACES III, tienen un elevado riesgo de síntomas depresivos.

Tiempo en que se desarrolló: de junio 2019 a octubre 2019.

SUMMARY:

Title: Adaptability and family cohesion associated with depression in adolescents aged 10-19 years of umf no. 93

Theoretical framework: The family has an influence on depression in adolescents, either positively or negatively, it is necessary to study this association and propose new approaches in preventive programs of the first level of care that are aimed at avoiding consequences of depression in young people. like alcoholism, drug addiction and suicide.

Objective: Associate family adaptability and cohesion with depression in adolescents aged 10 to 19 years of the UMF 93.

Material and method: With an observational, prospective, transversal, analytical design, a non-probabilistic sample of 317 adolescents aged 10 to 19 years was collected, who attended UMF93 between June and July 2019 and agreed to participate in the study. CES-D instruments were applied to measure depression and FACES III for adaptability and cohesion. For the statistical analysis, RM, 95% CI and Square Chi with a significance level of 0.05 were used.

Results: The frequency of depressive symptoms in adolescents is 185. The risk profile for them is: that neither studies nor works (RM 4.61, 95% CI 0.60-35.1, $p = 0.08$), of detached family (RM = 3.38, 95% CI 1.81-6.29, $p < 0.001$), primary level (RM = 2.04, 95% CI 1.04-4.02, $p = 0.03$), chaotic adaptability (RM = 2.00, 95% CI 1.09-3.67, $p = 0.023$), in Early adolescence stage (RM = 1.71, CI 0.93, $p = 0.08$ and school performance with non-significant p

Conclusion: Adolescents who come from families in the dimensions of chaotic adaptability and detached cohesion of FACES III have a high risk of depressive symptoms.

Time it was developed: from June 2019 to October 2019

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
I. Marco teórico	7
II. Planteamiento del problema	
II.1. Argumentación	24
II.2. Pregunta de investigación	25
III. Justificación	
III.1. Científica	26
III.2. Académica	26
III.3. Social	26
III.4. Académica	27
IV. Hipótesis	
IV.1. Alterna	28
IV.2. Nula	28
IV.3. Unidad de observación	28
IV.4. Variables de estudio dependiente e independiente	28
IV.5. Relación lógica entre variables	28
IV.6. Dimensión espacio temporal	28
V. Objetivos	
V.1. Objetivos generales	29
V.2. Objetivos específicos	29
VI. Método	
VI.1. Tipo de estudio	30
VI.2. Diseño	30
VI.3. Operacionalización de variables	31
VI.4. Universo de trabajo	35
VI.4.1. Criterios de inclusión	36
VI.4.2. Criterios de exclusión	36
VI.4.3. Criterios de eliminación	36
VI.5. Instrumento de investigación	37
VI.6. Desarrollo del proyecto	40
VI.7. Límite de tiempo y espacio	42
VI.8. Diseño de análisis	42
VII. Implicaciones éticas	44
VIII. Organización	50
IX. Créditos	50
X. Resultados	51
XI. Cuadros gráficos	52
XII. Discusión	67
XIII. Conclusiones	70
XIV. Sugerencias y recomendaciones	71
XV. Bibliografía	72
XVI. Anexos	76

I. MARCO TEÓRICO

La vida en familia proporciona el medio para la crianza de los hijos, es la influencia más temprana y duradera para el proceso de socialización y en buena medida determina las respuestas de sus integrantes entre sí y hacia la sociedad(1)

La familia es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad, ya sea física o mental por ello es indispensable contar con un marco de referencia que permita el estudio y comprensión de este grupo social (2) ya que el hombre es un ser social que ha sobrevivido a lo largo de la historia gracias a su pertenencia a grupos, el más importante y trascendente es la familia la cual ha mostrado una capacidad de resistencia ante adversidades aunque con algunas transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad. Por estos motivos es necesario conocer acerca del el estudio de las familias.

Etimológicamente a palabra familia deriva de la raíz latina *famulus* que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo *famul* que significa esclavo doméstico. Esta era equivalente a patrimonio e incluía no solo a parientes sino a los sirvientes de la casa. (3)

Por lo anterior definir familia no ha sido una tarea fácil, por lo que se han propuesto varios conceptos entre los principales podemos citar a la de la OMS y a la del consenso académico de Medicina Familiar:

OMS: Miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

Consenso académico de medicina familiar 2005: 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 vinculado por lazos sean consanguíneos, legales y/o afinidad.(4)

Tomando en cuenta la definición de familia como un sistema es necesario saber que también se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en

dicha composición tenemos al subsistema conyugal el cual se refiere a la relaciones del padre con la madre , el subsistema paterno-filial refiriéndose a las relaciones que hay entre padre e hijos y subsistema fraternal que son las relaciones entre hermanos (5) cuando uno de estos subsistemas falla la familia puede entrar en periodo de crisis.

De igual forma para facilitar el estudio de la familia se han realizado clasificaciones, que nos permiten un abordaje más completo para su estudio.

- Por su medios de subsistencia
- Por su nivel económico
- Por su parentesco(6)

Respecto a su medio de subsistencia se clasifica en agrícola y pecuaria, industrial, comercial y servicios. Y en base a su nivel económico en: pobreza familiar nivel 1, nivel 2 y nivel 3. Por su parentesco:

PARENTESCO	CARACTERÍSTICAS
NUCLEAR SIMPLE	Padre y madre con 1-3 hijos
NUCLEAR NUMEROSA	Padre y madre con 4 o más hijos
RECONSTRUIDA	Padre y madre donde uno o ambos son divorciados y tienen hijos de la unión anterior
MONOPARENTAL	Padre o madre con hijos
EXTENSA	Padre y madre con hijos más otra persona con parentesco
EXTENSA COMPUESTA	Padre y madre con hijos más otra persona con o sin parentesco

Cuadro obtenido de la revista de archivos e medicina familiar: Conceptos básicos para el estudio de las familias

El Dr. Andres O. Tomasone postulo una manera de la clasificación familiar esta en base a su ciclo vital la cual intenta explicar la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. Podríamos decir que describe el transcurrir en la vida que realizan las personas, desde que nacen hasta que mueren, en forma de etapas preestablecidas. Esto es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. El estudio de las etapas del desarrollo familiar permite el análisis genérico de la historia natural de una familia desde que se forma hasta su disolución, y constituye un útil instrumento de organización y sistematización invaluable para el pensamiento clínico, (7). Por lo que algunos autores han postulado clasificaciones en el ciclo vital que han sido útiles para el médico familiar al bordaje de la familia:

Ciclo Vital Familiar

DUVALL	MC GOLDRICK	GEYMAN	OMS
	DESAPEGO DE LOS ADULTOS JÓVENES		
FAMILIA QUE COMIENZA (NIDO SIN USAR)	MATRIMONIO DE PAREJA (RECIÉN CASADOS)	MATRIMONIO	FORMACIÓN
CRIANZA INICIAL DE LOS HIJOS	FAMILIA CON NIÑOS PEQUEÑOS	EXPANSIÓN	EXTENSIÓN
FAMILIA CON HIJOS PREESCOLARES		DISPERSIÓN	

FAMILIA CON HIJOS ESCOLARES			EXTENSIÓN COMPLETA
FAMILIA CON HIJOS ADOLESCENTES	FAMILIA CO HIJOS ADOLESCENTES		
FAMILIA EN PLATAFORMA DE COLOCACIÓN	DESPRENDIMIENTO DE LOS HIJOS	INDEPENDENCIA	CONTRACCIÓN
FAMILIA MADURA (NIDO VACIO)	FAMILIA EN ETAPA AVANZADA DE LA VIDA		CONTRACCIÓN COMPLETA
FAMILIA ANCIANA		RETIRO Y MUERTE	DISOLUCIÓN

Imagen obtenida: <http://www.medicosfamiliares.com/familia/ciclo-vital-de-la-familia.html>

Clasificación del ciclo vital según el Dr. Huerta

ETAPA	FASE	DURACIÓN
CONSTITUTIVA	PRELIMINAR	INDEFINIDA
	RECIÉN CASADOS	HASTA EL NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO
PROCREATIVA	EXPANSIÓN	HIJO MAYOR DE 0-6 AÑOS
	CONSOLIDACIÓN Y APERTURA	HIJO MAYOR DE 6-20 AÑOS
DISPERSIÓN	DESPRENDIMIENTO	INICIA CON LA SALIDA DEL HOGAR DEL PRIMER HIJO Y TERMINA CON LA SALIDA DEL ÚLTIMO
FINAL	INDEPENDENCIA	CONYUGUES NUEVAMENTE SOLOS HASTA LA JUBILACIÓN O RETIRO
	DISOLUCIÓN	HASTA LA MUERTE DEL CONYUGUE

CLASIFICACIÓN CICLO VITAL SEGÚN EL DR. HUERTA. (6)

Una vez mencionado las diferentes etapas del ciclo vital familiar tenemos que la familia enfrenta diferentes momentos críticos del ciclo evolutivo, que implican cambios tanto individuales como familiares, los que pueden constituir un período de crisis(8)

Una crisis se define como una condición inestable en el curso de un proceso y cuya resolución condiciona y modula la continuidad del mismo y se pueden clasificar en dos grupos:

CRISIS NORMATIVAS Las crisis normativas, también llamadas crisis evolutivas o transitorias, consisten en situaciones universales, esperadas, que se producen dentro de la familia.

CRISIS NO NORMATIVAS O PARANORMATIVAS Las crisis no normativas, inesperadas o paranormativas son aquellos acontecimientos situacionales o accidentales desde fuera de la familia que no forman parte del ciclo vital, generalmente impredecibles, y se puede producir en cualquier etapa del desarrollo.(9)

Otro método para entender el funcionamiento de la familia es a través de la dinámica familiar hace referencia a la movilidad que se da en el clima relacional que construyen los integrantes de la familia para interactuar entre ellos mismos y con el contexto externo. En ella son interdependientes dimensiones como: autoridad, normas, roles, comunicación, límites y uso del tiempo libre(10) esta toma en cuenta la funcionalidad familiar que es el conjunto de funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la familia fundamentalmente en los aspectos *afectivos, socialización, cuidados, reproducción y estatus familiar* conformes a las normas de la sociedad a la cual se pertenece.(11)

La funcionalidad familiar es definida como la efectividad de la familia para conseguir cierto equilibrio, orden y unidad ante las exigencias del ciclo vital. Respecto a las dimensiones centrales de la funcionalidad familiar, Olson propone a la cohesión,

adaptabilidad, comunicación y satisfacción familiar, también plantea que la funcionalidad familiar se rige principalmente por la capacidad de adaptación y grado de cercanía emocional entre los miembros(12)

La adaptabilidad se refiere a la capacidad del sistema matrimonial o familiar para cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y las reglas de relaciones frente a las tensiones situacionales y de desarrollo.

La cohesión: esta se refiere a los lazos emocionales, independencia, límites, coaliciones, toma de decisiones e interés y recreación entre la familia. (13)

Por lo que hace casi treinta años, se desarrollaron algunos modelos teóricos para la medición de adaptabilidad y cohesión entre los cuales destaca el modelo Circumplejo (Olson, Sprenkle y Russell, 1979) Este modelo sistémico consta de tres dimensiones: la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación, siendo las dos primeras representadas gráficamente y estando compuestas, cada una de ellas, por diferentes variables que contribuyen a su comprensión.(14)

Entonces funcionamiento se entiende como el resultado de las características interaccionales de los miembros de la familia en dos áreas de la vida familiar: cohesión y adaptabilidad familiar.

La cohesión es definida según dos componentes: el vínculo emocional y el nivel de autonomía. La adaptabilidad es precisada como la habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional.(15)

Cada una de las dimensiones está dividida en 4 niveles. En el caso de la cohesión:

- desligadas
- separadas
- conectadas
- amalgamadas

Las familias desligadas son con una gran separación emocional, tienen falta de lealtad en la familia así como una falta de interacción en todos sus miembros hay una lejanía paterno-filial, no hay convivencia, toman decisiones solos, no hay intereses en común, y la parte de la recreación se lleva a cabo independiente por cada uno de los miembros.

En las familias separadas la lealtad es en forma ocasional, también hay separación emocional, solo en algunas ocasiones se demuestra la correspondencia afectiva, hay límites paterno-filiales claros y con cierto grado de cercanía entre padres e hijos, son posibles las decisiones conjuntas, sin embargo el interés se focaliza fuera de la familia, y la recreación se lleva más a menudo separada que conjuntamente.

Las familias conectadas ya hay más cercanía emocional, hay lealtad familiar, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, en el subsistema paterno-filial los límites son claros y con cercanía, pasan más tiempo juntos, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefiere la recreación compartida antes que la individual.

En las familias amalgamadas los vínculos emocionales son extremos, se demanda lealtad a la familia, cada miembro de la familia depende uno de otro, hay falta de límites generacionales, y se dan coaliciones parentofiliales, pasan la mayor parte del tiempo juntos, las decisiones son de acuerdo a lo que decide el grupo, el interés se focaliza dentro de la familia.

La adaptabilidad, por su parte, constituye los siguientes tipos de familias:

- familias rígidas (adaptabilidad muy baja),
- familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja),
- familias flexibles (adaptabilidad moderada-alta)
- familias caóticas (adaptabilidad alta)(16)

En las familias rígidas hay un liderazgo autoritario, fuerte control parental, con una disciplina estricta, es autocrática, los que toman las decisiones son los padres, los roles están claramente definidos, y las reglas se deben cumplir estrictamente sin alguna posibilidad de cambio.

En las familias estructuradas el liderazgo sigue siendo autoritario aunque en algunas ocasiones puede ser igualitario la disciplina es severa más pero las consecuencias pueden ser impredecibles. Los roles están bien establecidos pero pueden llegar a compartirse. Se hacen cumplir reglas y estas pocas veces pueden cambiar.

En cuanto a las familias flexibles el liderazgo es igualitario y permite cambios, con disciplina severa pero las consecuencias se pueden negociar, se comparten roles y las reglas son modificables.

En las familias caóticas no hay un liderazgo o este es ineficaz, no hay disciplina e inconciencia en las consecuencias no hay claridad en los roles y estos se pueden invertir, hay cambios en las reglas y estas suelen no cumplirse

Existen diversos instrumentos que pretenden evaluar la funcionalidad de la familia. Entre los más importantes se encuentran los siguientes: El APGAR familiar, Family Assessment Device (FAD), Self-report Family Inventory (SFI), Family Assessment Measure (FAM), Family Environment Scale (FES), Family Functioning Index (FFI), Family Functioning Questionnaire⁶ (FFQ), Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES).

El instrumento FACES por sus siglas en inglés Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar es instrumento dirigido a analizar las dos dimensiones iniciales, cohesión y adaptabilidad. La primera versión de este instrumento surgiría en 1980 y constaba de 111 ítems. Más adelante se desarrollarían otras tres versiones. La segunda versión, FACES II, apareció en 1982 (Olson, Portner y Bell, 1982) y la tercera versión, FACES III, en 1985 (Olson, Portner y Lavee, 1985), de 30 y 20 ítems, respectivamente. (16) este instrumento fue traducido al español en el 2001, validado y aplicado en -en México por el Gómez Clavelina e Irigoyen.

En estudios previos se ha descrito el proceso de traducción y adaptación transcultural de FACES III en población mexicana y su fiabilidad en su versión en el español que se habla en México. Se obtuvo un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,70 y se concluyó como un valor alto y adecuado comparado con la

versión anglosajona, desarrollada por Olson et al. (17). FACES III en español (México) contiene 20 preguntas planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert (10 para evaluar cohesión familiar y 10 para adaptabilidad familiar), distribuidas en forma alterna en preguntas numeradas como nones y pares, respectivamente; el Las 20 preguntas tienen un valor de puntuación de 1 a 5 (nunca, 1; casi nunca, 2; algunas veces, 3; casi siempre, 4, y siempre, 5) y se contesta en un promedio de 5 min.

Una vez que se entiende las características referentes al sistema familiar entendemos un fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad.

Como ya se mencionó una etapa importante en el ciclo vital y en etapa de crisis normativa son las familias con hijos adolescentes ya que estos son uno de los miembros más vulnerables y es una etapa crítica que exige reajustes en el sistema de crianza infantil.

De acuerdo con Flour y Buchanan (2003), la construcción de la personalidad de los jóvenes está relacionada con los modelos parentales de educación. En una familia cohesiva, expresiva, organizada, en la que se fomenta la independencia de sus miembros, quienes a su vez experimentan cercanía y afecto de los demás, es poco probable que los adolescentes presenten desajustes emocionales y comportamentales. Sin embargo, la mayor incidencia de problemas emocionales y de conducta se produce durante la pubertad y la adolescencia.

Se calcula que en el mundo hay 1.200 millones de jóvenes de entre 10 y 19 años de edad, la mayor generación de adolescentes de la historia. Más de cuatro quintas partes de ellos viven en países en desarrollo, especialmente en zonas urbanas. (18)

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. (19) México cuenta con un total de 12.8 millones de adolescentes entre 12 y 17 años de edad, de los cuales 6.3 son mujeres y 6.5 son hombres. La adolescencia

es una etapa en la que se busca conformar una identidad, partiendo de un modelo externo. Dicho modelo es elegido por características que concuerden con las necesidades psicológicas y vitales que el adolescente está experimentando.(20) La adolescencia comienza con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando cesa el crecimiento somático. (21)

Algunos autores dividen la adolescencia en tres etapas:

Adolescencia temprana: abarca de los 10-13 años en la que inicia el desinterés por los padres, se va perdiendo ese apego hacia estos, se buscan relaciones con compañeros del mismo sexo, se pone a prueba la autoridad, comienza la rebeldía, teniendo en cuenta también el desarrollo de capacidades cognitivas, la inestabilidad emocional y la falta de control de impulsos.

Adolescencia media: que va de los 13 a 16 años donde se intensifican los conflictos con los padres, la relación con los compañeros atracción o relaciones por el sexo opuesto y la experimentación sexual. Se conforman de sentimientos de inmunidad y conductas omnipotentes lo que incrementa el riesgo de accidentes.

Adolescencia tardía: de los 16 a 19 años el adolescente llegan a sentirse más próximo a sus padres, siempre y cuando los padres lo permitan se pueden formar lazos fuertes de confianza también dan prioridad a las relaciones íntimas. Desarrolla su sistema de valores e identidad personal y social.

Todas estas etapas se caracteriza por actitudes impulsivas, poco reflexivas, rebeldía e imprudencia; dadas por su poca experiencia y la búsqueda de una identidad. (22) ya que en la adolescencia se define la personalidad, se construye la independencia y se fortalece la autoafirmación. La persona joven rompe con la seguridad de lo infantil, corta con sus comportamientos y valores de la niñez y comienza a construirse un mundo nuevo y propio, para lograr esto, el adolescente todavía necesita apoyo: de la familia, la escuela y la sociedad, ya que la adolescencia sigue siendo una fase de aprendizaje (23) ya que si esto se ve

afectado pone vulnerable al adolescente de padecer alteraciones en el estado de ánimo como en la depresión.

La depresión en la adolescencia ha sido objeto de creciente interés en las últimas décadas, más aún, dicho trastorno ha sido asociado con una serie de factores mediante los cuales se pretende explicar sus causas, por ejemplo, se ha encontrado que los desajustes emocionales del adolescente son, en gran medida, el resultado de contradicciones familiares(24)

Los trastornos depresivos son de las principales causas de morbilidad y mortalidad en edades tempranas de la vida, con una prevalencia entre el 2% y el 5%, y en la adolescencia, entre el 4% y el 8%, con una prevalencia del 25% al final de la adolescencia. Los trastornos depresivos tienen una prevalencia igual en niños y niñas, que cambia en la adolescencia a razón de 2:1 en favor de las mujeres.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas y con mayor incidencia en adolescentes, de igual manera puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. (25)

La depresión, es una enfermedad registrada desde hace más de 3000 años por la medicina egipcia. Hipócrates menciona en su Corpus Hippocraticum la palabra “melancolía”, definida como una enfermedad mental causada por la bilis negra.

Entre 2001 y 2002 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), que es representativa de la población urbana entre 18 y 65 años de edad, los resultados arrojaron que la prevalencia de episodios depresivo alguna vez en su vida fue de 7.2%. Los análisis para identificar la edad mostraron que la población adulta que presentó fue durante la infancia y/o la adolescencia con predominio mayor en mujeres de 3:1. (26)

Tomando en cuenta la guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de la depresión esta la define como una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos como : tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad sensación subjetiva de malestar o impotencia frente a las exigencias de la vida, además en menor o mayor grado síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático y estos se pueden acompañar de 5 de los siguientes síntomas: pérdida de peso, insomnio, enlentecimiento/agitación psicomotriz, fatiga, sentimientos de inutilidad/culpa, dificultades para pensar/concentrarse/decidirse y pensamientos recurrentes de muerte/suicidio.(27) Estos síntomas deben ser lo suficientemente importantes como para provocar malestar significativo o deterioro académico, social o laboral en niño o adolescente.

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son la Clasificación Internacional de Enfermedades (trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10) y la de la American Psychiatric Association (DSM-5)(28)

Los siguientes son criterios diagnósticos para depresión según CIE-10:

- El episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas
- El episodio no es atribuible a abuso de sustancia psicoactivas o a trastorno mental orgánico
- Síndrome somático
- Pérdida del interés o capacidad de disfrutar actividades que anteriormente le causaban placer
- Ausencia de reacciones emocionales
- Despertarse por la mañana 2 hrs o antes de lo habitual
- El humor depresivo en de predominio en las mañanas
- Enlentecimiento motor o agitación
- Pérdida de apetito
- Pérdida de peso del 5% en un mes
- Disminución de libido.

Los trastornos comúnmente denominados depresivos incluyen un conjunto de entidades clínicas relacionadas con problemas de mayor o menor intensidad y duración así como en el Episodio depresivo Mayor (EDM) y la distimia (D) que de acuerdo a la DSM-5 son trastornos del estado de ánimo. Y se refieren a síndromes formados por patrones comportamentales de significación clínica, y característica singular se centra en la alteración del humor asociada al malestar y discapacidad, así como riesgo de perder la vida o sufrir dolor.(29)

A pesar de los avances innegables en el conocimiento de las dimensiones, etiología y alternativas de atención, los trastornos depresivos continúan siendo un problema grave de salud pública en todo el mundo, así como en México.

Según la OMS muchos problemas de salud mental tienden a aparecer al final de la infancia o al comienzo de la adolescencia. Según los estudios más recientes, los problemas de salud mental en particular, la depresión, constituyen la principal causa de morbilidad en los jóvenes.

Esto es de relevancia ya que padecer algún trastorno de salud mental, puede tener efectos importantes en la salud general y el desarrollo del adolescente, tiende a ir asociado a diversos problemas sanitarios y sociales, como un consumo más elevado de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas, el embarazo adolescente, el abandono escolar y la asunción de conductas delictivas, En el peor de los casos puede llevar al suicidio.

De acuerdo a la Organización mundial de la salud cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y en el 2016 el suicidio fue la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes identificó que 7.2% de los jóvenes de la Ciudad de México, que tienen entre 12 y 17 años, sufrieron un trastorno depresivo en el último año prácticamente la mitad de los casos (54.7%) calificados como «graves»

Se han descrito algunos factores de riesgo para la depresión los cuales incluyen: antecedentes familiares, el género, así como situaciones de alto estrés, por lo que se destacó la importancia de la familia como una fuente de recursos que permite al adolescente afrontar con éxito los cambios asociados a esta etapa evolutiva.

Ya que un posible factor causal de la depresión está relacionado con las disfunciones a nivel familiar, situación que cada vez es más frecuente y que ha ido en aumento a lo largo de los años.

Investigaciones previas han evidenciado que la ausencia de figuras de autoridad de uno o ambos progenitores por separación o divorcio, afecta de forma significativa el bienestar psicológico de cada uno de los integrantes que hacen parte de la familia.(30)

En México, 63.9% de los adolescentes de 15 a 19 años viven en hogares con familias nucleares y 33.2% en hogares con familias extensa, teniendo en cuenta que la tipología familiar puede ser una variable causal de depresión en los adolescentes. Como algunos estudios han demostrado que la familia rígida tiene más riesgo de depresión en sus integrantes adolescentes(31)

Con todo lo anterior podemos determinar que la familia y el tipo de relación que se mantiene con los otros miembros de la misma, tiene un papel importante en el desarrollo de padecimientos de carácter psicológico así como en los procesos de tratamiento, rehabilitación y prevención de enfermedades como la depresión sobre todo en los adolescentes.

Se han realizado diversas escalas para detectar depresión como es el Test de Zung, de Becker, etc, en esta investigación se ha opto por un test que ha sido validado y aprobado por varios estudios, con una adecuada validez que es el CES-D

ESCALA CES-D

La escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D se creó en el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH), fue desarrollada por Radloff (1977) con la finalidad de detectar síntomas depresivos en poblaciones de adolescentes y adultos.

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD) es un instrumento de tamizaje para la detección de casos de depresión con base en su sintomatología durante la última semana. La CES-D ha demostrado ser una herramienta útil y económica en formato auto aplicable en virtud de que no requiere personal especializado para su calificación (32)

CES-D fue desarrollado originalmente para utilizarse en estudios de la epidemiología de los síntomas depresivos en población abierta. La intención de la escala no es evaluar la presencia de trastornos depresivos del estado de ánimo tal como son definidos en la nosología psiquiátrica. En cambio, su utilidad está en el estudio de todo el rango de manifestaciones que pueden ser parte de un diagnóstico de trastorno depresivo, y no solamente de los niveles de éstas que se requerirían para definir al trastorno. En el diseño de la escala se tomaron en cuenta las dimensiones de la depresión consideradas en la bibliografía clínica de su época, con aspectos como estado de ánimo deprimido, sensación de culpa y minusvalía, sensación de incapacidad y desesperanza, lentitud psicomotora, pérdida de apetito y alteraciones en el sueño. El original se probó en una muestra probabilística de adultos en dos sitios de Estados Unidos, y mostró buena consistencia interna con valores de alpha de Cronbach de más de 0.80, validez concurrente en relación con otros instrumentos y la capacidad de discriminar entre una muestra de pacientes con trastorno depresivo y la población abierta. Su análisis factorial mostró una solución en cuatro componentes: afecto deprimido, afecto positivo, lentificación motora y manifestaciones somáticas, y manifestaciones interpersonales. Posteriormente, se ha evaluado el funcionamiento psicométrico del CES-D, encontrándose buena capacidad para la evaluación de los síntomas depresivos. El

CES–D también ha mostrado ser útil en grupos culturales diversos. (33) En México, se ha observado una adecuada validez en adolescentes.

Como ya se comentó, la CES-D consta de 20 ítems que representan los síntomas más habituales y representativos del trastorno depresivo. Algunos ejemplos de ítems son el 3 (“Sentí que no podía dejar de estar triste, incluso con la ayuda de mi familia o amigos”), el 7 (“Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo”) o el 14 (“Me sentí solo”). Las instrucciones solicitan indicar la frecuencia con la que se experimentó cada síntoma “Durante la semana pasada”, utilizando una escala de cuatro alternativas acotadas por las indicaciones: “Rara vez o ninguna vez (1 día o menos)”,

“Alguna vez o unas pocas veces (1 a 2 días)”, “Ocasionalmente o varias veces (3 a 4 días)” y “La mayor parte del tiempo (5 a 7 días)”. La puntuación total se calcula como la sumatoria simple de los ítems, pudiendo variar entre 0 a 60 puntos; a mayor puntuación, mayor nivel actual de depresión. (34)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1. ARGUMENTACIÓN: Los desórdenes mentales se consideran un problema de salud pública en casi todo el mundo.

La ocurrencia de depresión en y adolescentes se ha incrementado en los últimos cincuenta años. Estudios epidemiológicos indican que este desorden se presenta en alrededor de un 3 a 8 % de los adolescentes, (30). Además que se encuentran reportes en el 2017 que se estima que las personas con depresión mayor pierden hasta 2.7 más días de trabajo que aquellos que padecen diabetes, trastornos respiratorios, problemas cardiacos o artríticos. En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) señala que el 40.8 por ciento de los suicidios ocurren en jóvenes de 15 a 29 años, teniendo una tasa de 7.5 suicidios por cada 100 mil jóvenes. De acuerdo a un estudio del Centro Epidemiológico y estadísticas del INEGI, correspondientes a 2014, en el Estado de México ocurrieron 670 suicidios, la mayoría secundarios a eventos depresivos no diagnosticados lo cual representaría una proporción de 1.8 casos al día, por lo la cual ya es tema de salud pública. En la unidad de medicina familiar numero 93 no se tiene un registro de la población adolescente que tiene depresión.

Un posible factor causal de la depresión en los adolescentes está relacionado con las disfunciones a nivel familiar, situación que cada vez es más frecuente y que ha ido en aumento a lo largo de los años. El funcionamiento familiar en la adolescencia exige ajustes en el sistema de crianza, y la relación parental que se establece en esta etapa del ciclo vital juega un papel importante en el desarrollo emocional y comportamental de los adolescentes.

Con este estudio se identificaron casos de depresión en adolescentes a los que se les podrá dar tratamiento adecuado y oportuno de acuerdo su estado actual, con la intención de mejorar su estado de salud y sus relaciones familiares

Pese a los esfuerzos que se han tenido para la prevención de depresión, esta sigue en aumento. Los casos de depresión en población adolescentes en la comunidad

de la umf que aún no se han atendido o diagnosticado, así como algunos aspectos familiares que favorecen a esta patología.

II.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la Asociación entre la adaptabilidad y cohesión familiar con depresión en adolescentes de 10-19 años de la UMF No. 93?

III. JUSTIFICACIÓN:

III.1. CIENTÍFICA: Se calcula que en el mundo hay 1.200 millones de jóvenes de entre 10 y 19 años de edad, la mayor generación de adolescentes de la historia. Más de cuatro quintas partes de ellos viven en países en desarrollo, especialmente en zonas urbanas.(18)

La depresión es una patología frecuente que ha ido en incremento en las últimas décadas afectando principalmente a grupos vulnerables como son los adolescentes, esta a su vez ocasiona alteraciones en el ámbito social y laboral reduciendo la capacidad productiva y con riesgos de realizar actividades nocivas como el consumo de tabaco, alcohol, drogas, mala alimentación, y esto acarrea un mal desempeño laboral, desempleo, y bajos ingresos económicos que terminara en limitaciones para una atención médica oportuna.

III.2. ACADÉMICA: El presente estudio se realizó para obtener el título de especialidad en medicina familiar

III.3. SOCIAL: Ahora bien debemos tomar en cuenta que la depresión puede presentarse con otros trastornos. Quienes lo padecieron en la niñez y/o adolescencia tuvieron mayor probabilidad de presentar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a las drogas, en comparación con los deprimidos con inicio en la etapa adulta. Además, quienes padecieron depresión desde edades tempranas, tuvieron el 50% más probabilidades de haber intentado suicidarse.(42) Cabe señalar que los adolescentes no suelen buscar ayuda por ellos mismos, ya que en México es un requisito que estén acompañados por alguno de los tutores para recibir atención en cualquier problema de salud o emocional teniendo una diferencia en los trastornos de la conducta o en el déficit de atención ya que estos suelen provocar cierta molestia a los padres, o a los maestros por lo que se busca atención inmediata para este problema en comparación con la depresión que muchas veces pasa inadvertida por los familiares del adolescente y lo llegan a atribuir a cambios propios de la infancia.

En una familia con fuertes lazos emocionales, y organizada donde promueve la autonomía de sus miembros, es poco probable que los adolescentes presenten alteraciones en su estado emocional y problemas en su comportamiento, sin embargo, la mayor incidencia de problemas emocionales y de conducta se produce durante la pubertad y la adolescencia

Por lo anterior es necesario realizar un tamizaje con el fin de identificar la depresión en edades tempranas y de manera oportuna evitando así que se haga un padecimiento crónico, y con ello tener más porcentaje de adultos deprimidos y con bajo rendimiento laboral y personal. Es necesario difundir conocimiento sobre dicha patología y de la importancia que tiene la familia para dar un manejo adecuado e integral que tendrá beneficios para los adolescentes que la padezcan y sus familias, ya que si no se trata a tiempo, existe un riesgo más alto de abandono escolar, aparición de sus comorbilidades, abuso de sustancias e intento de suicidio. El trabajo en equipo es lo que genera los mejores resultados. Sensibilizar al médico de primer nivel sobre la detección y tratamiento oportuno traerá beneficios para los pacientes, para las familias y para la comunidad en general

III.4. **ECONÓMICA:** De acuerdo a la organización Panamericana de la Salud Considerando la mortalidad y el número de días vividos con discapacidad, los trastornos mentales se colocan entre los padecimientos que más carga representan a escala mundial, atribuyéndoles actualmente 10 % de la global y estimando que para el 2020 aumentará a 15 %, y que la depresión será el segundo motivo de incapacidad y ausentismo labor

IV. HIPÓTESIS

Una adaptabilidad caótica y cohesión desligada se asocia a depresión en adolescentes de 10-19 años de edad de la UMF N°. 93.

IV.1. HIPÓTESIS ALTERNA

Una adaptabilidad flexible y cohesión amalgamada se asocia a depresión en adolescentes de 10-19 años de edad de la UMF N°. 93

IV.2. HIPÓTESIS NULA.

Una adaptabilidad caótica y cohesión desligada no se asocia a depresión en adolescentes de 10-19 años de edad de la UMF N°. 93.

IV.3. UNIDADES DE ESTUDIO

Se estudiaron 293 adolescentes entre 15-19 años que acudieron a la unidad de medicina familiar número 93 a consulta cualquiera que fuese la causa los días que se llevó acabo el estudio

IV.4. VARIABLES DE ESTUDIO

IV.4.1 VARIABLE DEPENDIENTE: Depresión

IV.4.2. VARIABLE INDEPENDIENTE: Adaptabilidad y cohesión

IV.4.3. RELACIÓN LÓGICA ENTRE VARIABLES: Con, y.

IV.4.4. DIMENSIÓN ESPACIO TEMPORAL: De junio a octubre 2019 en la Unidad de Medicina Familiar N° 93, Ecatepec de Morelos, Estado de México.

V. OBJETIVO:

V.1. OBJETIVO GENERAL

- Asociar la adaptabilidad y cohesión familiar con depresión en adolescentes de 10 - 19 años de edad de la umf No. 93.

V.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la adaptabilidad y cohesión familiar que presenta el adolescente
- Identificar la tipología familiar de cada adolescentes con síntomas depresivos
- Identificar en qué etapa de la adolescencia se presenta más síntomas depresivos
- Determinar el género del adolescente en el que se presentan más síntomas depresivos.
- Identificar el rendimiento escolar con depresión

VI. MÉTODO

VI.1 TIPO DE ESTUDIO :

- Por área de estudio: biomédica, ya que engloba aspectos médicos relacionados a la salud mental
- Por el control de la maniobra experimental por investigador: OBSERVACIONAL ya que se presencian los fenómenos sin modificar, intencionalmente las variables.
- Por la captación de la información es PROSPECTIVO: ya que se definió previamente la forma en que se recolectaran los datos, la información se recolecto en cuestionarios.
- Por la medición del fenómeno en el tiempo es TRANSVERSAL: ya que no se realizó seguimiento y las variables fueron medidas una sola vez.
- Por fin o propósito es ANALÍTICO ya que se realizó un análisis para la asociación de las variables.

VI.2. DISEÑO DE ESTUDIO

Se estudiaron 317 adolescentes entre 15-19 años que acudieron a la unidad de medicina familiar número 93, que no se encontraban con diagnóstico de depresión o bajo algún tratamiento psiquiátrico ni neurológico ya que esto podría afectar el estado anímico del sujeto e influir en las respuestas que se obtuvieron. Para la obtención del tamaño de muestra se llevó acabo con la aplicación OPEN EPI con un margen de error del 10% y un intervalo de confianza de 95% teniendo como población total de adolescentes entra 10-19 años 21,217. Con resultado de 317 adolescentes. Tipo de muestreo: se realizó por técnica de selección no aleatoria a conveniencia.

VI.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO ESTADÍSTICO
Depresión o síntomas depresivos	Alteración patológica caracterizado por síntomas de tristeza profunda y pérdida de interés o placer, que perdura durante al menos dos semanas y que está presente la mayor parte del día	Se medirá a través de la Escala de depresión CES-D 1. Sin síntomas depresivos puntaje menos a 16 2. Con síntomas depresivos puntaje mayor a 16 (33)	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ○ Con síntomas depresivos ○ Sin síntomas depresivos
ADAPTABILIDAD FAMILIAR	La posibilidad de cambio en el ámbito familiar, en el liderazgo, relación de roles y normalización de la relación	Se medirá a través de la escala FACES III En su versión al español, el cual contiene 20 preguntas: las 10 nones evalúan la cohesión familiar y las 10 pares, la adaptabilidad familiar. Las preguntas están planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ○ Caótica. ○ Flexible ○ Estructurada ○ Rígida

		<p>Likert de 1 a 5 (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre) divide adaptabilidad en:</p> <p>Caótica.(29-50) Flexible(25-28) Estructurada(20-24) Rígida(10-19) (17)</p>			
Cohesión	<p>Lazos emocionales que la los miembros de la familia tiene unos con otros y el grado de autonomía en la familia</p>	<p>Se medira a través de la escala Faces III En su versión al español, el cual contiene 20 preguntas: las 10 nones evalúan la cohesión familiar y las 10 pares, la adaptabilidad familiar. Las preguntas están planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert de 1 a 5 (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas</p>	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ○ Desligada ○ Separada ○ Conectada ○ Amalgamada

		<p>veces, 4 casi siempre, 5 siempre) clasifica cohesión como,</p> <p>Desligadas (10-34 pts)</p> <p>Separadas(35-40 pts)</p> <p>Conectadas (41-45 pts)</p> <p>Amalgamadas(46-50pts)(17)</p>			
TIPOLOGÍA FAMILIAR	Los elementos de la composición familiar (6)	<p>Familia según su composición de acuerdo al consejo de Medicina Familiar clasificando la nuclear como en la que viven ambos padres e hijos,</p> <p>monoparental en la que solo se encuentra un padre, extensa que se vive con un miembro de la familia como tíos o sobrinos, y extensa compuesta que habitan con una persona que no</p>	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nuclear, ○ Monoparental ○ Extensa, ○ Extensa compuesta,

		tiene consanguineidad con el resto de la familia.			
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras	Características físicas que distingue entre masculino y femenino	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hombre ○ Mujer
Ocupación	Actividad laboral que realiza actualmente	Actividad en la que se desempeña al momento de realizar la encuesta	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ○ Estudiante ○ Trabajador ○ Ninguno
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Grado máximo de estudios al contestar las encuestas	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primaria ○ Secundaria ○ Preparatoria ○ Universidad
Etapas de adolescencia	Etapas clasificadas de acuerdo a la edad del adolescente.	Se realizara mediante a la clasificación de la OMS: Encontrando adolescencia temprana de 10 a 13 años, media de 14 a 16 años y tardía de 17 a 19 años (1)	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ○ Temprana ○ Media ○ Tardía

Rendimiento escolar	Sistema que mide los logros y la construcción de conocimientos en los estudiantes, los cuales se crean por la intervención de didácticas educativas que son evaluadas a través de métodos cualitativos y cuantitativos en una materia(43)	Los tipos de rendimiento según Leal de dan acorde al desempeño académico de acuerdo a la calificación obtenida Deficiente: 6 o menos Insuficiente: 7 Aceptable: 8 Sobresaliente:9 Excelente:10	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ○ Deficiente ○ Insuficiente ○ Aceptable ○ Sobresaliente ○ Excelente
----------------------------	---	---	-------------	---------	---

VI.4. UNIVERSO DE TRABAJO

El universo de trabajo fueron los adolescentes de 10ma 19 años derechohabientes de la UMF93 del IMSS, previamete informados acerca del estudio y con firma del consentimiento informado por parte de ellos y su tutor.

Para la obtención del tamaño de muestra se llevó acabo con la aplicación OPEN EPI con un margen de error del 10% y un intervalo de confianza de 95% teniendo como población total de adolescentes entra 10-19 años 21,217. Con resultado de 317 adolescentes. El tipo de muestreo: se realizó por técnica de selección no aleatoria a conveniencia.

Ya que se capturaron a los sujetos de investigación que acudieron a la umf 93 y que se encontraban en áreas circundantes de los consultorios de medicina familiar, medicina preventiva, estomatología, laboratorio, rayos x en ambos turnos.

VI.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes adscritos a la UMF número 93 con vigencia
- Adolescentes que acudieron acompañados por un tutor
- Adolescentes que tuvieron la disposición de participar en el estudio
- Adolescentes que hayan presentado alguna enfermedad psiquiátrica pero al momento de realizar las encuestas estaban sin tratamiento médico.

VI.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Adolescentes que estuvieron bajo tratamiento médico psiquiátrico
- Adolescentes embarazadas (Ya que ambos pueden afectar el estado de ánimo del sujeto alterando las respuestas de los instrumentos)

VI.4.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Adolescentes que no terminaron de contestar los test
- Adolescentes que decidieron retirarse del estudio antes de terminar.

VI.5. INSTRUMENTOS:

FACES III

DESCRIPCIÓN:

por sus siglas en inglés Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar es instrumento dirigido a analizar las dos dimensiones iniciales, cohesión y adaptabilidad. FACES III, en 1985 (Olson, Portner y Lavee, 1985), de 30 y 20 ítems, respectivamente. (16) este instrumento fue traducido al español en el 2001, validado y aplicado en -en México por el Gómez Clavelina e Irigoyen.

VALIDACIÓN:

En estudios previos se ha descrito el proceso de traducción y adaptación transcultural de FACES III en población mexicana y su fiabilidad en su versión en el español que se habla en México. Se obtuvo un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,70. .

APLICACIÓN:

FACES III en español (México) contiene 20 preguntas planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert (10 para evaluar cohesión familiar y 10 para adaptabilidad familiar), distribuidas en forma alterna en preguntas numeradas como nones y pares, respectivamente; se contesta en un promedio de 5 min. La cohesión son las preguntas nones, las preguntas están planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert de 1 a 5 (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre) divide adaptabilidad en: Caótica 29-50 puntos, Flexible 25-28 puntos, estructurada 20-24 puntos y rígida de 10-19 puntos (17) cohesión se mide con las preguntas nones y la clasifica cohesión de acuerdo a su puntaje como, desligadas de 10-34 puntos,

Separadas 35-40 puntos, conectadas de 41-45 puntos y amalgamadas de 46-50 puntos. (17)

CES-D

DESCRIPCIÓN

La escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D se creó en el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH), fue desarrollada por Radloff (1977) con la finalidad de detectar síntomas depresivos en poblaciones de adolescentes y adultos.

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD) es un instrumento de tamizaje para la detección de casos de depresión con base en su sintomatología durante la última semana.

VALIDACIÓN

La CES-D ha demostrado ser una herramienta útil y económica en formato auto aplicable en virtud de que no requiere personal especializado para su calificación (32)

La intención de la escala no es evaluar la presencia de trastornos depresivos del estado de ánimo tal como son definidos en la nosología psiquiátrica, su utilidad está en el estudio de todo el rango de manifestaciones que pueden ser parte de un diagnóstico de trastorno depresivo, y no solamente de los niveles de éstas que se requerirían para definir al trastorno. Tiene buena consistencia interna con valores de alpha de Cronbach de más de 0.80 Su análisis factorial mostró una solución en cuatro componentes: afecto deprimido, afecto positivo, lenificación motora y manifestaciones somáticas, y manifestaciones interpersonales. En México, se ha observado una adecuada validez en adolescentes. CES-D consta de 20 ítems que representan los síntomas más habituales y representativos del trastorno depresivo.

APLICACIÓN

Las instrucciones solicitan indicar la frecuencia con la que se experimentó cada síntoma “Durante la semana pasada”, utilizando una escala de cuatro alternativas acotadas por las indicaciones: “Rara vez o ninguna vez (1 día o menos)”,

“Alguna vez o unas pocas veces (1 a 2 días)”, “Ocasionalmente o varias veces (3 a 4 días)” y “La mayor parte del tiempo (5 a 7 días)”. La puntuación total se calcula como la sumatoria simple de los ítems, pudiendo variar entre 0 a 60 puntos; a mayor puntuación, mayor nivel actual de depresión con un punto de cohorte de 16 puntos.

VI.6. . DESARROLLO DE PROYECTO

Previa autorización por el comité de ética y el comité local de investigación se solicitó la autorización de las autoridades correspondientes de la unidad de medicina familiar número 93 para la aplicación del instrumento en la población de adolescentes de 10 a 19 años de edad. Los participantes fueron localizados en áreas circundantes de los consultorios de medicina familiar, medicina preventiva, estomatología, laboratorio, rayos x en ambos turnos. El investigador se presentó con cada adolescente haciendo una cordial invitación a participar en la investigación explicando de manera entendible que la investigación consistía en la aplicación de 2 cuestionarios que evalúan depresión, adaptabilidad y cohesión familiar y que servirían para asociar estas entidades, los instrumentos llevaron 20 minutos aproximadamente en responderse, si así lo aceptaban tanto el adolescente como el tutor (teniendo en cuenta los criterios de exclusión a aquellos sujetos que estén bajo tratamiento psiquiátrico ya que algunos medicamentos pueden afectar el estado anímico del sujeto y perder veracidad en las respuestas) se les invitó a la sala de lectura de la unidad de medicina familiar para responder de manera cómoda y privada los cuestionarios. Una vez en la sala de lectura se les proporcionó el consentimiento o asentimiento informado según sea el caso el cual se solicitó que dieran lectura y expresaran si fue claro y entendible o si tuvieron alguna duda, la cual se les resolvió en el momento, en los casos que no supieran leer o se les dificultara, la residente de medicina familiar leería en voz alta el consentimiento informado y los cuestionarios sin embargo no se presentó el caso ya que todos sabían leer y escribir. Una vez que firmaron el consentimiento o asentimiento informado en los espacios correspondientes se les realizó un breve interrogatorio para verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión.

Se omitió el nombre de los participantes en el instrumento para garantizar la confidencialidad, y por lo tanto favorecer que las respuestas otorgadas fueran verídicas, se guió a los participantes durante el llenado del instrumento para procurar que sea resuelto completo y sin errores, no se intervino de forma que

podiera modificar los resultados, los cuales se otorgaron una vez contestado los cuestionarios.

Una vez que concluyo la recolección de datos se les otorgo un tríptico con información acerca de los cambios físicos y psicológicos en los adolescentes, los factores de riesgo que tienen para desarrollar depresión y de la importancia que tiene la familia en su buen desarrollo mental, el cual fue realizado por el médico residente de 3er año de medicina familiar. Al finalizar el estudio de investigación se citaron a todos los sujetos de investigación para que recibieran una plática que otorgo la médico residente respecto a la etapa de adolescencia y los cambios emocionales que surgen en esta, abordando aspectos de depresión y la familia. Al termino del estudio y después que se otorgó la plática y el tríptico con información acerca de la depresión en la adolescencia y la importancia familiar, el sujeto de estudio fue capaz de reconocer los cambios que hay en su cuerpo durante esta etapa así como identifico los síntomas de depresión y que la familia es un apoyo para él, en los casos que se detectó depresión en el sujeto de estudio este fue atendido por vía institucional, para lo cual el médico residente realizó las gestiones necesarias con el médico familiar que se encuentre adscrito a su consultorio para su atención en los servicios correspondientes de la unidad de medicina familiar o si su médico lo considero necesario se realizo envió a psiquiatría para su atención de forma oportuna

VI.7. LIMITE DE TIEMPO Y ESPACIO:

El tiempo en que se desarrolló la investigación comprende de 6 junio 2019 a 30 de septiembre 2019

En la unidad de medicina Familiar N° 93 (UMF 93) del Instituto Mexicano del Seguro Social se localiza en Vía Morelos, esq. Casa Nueva, Fraccionamiento Jardines de Casa Nueva, 55430 Ecatepec de Morelos, México Entre Av. Sta. Clara y Circunvalación Sur de la delegación 15, la cual brinda servicios de primer nivel de atención, galardonada con el premio IMSS a la competitividad, distintivos águila de oro y águila de doble oro. Es sede de cursos de postgrado en la especialización de medicina familiar. La población usuaria de esta unidad es de 237.300 derechohabientes provenientes de las colonias Jardines de Morelos, Los héroes Tecámac, Tulpetlac, Jardines de casa Nueva, bonito Ecatepec, Héroes Ecatepec, Acolman, entre otras repartida en un total de 34 consultorios en turno matutino y 34 en turno vespertino. Del total de pacientes el aproximadamente el 10% de los pacientes son adolescentes con un total de 21,217 de ambos sexos. Al momento no se cuenta con registro de cuantos adolescentes presentan diagnóstico de depresión.

VI.8. DISEÑO DE ANÁLISIS

10.8.1. REVISIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos fueron capturados de manera inicial en una matriz creada a través del programa Excel, la que conto con los apartados correspondientes para el vaciado completo de la información obtenida por el instrumento.

Para La escala Ces-d de Likert de cada ítem puntúa de 0 a 3 para los de sentido negativo, y de 3 a 0 para los de sentido positivo (ítem 4, 8, 12, 16); el rango de puntuación es de 0 – 60 puntos. El punto de corte utilizado es ≥ 16 .

Para la escala FACES III que contiene 20 preguntas planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert (10 para evaluar cohesión familiar y 10 para adaptabilidad familiar , distribuidas en forma alterna en preguntas numeradas como nones y pares, respectivamente; Las 20 preguntas tienen un valor de puntuación

de 1 a 5 (nunca, 1; casi nunca, 2; algunas veces, 3; casi siempre, 4, y siempre. Se identificaron 4 niveles de cohesión y 4 de adaptabilidad de la siguiente manera: cohesión: desligada: de 10 a 34 puntos, separada de 35-40, conectada 41-45, amalgamada 46-50 puntos. Adaptabilidad: rígida de 10-19 puntos, estructurada 20-24 puntos, flexible de 25-28 puntos, caótica de 29-50 puntos.

CLASIFICACIÓN Y TABULACIÓN DE DATOS

Una vez que se obtuvo la muestra, se recolectó y organizó en una matriz de datos de Excel se transfirió a un software SPSS 22.0 donde se realizó la codificación de los valores nominales dicotómicos o politómicos de los datos obtenidos.

ELABORACIÓN DE CUADROS, ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS Y GRÁFICOS

Por medio del programa SPSS 22.0 se realizaron los cuadros y gráficas de las características sociodemográficas como el sexo, ocupación, nivel escolar y se expresaron en frecuencias simples y porcentajes se usó también para las variables cuantitativas como la edad se usaron medidas de tendencia central como media y mediana.

PRUEBA ESTADÍSTICA PARA ASOCIAR VARIABLES

La prueba estadística que se utilizó fue la prueba de Chi cuadrada para el análisis de variables no paramétricas nominal, con nivel de significancia a 5% (0.05) e intervalo de confianza del 95%.

PRUEBA ESTADÍSTICA PARA CONTRASTAR HIPÓTESIS

Para la prueba de hipótesis se creó una tabla de contingencia de 2x2 entre los síntomas depresivos y la adaptabilidad y la cohesión.

Para las variables modificadoras del desenlace como la tipología familiar y el rendimiento escolar se realizó modelo de regresión logística, además se incluyó OR para cada variable.

VII. **IMPLICACIONES ÉTICAS:**

De acuerdo con los principios éticos establecidos para las investigaciones médicas de los seres humanos se respetó siempre el derecho de las personas y se salvaguardo su integridad. Acorde a la declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos, así como la Guía Nacional para la integración y funcionamiento de comités de ética en investigación. Se adoptaron las precauciones necesarias para respetar la intimidad de los participantes y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física, mental y su personalidad.(44)

Toda investigación que involucre seres humanos debe llevarse a cabo de acuerdo con normas éticas universalmente reconocidas con el fin de reducir al mínimo la posibilidad de causar daño y reflejadas en las guías y lineamientos nacionales e internacionales. Consecuentemente, en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio se debe prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (Reglamento de Investigación, artículo 13).

Por lo anterior, la revisión ética de los proyectos de investigación por parte de un CEI se ha constituido en el ámbito nacional y en el internacional, como una norma obligatoria, cuya finalidad consiste en garantizar mayor grado de protección posible a los sujetos que participan en la investigación.

El presente estudio se apegó al artículo 41 Bis fracción II de la Ley General de Salud, ya que se cuenta con comité de ética de investigación, el cual acepto el estudio de investigación, y no se llevó a cabo sin el dictamen de aprobado por el comité, los cuales se sujetan a los criterios que establece la Comisión Nacional de Bioética.

En esta investigación se cumplieron cabalmente los principios Bioéticos citados en el Reporte Belmont: Beneficencia y no maleficencia: se analizaron y maximizaron los beneficios que se puedan obtener de dicho estudio, ya que se le otorgo información escrita por medio de un tríptico y una plática acerca de los temas a tratar como la adolescencia, la depresión y la familia, en los casos que ameriten

se gestionó la atención del sujeto de investigación en los servicios JUVENIMSS, NutriIMSS, trabajo social y consulta con médico familiar, en los casos que se identificó depresión en el sujeto de investigación se comentó con el médico tratante del consultorio que le correspondía gestionando la referencia pertinente de acuerdo a cada caso por la vía institucional, para lo que el médico residente se comprometió a apoyar en el trámite administrativo correspondiente (elaboración de 4-30-8). Se evitó cualquier acción que pueda dañar al sujeto de estudio, el investigador se comprometió a proporcionar información a los sujetos de investigación y a sus familiares de forma oportuna, completa y comprensible con veracidad; incluyendo los objetivos y riesgos que se pudieran haber presentado al momento de responder los cuestionarios ya que trataron temas acerca de su ambiente familiar y estado de ánimo. Los investigadores del estudio se aseguraron que se otorgara la información en un espacio privado siendo este el auditorio o el aula de lectura y resolvieron al momento dudas que surgían al respecto. Justicia: Se incluyeron a todos los sujetos entre 10-19 años que aceptaron participar en el estudio sin distinciones, privilegios, ni preferencias relacionados con la raza, género, condición social, condición económica, principios morales o religiosos, convicciones políticas, preferencias sexuales, discapacidad física, y los beneficios se les otorgaron hayan aceptado o no participar en el estudio. Solo se excluyeron a los sujetos que estaban bajo un tratamiento psiquiátrico y a las embarazadas ya que en ambos casos se podría alterar el estado anímico del sujeto y con ello afectar la veracidad en las respuestas de los cuestionarios. Autonomía: Se reconoció la capacidad de los sujetos de estudio y tutores para la toma de decisiones en la participación del estudio otorgándoles un consentimiento o asentimiento informado en el cual se describió el objetivo principal del estudio que fue dar a conocer la relación que tiene algunos aspectos de la familia con padecer depresión en los adolescentes, así como posibles riesgos y beneficios al participar en el estudio, este se firmó de manera voluntaria y sin imposiciones, se informó acerca de su derecho a manifestar su inconformidad por la atención recibida, el investigador se comprometió a atenderle y resolver el problema o darle una respuesta satisfactoria. Se respetó la decisión de abandonar el estudio en el momento que ellos lo desearan, haciéndole conocer que

no se tendría ningún tipo repercusión en su atención médica otorgada por el instituto.

De igual forma está apegado a la declaración de Helsinki en su 64ª Asamblea General, Brasil, Octubre 2013 (que se realizó como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos) ya que el investigador garantizo resguardar la intimidad del sujeto que participo en la investigación y la confidencialidad de su información personal. Los sujetos que participaron en este estudio otorgaron su consentimiento y asentimiento de forma voluntaria con la información adecuada acerca de los objetivos, riesgos e incomodidades derivadas al realizar los test de FACES III para funcionalidad familiar y CES D para depresión, así como se le dio a conocer que tenía el total derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento que él lo deseara, y que la atención recibida por parte de la institución o la unidad de adscripción no sería afectada tampoco la relación médico-paciente. Los resultados de ambos cuestionarios fueron estrictamente para el logro del objetivo y reservado exclusivamente para conclusión del estudio.

Se respetó el Código de Núremberg publicado el 20 de agosto de 1947. Ya que antes de que el adolescente acepto la participación en el estudio y firmo el consentimiento o asentimiento informado se le explico la razón del estudio, la duración, el método y las formas mediante las cuales se llevó a cabo, así como los efectos que pudiera ocasionar como disgusto o tristeza al responder el cuestionario 1 sobre los aspectos familiares en las preguntas: 2, 7,10,12,18 e incomodidad o llanto que puede ocasionar el cuestionario 2 ya que toca temas referentes a su estado de ánimo como son las preguntas 4, 6, 9, 17.18.19.

Este estudio se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud, publicado en diario oficial de 24 de febrero de 2005 Título segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en los siguientes artículos:

Artículo 17. El presente estudio se considera un estudio de riesgo mínimo ya que es un estudio donde se emplearon pruebas comunes no invasoras como es el empleo de cuestionarios donde no se manipulo la conducta del sujeto.

Artículo 18. El investigador se comprometió a suspender la investigación de inmediato, al notar desagrado o descontento por el sujeto de investigación al estar contestando los instrumentos, o cuando este lo solicito. En el caso de que el sujeto de investigación se notó incomodo durante la aplicación de los cuestionarios se sugirió la suspensión del cuestionario.

Artículo 19. Se proporcionó la atención médica al sujeto que sufrió alguna afección canalizándolo con su médico familiar y trabajo social para su atención oportuna.

Artículo 20. Se obtuvo el consentimiento o asentimiento informado por escrito del sujeto de estudio o representante legal con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometería a la aplicación de los instrumentos: CES-D y FACES III. Con la capacidad de libre elección y sin imposición alguna. Y retirando el consentimiento en cuanto el sujeto de investigación lo deseara. .

De acuerdo a la NOM-012-SSA3-2012: Que Establece los Criterios para la Ejecución de Proyectos de Investigación para la Salud en Seres Humanos el investigador garantizo que no se expondría al sujeto de investigación a riesgos innecesarios y que los beneficios esperados fueran mayores que los riesgos predecibles. Y en caso de que notáramos incomodidad o molestia del sujeto al contestar alguno de los dos cuestionarios retiraría del estudio.

Este estudio está apegado a las pautas éticas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS):

Pauta 1: El estudio tiene el potencial de generar, conocimiento que permita mejorar la salud y el bienestar de los adolescentes respetando los derechos de los sujetos de investigación.

Pauta 17: Trata sobre la investigación con niños y adolescentes; ya que antes de emprender la investigación estuvo presente uno de los padres o persona legalmente responsable del menor y que este autorizó la participación del adolescente, se le dio la debida información sobre la investigación acorde a su nivel de madurez.

De acuerdo a la ley general para la protección de datos personales, el investigador se comprometió a resguardar la información obtenida en los instrumentos, no se solicitó el nombre del sujeto de investigación solo se asignó folio para mayor privacidad, asegurando que sólo los investigadores responsables tendrán acceso a la información obtenida.

Riesgos para el sujeto de investigación:

Se aclaró que el presente estudio tiene riesgo mínimo de acuerdo a la ley general de salud especialmente algunas preguntas del cuestionario sobre depresión ya que le podrían haber causado incomodidad o herir susceptibilidades, ya que están relacionadas con su vida privada, su salud física, emocional, como son las preguntas 4, 6, 9, 17.18.19. Así como el cuestionario de adaptabilidad y cohesión ya que se toca aspectos de su vida familiar y las relaciones con los miembros de ésta, como es la pregunta 2, 7,10,12,18, se les explico a los participantes de forma detallada los aspectos que mide el instrumento , y en caso necesario el sujeto podría elegir el no seguir contestando el cuestionario

Beneficios para el sujeto de estudio

Al aceptar o no participar en este estudio se les proporciono un tríptico y se invitó a acudir a una plática informativa acerca de los cambios físicos y psicológicos de los adolescentes, así como los factores de riesgo para desencadenar depresión y la importancia que tiene la familia para un desarrollo óptimo de su salud mental, la cual fue elaborada y realizada por el médico residente, así como en los casos que presentaron síntomas de depresión se canalizaron con su médico familiar para su atención y en caso de que su médico familiar lo considero pertinente el médico residente apoyo en realizar la referencia al servicio que amerite como es psiquiatría, trabajo social, Nutrición, etc.

Alcance

El presente estudio es una oportunidad para el investigador donde se identificaron a aquellos pacientes que presentan síntomas depresivos y alteraciones en la adaptabilidad y cohesión de la familia y así emitir recomendaciones con impacto en la práctica clínica con base en los resultados que se obtuvieron de los test aplicados y así promover de manera oportuna el diagnóstico y tratamiento así como la importancia de la familia como apoyo y prevención de la depresión en los adolescentes para evitar adicciones en adolescentes y relaciones no sanas que impidan el adecuado desarrollo académico y pobre rendimiento laboral.

Contribuciones

Esta investigación aporta nuevos conocimientos acerca de la población de adolescentes teniendo en cuenta que es un grupo vulnerable y en ocasiones no siempre se detectan síntomas de depresión y por lo tanto no se atienden de manera oportuna, recordando que si se cronifica dicha patología se tendrá un desenlace no sano, generando adultos deprimidos, poco productivos y posiblemente somatizadores de cada evento no grato que tengan, lo cual a su vez generará incapacidades prolongadas que impacten en el pobre desarrollo personal del individuo.

VIII. ORGANIZACIÓN

TESISTA

M.C. María José Álvarez Trejo

DIRECTOR DE TESIS

ESP. MF. Diana Amaya Mora

IX. CRÉDITOS:

Para los efectos de publicación o presentación en eventos académicos la tesista aparecerá como primer autor y el director como segundo autor en todos los casos.

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

- Recursos humanos:
 - Investigador responsable: Diana Amaya Mora Médico especialista en medicina Familiar adscrita a la UMF número 93.
 - Colaborador de investigación: Álvarez Trejo María José Residente de Medicina Familiar adscrita a la UMF 93
- Físicos: Unidad de medicina familiar número 93, salas de espera y áreas comunes, un aula para donde se otorgó el consentimiento o asentimiento informado, y se aplicaron los cuestionarios así como donde se otorgó la plática de Adolescencia y cambios emocionales.
- Materiales: material de oficina como son: hojas blancas, lápiz, borradores, engrapadora, tabla de apoyo, folders.
- Equipo de cómputo: computadora con paquetería de office instalada y software estadístico SPSS 22.0 e impresora, video proyector, pantalla blanca para proyectar, bocinas para audio.
- Financiamiento: fueron provistos por la UMF 93 y otros los aportará el investigador responsable y el colaborador para la adquisición del material de apoyo para el desempeño correcto de la aplicación de los instrumentos.

X. RESULTADOS

- La cohesión desligada que son las familias con una gran separación emocional, tienen falta de lealtad en la familia así como una falta de interacción en todos sus miembros hay una lejanía paterno-filial, no hay convivencia, toman decisiones solos, no hay intereses en común, y la parte de la recreación se lleva a cabo independiente por cada uno de los miembros se asocia significativamente con presentar síntomas depresivos en la adolescencia con $X^2 = 15.7$, RM 3.38, IC 95% 1.81-6.29, $p = <0.0001$) lo cual significa también que los adolescentes que tienen familias de cohesión desligada tienen mayor riesgo de presentar síntomas depresivos.
- La adaptabilidad caótica que son familias donde no hay un liderazgo o este es ineficaz, no hay disciplina e inconciencia en las consecuencias no hay claridad en los roles y estos se pueden invertir, hay cambios en las reglas y estas suelen no cumplirse tiene una asociación significativa con síntomas depresivos en la adolescencia con $X^2 = 9.3$, RM 2, IC95% 1.09-3.67, $p = 0.023$ lo cual significa que los adolescentes que se encuentran con familias con una adaptabilidad caótica tienen mayor riesgo de presentar síntomas depresivos

Tabla 13 factores asociados a síntomas depresivos en la adolescencia

<i>Factor asociado</i>	<i>RM</i>	<i>IC95%</i>	<i>P</i>
<i>Ni estudia ni trabaja</i>	4.61	0.60 – 35.1	0.08
<i>Cohesión desligada</i>	3.38	1.81 – 6.29	<0.0001
<i>Nivel primaria</i>	2.04	1.04 – 4.02	0.03
<i>Adaptabilidad caótica</i>	2.00	1.09 – 3.67	0.025
<i>Edad <13</i>	1.71	0.93 – 3.12	0.08
<i>Sexo femenino</i>	1.37	0.75 – 2.49	Ns
<i>Familia nuclear y extensa</i>	1.29	0.66 – 2.53	Ns
<i>deficiente rendimiento escolar</i>	0.99	0.39 – 2.53	Ns

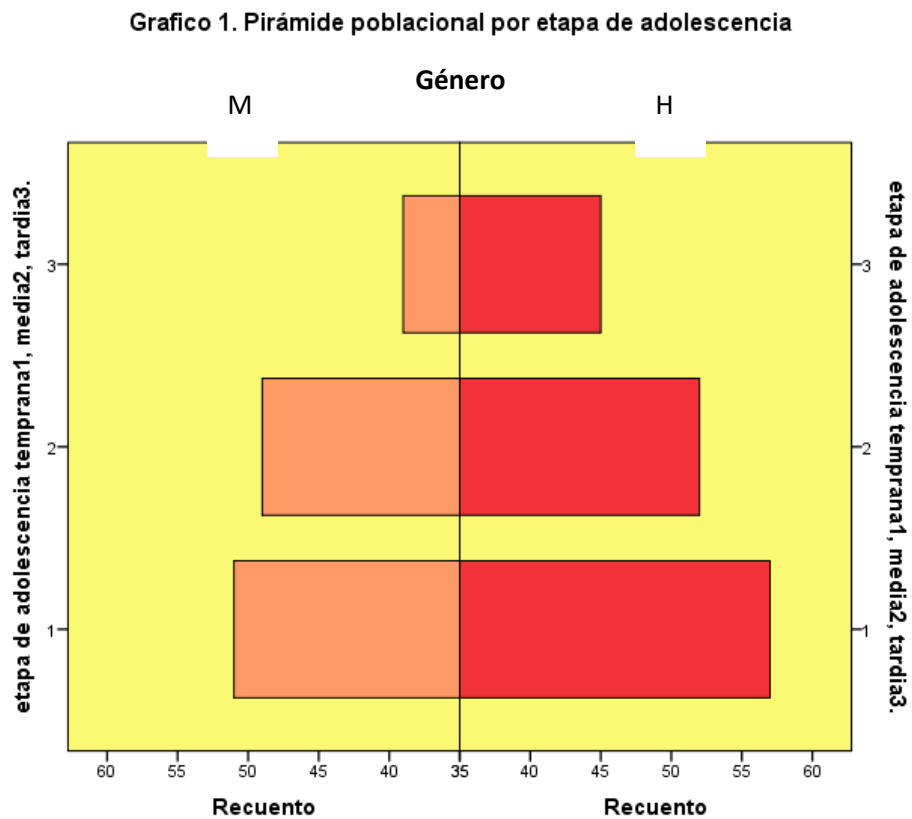
FUENTE: SPSS 22.0 CON CUESTIONARIO CES-D Y FACES III

XI. Cuadros Y GRÁFICOS

Se obtuvo una muestra de 293 adolescentes.

Género y etapa de la adolescencia

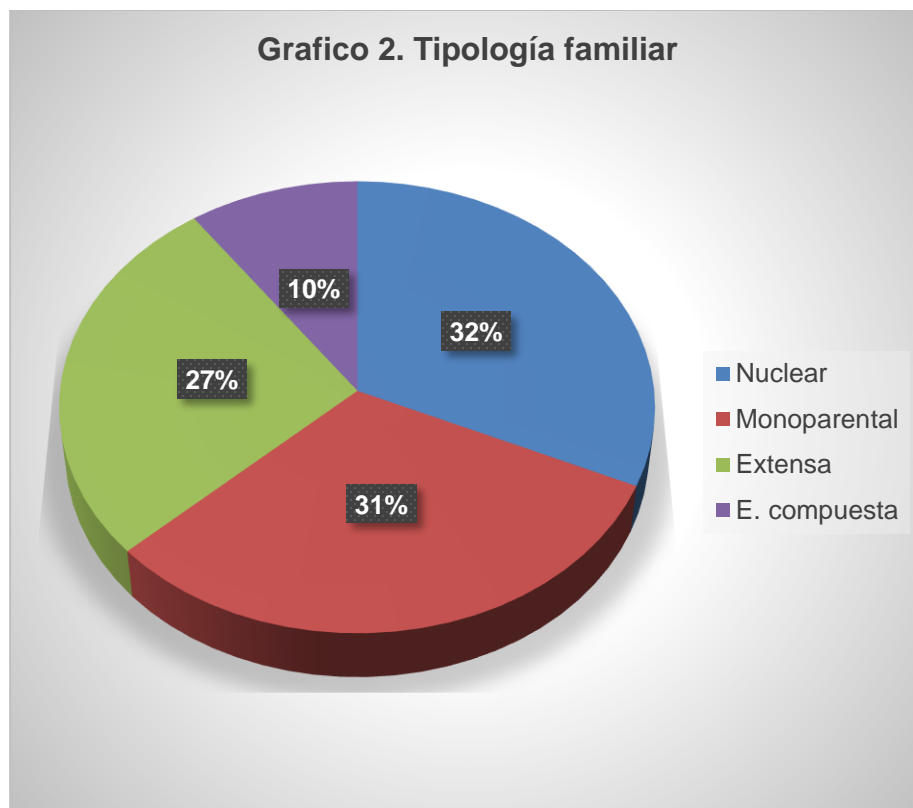
Del total de muestra 139 corresponde al sexo femenino (47%), agrupados por etapa de adolescencia la mayoría se encuentran en adolescencia temprana de 10 a 13 años, 118 (37%). Grafica 1



FUENTE: hoja de datos sociodemográficos UMF 93, julio-agosto 2019

TIPOLOGÍA FAMILIAR

La tipología familiar de mayor frecuencia en los adolescentes encuestados fue la nuclear 93 (32%), que corresponde a las familias donde se encuentra madre, padre e hijos bajo el mismo techo. Como se muestra en el grafico 2.



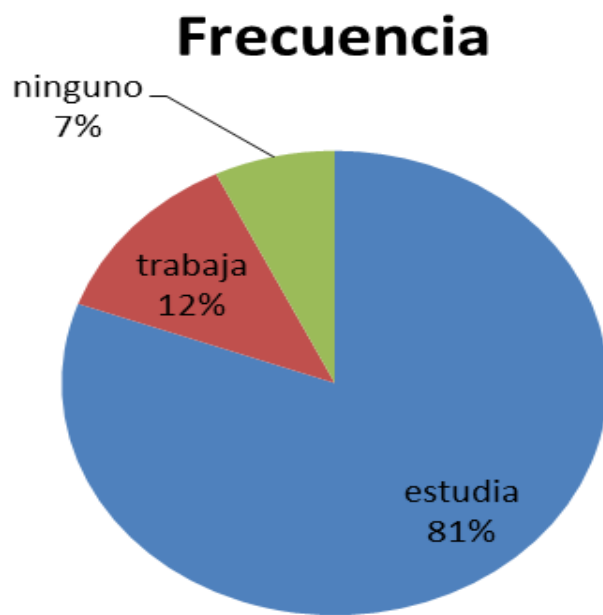
FUENTE: hoja de datos sociodemográficos UMF 93, julio-agosto 2019

OCUPACIÓN:

En la distribución por ocupación, la mayoría corresponde a estudiantes 236 (80.5%).

Grafico 3

Grafico 3: Ocupación



FUENTE: hoja de datos sociodemográficos UMF 93, julio-agosto 2019

Rendimiento Escolar

Entre los estudiantes, la mayoría obtuvo un rendimiento escolar aceptable 118 que representa el 40.3%, la cuarta parte sobresaliente como se observa en la tabla 1.

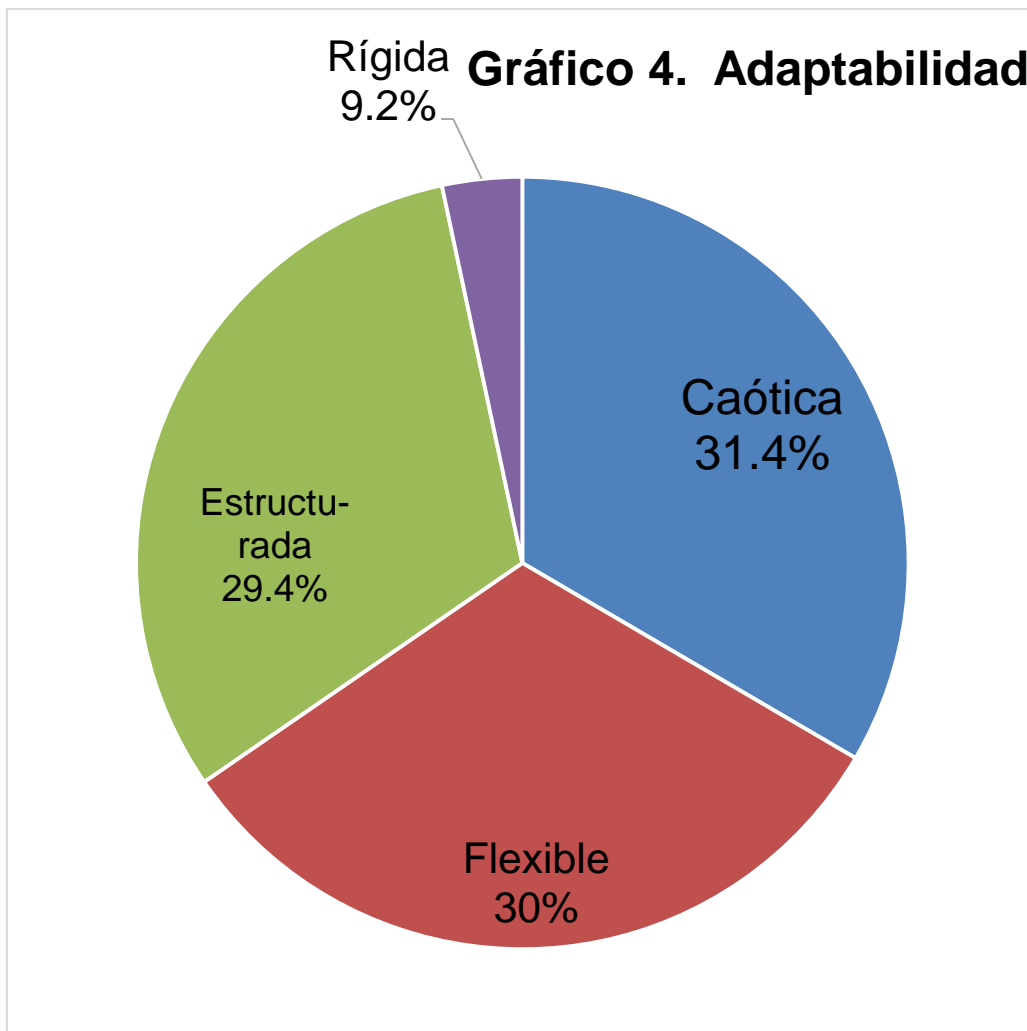
Tabla 1 Distribución por nivel de rendimiento escolar

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Excelente	9	3.1
	Sobresaliente	75	25.6
	Aceptable	118	40.3
	Insuficiente	29	9.9
	Deficiente	5	1.7
	Total	236	80.5

FUENTE: hoja de datos sociodemográficos UMF 93, julio-agosto 2019

ADAPTABILIDAD

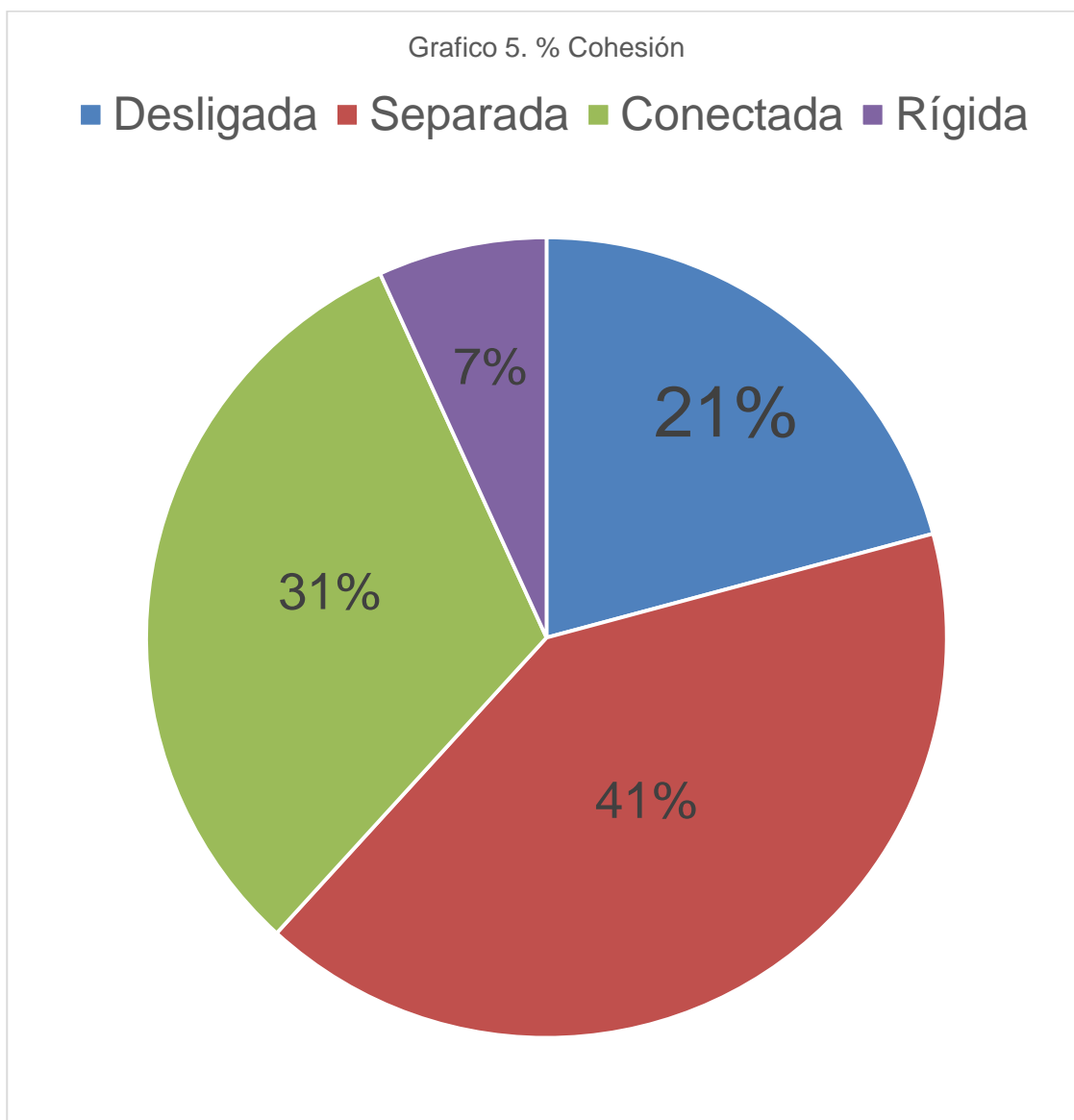
De acuerdo a sus respuestas en el instrumento FACES III, la adaptabilidad familiar más frecuente es la caótica 96 que corresponde a 31.4%, como se ve en el gráfico 4.



Fuente: resultados de cuestionario FACES III

COHESIÓN

Del mismo instrumento se obtuvo la frecuencia por cohesión familiar, la mayoría corresponden a separada 120 (41%) en el gráfico 5.



FUENTE: resultados de cuestionario FACES III

DEPRESIÓN

Casi una quinta parte de adolescentes presentaban síntomas depresivos 52 (17.7%) como se presenta en la tabla 2.

Tabla 2 Frecuencia de depresión en adolescentes

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Depresión	52	17.7
	Normal	241	82.3
	Total	293	100.0

FUENTE: resultados de cuestionario CES-D

SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y GÉNERO

Los síntomas depresivos se presentan con mayor frecuencia en el género femenino 111 (20.1%) en la tabla 3

Tabla 3 Frecuencia de síntomas depresivos asociado a sexo

Género	síntoma depresivo		Total general	%
	CON SÍNTOMAS	SIN SÍNTOMAS		
Hombre	24	130	154	15.5
Mujer	28	111	139	20.1
Total general	52	241	293	17.7

SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y TIPOLOGÍA FAMILIAR

Al realizar la tabulación cruzada, no se observan grandes diferencias en la frecuencia de sujetos con síntomas depresivos por tipología familiar ($p=ns$), tabla 4.

Tabla 4 Frecuencia de síntomas depresivos por categoría de tipología

			Síntomas depresivos		Total	
			Depresión	Normal		
Tipología familiar	Nuclear	Recuento	17	76	93	
		% dentro de Tipología familiar	18.3%	81.7%	100.0%	
	Monoparental	Recuento	14	78	92	
		% dentro de Tipología familiar	15.2%	84.8%	100.0%	
	Extensa	Recuento	16	63	79	
		% dentro de Tipología familiar	20.3%	79.7%	100.0%	
	Extensa compuesta	Recuento	5	24	29	
		% dentro de Tipología familiar	17.2%	82.8%	100.0%	
	Total		Recuento	52	241	293
			% dentro de Tipología familiar	17.7%	82.3%	100.0%

FUENTE: cuestionario CES-D y datos sociodemográficos

SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y ETAPA DE ADOLESCENCIA

La etapa de la adolescencia en la que más se presentaron síntomas depresivos es la adolescencia temprana con un 21% del total de encuestados en esta etapa. Como se observa en la tabla 5.

Tabla 5 Frecuencia de síntomas depresivos por categoría de etapa de adolescencia

etapa adolescencia	síntomas depresivos		Total general	%
	con síntomas	sin síntomas		
temprana	23	85	108	21.3
media	13	88	101	12.9
tardía	16	68	84	19.0
Total general	52	241	293	17.7

FUENTE: Cuestionario CES-D y datos sociodemográficos

SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y RENDIMIENTO ESCOLAR

El rendimiento escolar que más síntomas depresivos presento fue el aceptable 27 (51.9) como se observa en la tabla 6.

Tabla 6 Frecuencia de síntomas depresivos por categoría de rendimiento escolar

Rendimiento escolar	con síntomas depresivos	Sin síntomas depresivos	Total general	% Con síntomas depresivos	%sin síntomas depresivos
excelente	1	8	9	11.1	1.9
sobresaliente	11	65	76	14.5	21.2
aceptable	27	91	118	22.9	51.9
insuficiente	4	25	29	13.8	7.7
deficiente	2	3	5	40.0	3.8
en blanco	7	49	56	12.5	13.5
Total general	52	241	293	17.7	100.0

FUENTE: CES D y datos sociodemográficos

Para la elaboración del análisis bivariado utilizamos chi cuadrada de Pearson para asociar variables no paramétricas encontrando:

La asociación de síntomas depresivos y adaptabilidad da como resultado que la adaptabilidad caótica se asocia más con síntomas depresivos de acuerdo a la Chi cuadrada=9.33, p=0.025

La asociación de síntomas depresivos y cohesión se obtuvo como resultado que la cohesión desligada tiene mayor asociación a síntomas depresivos. De acuerdo a $X^2 = 15.7$, RM 3.38, IC 95% 1.81-6.29, p= <0.0001

SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y ADAPTABILIDAD

Al menos un grupo entre las categorías por adaptabilidad familiar, es diferente como se observa en la tabla 7.

Tabla 7 Frecuencia de síntomas depresivos por categoría de adaptabilidad

			Síntomas depresivos		Total
			Con	sin	
Adaptabilidad	Caótica	Recuento	26	70	96
		% dentro de Adaptabilidad	27.1%	72.9%	100.0%
	Flexible	Recuento	9	76	85
		% dentro de Adaptabilidad	10.6%	89.4%	100.0%
	Estructurada	Recuento	12	71	83
		% dentro de Adaptabilidad	14.5%	85.5%	100.0%
	Rígida	Recuento	5	24	29
		% dentro de Adaptabilidad	17.2%	82.8%	100.0%
Total		Recuento	52	241	293
		% dentro de Adaptabilidad	17.7%	82.3%	100.0%

FUENTE: resultados de cuestionario FACES III y CES-D

Se unieron las categorías de adaptabilidad “caótica y rígida” para comparar el porcentaje de deprimidos contra la categoría “flexible y estructurada” unidas, en análisis dicotómico se observa que hay mayor riesgo de síntomas depresivos si el sujeto corresponde a las categorías “caótica o rígida” (24%) vs “flexible estructurada” (14%), (RM 2.0, IC95% 1.09 – 3.68, p=0.023). como se observa en la figura 8.

Tabla 8 Frecuencia de síntomas depresivos por categoría de adaptabilidad

			Síntomas depresivos		Total
			Depresión	Normal	
Adaptabilidad	caótica y rígida	Recuento	29	93	122
		% dentro de Adaptabilidad	23.8%	76.2%	100.0%
	flexible y estructurada	Recuento	23	148	171
		% dentro de Adaptabilidad	13.5%	86.5%	100.0%
Total		Recuento	52	241	293
		% dentro de Adaptabilidad	17.7%	82.3%	100.0%

FUENTE: ENCUESTA

SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y COHESIÓN

Al asociar la cohesión con síntomas depresivos la que se presenta con mayor asociación es la cohesión desligada como se observa en la figura 9

Tabla 11 Frecuencia de síntomas depresivos por cohesión

Cohesión	síntomas depresivos		Total general	%
	Con	sin		
Desligada	18	43	61	29.5
Separada	15	105	120	12.5
Conectada	11	81	92	12.0
Amalgamada	8	12	20	40.0
Total general	52	241	293	17.7

FUENTE: Resultado de cuestionario FACES III y CES-D

Se unieron las categorías de cohesión “desligada y amalgamada” (1) para comparar el porcentaje de deprimidos contra la categoría “separada y conectada” (2) , en análisis dicotómico se observa que hay mayor riesgo de síntomas depresivos si el sujeto corresponde a las categorías “desligada y amalgamada” (32%) vs “separada y conectada” (12%).

Tabla 12 Frecuencia de síntomas depresivos por categoría de cohesión

			Síntomas depresivos		Total
			CON	SIN	
Cohes-dico	1	Recuento	26	55	81
		% dentro de Cohes dico	32.1%	67.9%	100.0%
	2	Recuento	26	186	212
		% dentro de Cohes dico	12.3%	87.7%	100.0%
Total		Recuento	52	241	293
		% dentro de Cohes dico	17.7%	82.3%	100.0%

FUENTE: cuestionario FACES III y CES-D con programa SPSS.

XII. DISCUSIÓN

Los desórdenes mentales se consideran un problema de salud pública en casi todo el mundo. La ocurrencia de depresión en los adolescentes se ha incrementado en los últimos cincuenta años.

Con los resultados obtenidos en dicho estudio se observa que 52 sujetos adolescentes que corresponde al 17.7% del total de una población de 293 adolescente están presentado síntomas deprimidos lo cual se compara con el estudio realizado por Jhon Fredy Buitrago y cols, en su estudio Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de Boyacá donde se usa como instrumento CES- D en el que muestra una media de 24.3% y con predominio del sexo femenino. Sin embargo contrasta con algunos estudios realizados como el de J. Garibay Ramirez y cols donde refieren un porcentaje más bajo del 11.7 %. La OMS estima un 10 al 20% de los adolescentes con alguna enfermedad mental, y contando aun la frecuencia con la que estos no son diagnosticados. La media de adolescentes del sexo masculino que se reportan en el estudio es mayor a los reportado en otras investigaciones donde reportan que las mujeres adolescentes obtienen de manera significativa mayores puntajes de depresión que los varones (Galicia Moyeda et al 2007) e incluso cifras de OMS reportan mayor prevalencia significativa en el sexo femenino, aunque se debe tomar en cuenta que en estudios anteriores se ha evidenciado que las mujeres deprimidas son más proclives que los hombres deprimidos a usar los servicios sanitarios o a solicitar apoyo, pues la población masculina tiene dificultad para reconocer los síntomas de depresión, y si los perciben, prefieren evitarlos consumiendo drogas o con mecanismos extremos de escape como el suicidio como se comenta en el artículo de Constanza Londoño Perez et al, 2016. Así como que los hombres en ocasiones no presentan la misma sintomatología que la mujer ellos tienden a ser agresivos, notarse irritables o enojados.

En esta investigación se observa una frecuencia de síntomas depresivos en los adolescentes que se ubican en la etapa temprana que abarca de los 10 a 13 años que es la etapa en la que inicia el desinterés por los padres, se va perdiendo ese apego hacia estos, se buscan relaciones con compañeros del mismo sexo, se pone a prueba la autoridad, comienza la rebeldía, teniendo en cuenta también el desarrollo de capacidades cognitivas, la inestabilidad emocional y la falta de control de impulsos, sin embargo en un estudio realizado por Jhon Fredy Buitrago Matamoros y Leidy Yasmith Pulido en sus variables sociodemográficas hay una mayor frecuencia de depresión en la etapa de 15 y 16 años que corresponde a la adolescencia media.

Se presentó un predominio de familias nucleares en un 32% sin embargo la asociación con síntomas depresivos tuvo una p no significativa, en una investigación de Barrientos-Acosta V y cols en la que asocia depresión con tipología familiar en un grupo de adolescentes mexicanos donde estudio 1648 adolescentes predominando la familia nuclear simple con 55%, seguida de la monoparental con 13% y extensa 16%

El bajo rendimiento asociado a presentar síntomas depresivos llega a coincidir con lo aportado por otras investigaciones en las que se ha evaluado la depresión con otros instrumentos, como en de Galicia Moyeda et al. Sin embargo podemos tomar en cuenta el tiempo en el que se desarrolló este estudio que fue en un periodo de fin de ciclo escolar donde probablemente los adolescentes estudiantes presentaban mayor estrés por sus calificaciones o exámenes finales.

En este estudio la adaptabilidad caótica fue la que se asoció en mayor frecuencia con síntomas depresivos, en un 27% con una p de 0.25. en donde el liderazgo limitado y/o ineficaz, las disciplinas son muy poco severas, habiendo inconsistencia en sus consecuencias, las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en los mismos, frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente. Para la cohesión se realizó un análisis dicotómico en la que se unió cohesión desligada con amalgamada contra cohesión separada y conectada teniendo mayor prevalencia

del 32% de padecer depresión los de cohesión desligada y amalgamada con una $p= 0.23$. Contrastando con la publicación de Rafael Leyva-Jiménez et al. Donde asocia la depresión en adolescentes con funcionamiento familiar con donde resulta que la familia con adaptabilidad rígida presenta mayor asociación con síntomas depresivos y concordando que una cohesión separada se presentó con más frecuencia en el grupo con depresión ($p < 0.05$, OR 6.3).

XIII. CONCLUSIONES

La depresión en el adolescente es una patología que impacta a nivel mundial, ya que pese a las estrategias que se han realizado para la prevención, diagnóstico y abordaje, aún siguen lejos de las metas propuestas.

En esta investigación se concluye que la familia con una adaptabilidad caótica y cohesión desligada presentan una asociación más frecuente con síntomas depresivos motivo por el cual se debe indagar aún mas en factores sociodemográficos en los que se afecte el estado de ánimo del adolescente como sus relaciones interpersonales, la etapa de noviazgo, la violencia en el mismo, su nivel socioeconómico, si presenta algún tipo de adicción, todo lo anterior con la finalidad de tener un panorama más amplio de los factores en los que se debe intervenir de manera oportuna.

XIV. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Con los resultados que se obtuvieron en la investigación se recomienda:

- Tener presente que el adolescente pertenece a un grupo vulnerable que puede padecer depresión de tal forma que al momento que acudan a consulta se realicen las intervenciones correspondientes.
- Buscar de manera intencionada los datos clínicos enfocados a depresión en los adolescentes
- Enfatizar y realizar propaganda de los programas enfocados a los adolescentes
- Fomentar en las escuelas y en la consulta la importancia de la integración familiar.
- Informar a los padres acerca de los síntomas que se presentan en la depresión y así evitar la confusión con los cambios propios de la adolescencia
- Fomentar una relación paterno-filial de confianza, para que el adolescente platique acerca de sus sentimientos y conflictos.
- Fomentar actividades en familia como salidas, actividades físicas, o recreativas.

XV. BIBLIOGRAFÍA:

1. Jose MR, Beatriz AL. . La Familia y el Adolescente. Rev Med Hosp Gen (Mex).1999;62(3):191.
2. Gonzalez Huerta J. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. Vol. 1 Mexico d.f; 2005.
3. Eduardo OG, Vera VG. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización.Jjusticia Juris. 2014;10(1):11–20.
4. Apolinar ML, Fernandez OQ. Familia introduccion al estudio de sus elementos. Vol 1. 1th ed. Ciudad de México:ETM; 2008.
5. Mendoza LA, Soler HE, Sainz VL, Gil AI, Mendoza HF,Perez HC. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. med fam. 2006;8(1):27–32.
6. Asociacion Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C. Conceptos basicos para el estudio de las familias.Arch med fam. 2005;7:6.
7. Roman LC, Angulo VR, Figueroa HG, Hernandez GM. El medico familiar y sus herramientas. rev medica md. 2015;6(4):294–9.
8. Idarmis GB. Las Crisis Familiares. Rev Cuba Med Gen Integr.2000;16(3):280–6.
9. Catherine CS. Guía de abordaje sobre crisis normativas con orientación a profesionales de la salud en la Atención Primaria. CESFAM. 2015;1:13
10. Edison FV,Cruz EV. Familia y dinámica familiar: cartilla dirigida a facilitadores para la aplicación de talleres con familias.vol 1.Mexico:FUNLAM; 2014.
11. López SP, Hitrón PF, Rosas EP, Clavelina FG, Quintanilla EG, Ortega MF, et al. Determinantes sociales en la cohesión y adaptabilidad familiar. Aten Prim.1998;21(5):275–82.

12. Villarreal ZD, Paz AJ. Adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao , Perú. 2017;5(2):21–42.
13. Anzures CR, Chavez A , García PM, Pns AO. Medicina familiar. Vol 1.2th ed. Mexico DF.Corinter;2013.
14. Martínez PA, Iraurgi CI, Sanz VM. Validez estructural del faces-20esp : versión española de 20 ítems de la escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar. rev iberoam. 2011;1(29):147–65.
15. Pavez P, Santander N, Carranza J, Vera P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. rev med chil. 2009;137:226–33.
16. Martínez PA, Iraurgi I, Galíndez E, Sanz M. Family adaptability and cohesion evaluation scale (faces): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. IJPHP. 2006;6(2):317–38.
17. Ponce RE, Gomez CF, Teran TM, Irigoyen CA, Landgrave IS. Validez de constructo del cuestionario faces III en español. At. Prim. 2002;30:624–30.
18. Unicef. org [internet] Mexico:UNICEF,[actualizado 2002; citado 13 de diciembre 2018]. disponible en:
https://www.unicef.org/spanish/publications/index_4266.html?p=printme
19. Organización Mundial de la salud. desarrollo en la adolescencia. disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
20. Gomez CE. Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. rev intercont psicol y educ. 2008;10(2):105–22.
21. Cruz Hernandez M. Manual de pediatría para medicos en atencion primaria.Vol 2. 8th ed. Barcelona: Oceano; 2013.
22. González FC, Hermosillo TA, Vacio MM, Wagner AF. Depresion en

- adolescentes un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *bol med hosp infant mex* . 2015;72(2):149–55.
23. Herandez CQ, Gomez ME, Assessment of suicidal risk and associated stress in mexican adolescent students. *Rev. Mex. de Psic.*2006.23,(1), 45-52
 24. Guia de Referencia Rapida de depresión en el adulto Mayor 2005
 25. Organización Mundial de la Salud. org.mexico: OMS [actualizado 2018.citado 13diciembre 2018] disponible en: www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression
 26. Benjet C, Borges G, Medina ME, Fleiz BC, Zambrano RJ. Prevalence, course, and treatment seeking delay. *sal publ mex*. 2004;46:417–24.
 27. Guia de practica clinica diagnostico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor. 2011;8–18.
 28. Tochoy PC, Chaskel R. Depresión en niños y adolescentes. *Precop SCP*.2011;15(1):30–38.
 29. American Psiquiatric Asociation. Diagnostic and statiscal manual of mental disorders DSM-5. 2013;
 30. Acosta HM, Mancilla PT, Correa BJ, Saavedra VM, Ramos MF, Cruz SJ, et al. Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Arch Neurocien (Mex)*. 2011;16(3):156–61.
 31. Christian C, Rosalia S. Síntomas depresivos y estructura familiar en adolescentes. 2012;19(1):12–5.
 32. Gempp FR, Avendaño VC. Normas y punto de corte para la escala de depresión del centro para estudios epidemiológicos (CES-D) en población juvenil chilena. *Redalyc*.2014;22(2);145-156
 33. González FC, Solis TC, Jimenez TA, Fernández HI, González GA, García JF., et al. confiabilidad y validez de la escala de depresión ces-d en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior. *SICELO*. 2011;34(1):53–9.

34. Fredy HV, Ortiz DL. Características Psicométricas de la escala ces-d en adolescentes de san juan de pasto. *Avan. en Psic. Lat. (colombia)*. 2012;30:328–40.
35. Zapata G, figueroa M, Miranda V. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. *Medig*. 64:295–301.
36. Ossa HA, Sanchez OA, Mejia VC, Breno SJ. Prevalencia de depresión y sus factores asociados en adolescentes entre 13 y 17 años en colombia. *Sal Pub*. 2016.19 (2): 315-329.
37. Alvarez ZM, Jacobo RB, Rodríguez SA, Coffin CN, Jimenez RL. La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescen tes. *Redalyc*. 2009;205–16.
38. Fredy J, Matamoros B, Yasmith I, Archila P. relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de boyacá . *Sicielo* 2017;20(38):296–307.
39. Cogollo Z, Ruiz I, Campo A. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de cartagena, colombia 2009;38(4):637–44.
40. Acosta BV, Sanches HF, Velazques LS, Alfaro IG, Mendoza HS. Depression and family features in a group of mexican adolescents. *Arch Med Fam*. 2010;12(3):8.
41. Manzano VA, Romero RA, Gutierrez MN, Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para intento de suicidio. 2009;47(6):643–6.
42. Gabriel B, Mike N. Psychiatric disorders, comorbidity and suicidality in mexico. *affect disord*. 2010;124:98–107.
43. Murillo FM, Martinez GC. Homework Influence on academic performance. A study

of Iberoamerican students. *Rev Psicodidac.* 2012;57(1):144–73.

44. Castillo S, Nereida I. La etica de la investigación científica y su inclusión en las ciencias de la salud. *acta medica del cent.* 2018;12(2).
45. Ley general de salud en materia de investigación.

XVI ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años)

Nombre del estudio: ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR ASOCIADA A DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 10-19 AÑOS DE EDAD DE LA UMF NO. 93

Número de registro institucional _____

Objetivo del estudio y procedimiento: Conocer la relación que tienes con tu familia con los cambios de humor que puedas tener tú o tu familia, ya que se han presentado más casos de adolescentes con depresión que no se detectan ni tratan a tiempo, y la familia tiene un papel importante en esta enfermedad.

Hola, mi nombre es María José Álvarez Trejo y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de la relación que hay entre las características de la familia y presentar síntomas depresivos para ello queremos pedirte que nos apoyes en contestar dos cuestionarios con preguntas acerca de tu familia y tú estado de ánimo.

Tu participación en el estudio consistiría en: una vez que aceptes entrar en el estudio se solicitará a tu padre o tutor el permiso para tu participación, se te pedirá respondas dos cuestionarios, uno de 20 preguntas que nos sirve para conocer la relación que tienes con tu familia y el segundo cuestionario también de 20 preguntas nos ayudará saber acerca del estado de ánimo en la última semana, el tiempo que te llevará responderlos es de 20 minutos aproximadamente, estos los podrás contestar en una sala con privacidad. Al contestar las preguntas podrás sentir incomodidad, si fuera así, tienes toda la libertad para retirarte del estudio en cuanto tú lo quieras. Al terminar los cuestionarios se te darán a conocer resultados si así lo deseas, ya sea que aceptes o no participar en el estudio tienes derecho a los beneficios que se ofrecen, los cuales son una hoja con información y una plática que trata sobre los cambios que puedes tener en tu cuerpo en esta etapa, lo que puedes sentir cuando tienes depresión y la importancia de tu familia para tu crecimiento. Y en caso necesario se te pasara con tu médico familiar para dar seguimiento y si el médico lo considera necesario te enviará a otro servicio como puede ser trabajo social, nutrición y/o psiquiatría.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, podrás retirarte en el momento que tú lo desees, o si no quieres responder alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema, de ninguna forma afectara tu atención médica.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (x) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre. Si no quieres participar, déjalo en blanco.

Si quiero participar

Nombre: _____

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

Investigador responsable: Diana Amaya Mora especialista en medicina familiar adscrita a la umf número 93 matricula: 99352427

teléfono: 5566961401 correo: dra.didi.amaya@gmail.com

Colaborador: María José Álvarez Trejo residente de la especialidad de medicina familiar Adscrita a la umf 93

matricula 9715763 teléfono: 0445564832040,
majo8704@hotmail.com

Fecha: _____

Clave: 2810-009-014



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS 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: **ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR ASOCIADA A DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 10-19 AÑOS DE EDAD DE LA UMF NO. 93**

Patrocinador externo (si aplica): **No Aplica**

Lugar y fecha: **_____ 2019. En la unidad de medicina familiar del IMSS la cual está ubicada en Vía Morelos, esq. Casa Nueva, Fracc. Jardines de Casa Nueva, 55430 Ecatepec de Morelos, Mex. Entre Av. Sta. Clara y Circunvalación Sur de la delegación 15**

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: **Conocer el comportamiento de la familia y su relación con el estado de ánimo de los adolescentes, ya que se ha notado el incremento en el número de adolescentes con depresión sin diagnóstico ni tratamiento a tiempo, teniendo en cuenta que la familia tiene un papel importante para que el adolescente se desarrolle de manera adecuada.**

Procedimientos: **Si acepta participar en el estudio se pedirá que responda dos cuestionarios el primero de 20 preguntas acerca de su familia y la relación que tiene con ella, el segundo también de 20 preguntas que sirve para saber cómo se ha sentido de ánimo en la última semana. Los dos cuestionarios los responderá en 20 minutos aproximadamente en una sala privada dentro de la unidad. Al terminar los cuestionarios se le darán a conocer los resultados si así lo desea, así como los beneficios al participar en la investigación.**

Posibles riesgos y molestias: **El estudio está ubicado en riesgo mínimo, debido a que al contestar los dos cuestionarios le pueden ocasionar sensación de desánimo o molestia ya que se preguntan aspectos de la relación con su familia y su estado emocional. Si esto llega a suceder tiene todo el derecho de abandonar el estudio en cuanto usted lo desee sin que esto tenga consecuencias en su atención médica.**

Posibles beneficios que recibirá al **Se otorgará una hoja con información respecto a los adolescentes y sus cambios emocionales, además de recibir una plática que otorgará el médico residente acerca de los cambios que tienen en su cuerpo en esta etapa, lo que se siente**

participar en el estudio:	cuando se tiene depresión y la importancia de la familia para el crecimiento y desarrollo en el adolescente. En caso de que el sujeto de investigación presente o se le detecte depresión se llevara con su médico familiar para su atención en base a la valoración que realice su médico, para lo cual el médico residente apoyará para su atención en trabajo social o si lo considera necesario el envío con el médico psiquiatra.
Beneficios al termino del estudio	Al término del estudio y después de otorgar la plática y hoja informativa acerca de la depresión en la adolescencia y la importancia de la familia, el sujeto de estudio será capaz de reconocer los cambios que hay en su cuerpo durante esta etapa, así como identificar los síntomas de depresión y la importancia de la familia. En caso de detectar depresión en el sujeto de estudio, este será atendido en la clínica, el médico residente realizará los trámites necesarios en acuerdo con su médico familiar para enviarlo a los servicios que se requieran, y si su médico lo considera necesario se realizara envío a psiquiatría para su atención de forma oportuna y el médico residente colaborará en la realización de los tramites.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El resultado se le dará a conocer de manera personal a cada uno de los sujetos de investigación siempre y cuando lo acepten. Los investigadores nos comprometemos a hacer de su conocimiento de una manera fácil y clara los resultados que se obtuvieron en los cuestionarios confirmando que usted entienda claramente los resultados.
Participación o retiro:	Los participantes tienen total libertad de no aceptar ingresar al estudio o de retirarse en cuanto lo considere necesario, sin que esto afecte la atención médica que recibe en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Los investigadores garantizamos que no se dará a conocer ningún dato personal, se utilizarán únicamente números de folio, y ninguna persona tendrá acceso a los datos que se obtendrán. Los investigadores nos comprometemos a no divulgar y mantener la privacidad de todos los datos personales que se recaben durante el estudio
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<p>No autoriza que se tome la muestra.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</p>

Escala faces III: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado

Describa a su familia:	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	1	2	3	4	5
1.- Los miembros de nuestra familia se apoyan entre si					
2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas					
3.- Aceptamos las amistades de lo demás miembros de la familia					
4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a la disciplina					
5.- Nos gusta convivir solo con los familiares más cercanos					
6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
9.- Nos gusta pasar el tiempo en familia					
10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11.- Nos sentimos muy unidos					
12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones					

13.- Cuando se toma una decisión importante toda la familia esta presente					
14.- En nuestra familia las reglas cambian					
15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17.- Consultamos unos con otros las tomas de decisiones					
18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
19.- La unión familiar es muy importante					
20.- Es difícil decir quien hace las labores del hogar					

FOLIO _____ EDAD _____ GENERO _____ ESTADO CIVIL _____

OCUPACIÓN: ESTUDIANTE _____ promedio escolar _____ TRABAJADOR _____ Ninguna de las dos _____

PERSONAS EN CASA CON LAS QUE HABITA: _____

Te voy a leer unas frases que describen como podrías haberte sentida. Por favor dime con qué frecuencia te has sentido de esta manera durante la semana pasada: raramente o ninguna vez, alguna o poca vez, ocasionalmente o una cantidad de tiempo moderada o todo el tiempo.

Durante la semana pasada: (eso es desde _____ hasta el presente):	Raramente o ninguna vez (menos de 1 día)	Alguna o pocas veces (1-2 días)	Ocasionalmente o una cantidad moderada (3--4 días)	La mayor parte del tiempo o todo el tiempo (5-7 días)	No sabe	No contesta
1). Me molestaron cosas que usualmente no me molestan:						
2). No me sentía con ganas de comer tenía mal apetito						
3). Me sentía que no podía quitarme de encima la tristeza, aún con la ayuda de mis familiares y amigos						
4). Sentía que yo era tan bueno como cualquier otra persona						
5). Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo						
6). Me sentía deprimido						
7). Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo						
8). Me sentía optimista sobre el futuro						
9). Pensé que mi vida había sido un fracaso.						
10). Me sentía con miedo						
11) Mi sueño era inquieto						

12). Estaba contento						
13). Hablé menos de lo usual						
14). Me sentí solo						
15). La gente no era amistosa						
16). Disfrute de la vida						
17) Pase ratos llorando						
18) Me sentí triste						
19). Sentía que no le caía bien a la gente						
20) No tenía ganas de hacer nada						

PLATICA:

Se realizó una plática informativa dirigida a los adolescentes y tutores que desearon asistir con una duración de 2 horas la cual se realizó en el auditorio de la unidad. Donde asistieron 30 adolescentes algunos acompañados de su tutor con un total de 52 personas los objetivos logrados en la plática fueron:

- Se informo acerca de que es la adolescencia y sus cambios físicos psicológicos y sociales.
- Se dio a conocer que es la depresión así como sus factores de riesgo para desarrollarla y el riesgo que se tiene ante el suicidio.
- Se enseñó la importancia de la familia en la prevención y manejo de la depresión.
- Como buscar ayuda en caso de padecer depresión.

Durante el transcurso de la plática se respondían las preguntas conforme se presentaban aunque estas fueron pocas. Los temas que se trataron:

Temas:

Tema	Subtema	Duración
Adolescencia	1.- ¿Qué es la adolescencia? 2. Principales cambios físicos, psicológicos y sociales en la adolescencia	30 minutos
Depresión	1.- ¿Qué es la depresión? 2. ¿Cuáles son los síntomas principales de la depresión? 3. ¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar depresión?	30 minutos

Adolescencia y depresión y familia	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué tan frecuente es la depresión en los jóvenes? 2. ¿qué es la Resiliencia? 3. Ambiente familiar 4. Importancia de la familia en el adolescente 	45 minutos
Ayuda	1.- ¿Qué hacer en caso de padecer depresión?	15 minutos

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

folio	edad	Sexo	Tipología familiar	Ocupación	Rendimiento escolar	Nivel escolar	adaptabilidad	Cohesión	Con depresión/sin depresión
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									

CARTA DE NO INCONVENIENTE

Ecatepec de Morelos, Estado de México, a 13 de marzo de 2019.

Comité Local de Ética en Investigación en Salud 1401-8
PRESENTE

Por este medio hacemos de su conocimiento nuestro compromiso para establecer y mantener medidas de seguridad administrativas, técnicas y físicas que permitan proteger los datos personales contra daño, pérdida, alteración, destrucción o el uso, acceso o tratamiento no autorizado, relacionado con el protocolo.

Adaptabilidad y Cohesión familiar asociada a depresión en adolescentes de 10-19 años de edad de la UMF 93

Con número de folio: _____

Cuyo investigador responsable:

Dra. Amaya Mora Diana

Para el cual se realizará la invitación a participar en la investigación bajo consentimiento informado, posteriormente se obtendrán datos personales a través de la hoja de recolección de datos solicitando nombre, variables sociodemográficas y grado de residencia, asignándole un número de registro que asegura su plena confidencialidad; con la aplicación de la escala CES-D para depresión y FACES III para adaptabilidad y cohesión, y determinar la asociación entre cada variable.

El investigador asociado (alumno vinculado al protocolo para obtener el grado de especialista en medicina familiar), responsable de la recolección y utilización de los datos exclusivamente con fines de investigación será

Álvarez Trejo María José

Médico residente de tercer año de Medicina Familiar

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo

ATENTAMENTE



Dr. Apolinar Rincón de la Cruz





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1401.
H GRAL REGIONAL 196 Fiel Velazquez Sánchez

Registro COFEPRIS 17 CI 15 833 046

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 15 CEI 681 2617022

FECHA Jueves, 06 de junio de 2019

M.E. DIANA AMAYA MORA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR ASOCIADA A DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 10-19 AÑOS DE EDAD DE LA UMF NO. 93** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A.P.R.O.B.A.D.O.**

Número de Registro Institucional

R-2019-1401-047

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. GENARO ÁNGEL CUAZOCHPA DELGADILLO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1401

IMSS

IMSS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 14018,
H GRAL REGIONAL 196 Fidel Velázquez Sánchez

Registro COPEPRIS 17 CI 15 033 046

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 15 CEI 001 2017022

FECHA Lunes, 27 de mayo de 2019

M.E. DIANA AMAYA MORA


PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR ASOCIADA A DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 10-19 AÑOS DE EDAD DE LA UMF NO. 93** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

<p>Número de Registro Institucional</p> <p>Sin número de registro</p>

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

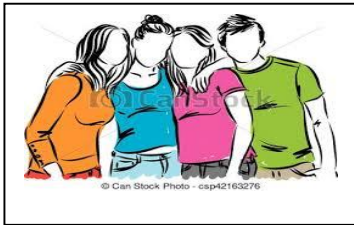
ATENTAMENTE


Dra. ANA ESAURA GUERRERO MORALES
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 14018

Imprimir

ENTONCES ¿QUE HAGO?

Lo más importante que debes saber es que la depresión puede curarse



- Hable de sus sentimientos con alguien de su confianza.
- Solicite ayuda profesional. Hablar con un profesional sanitario local o con su médico de cabecera es un buen punto de partida.
- No se aisle. Mantenga el contacto con familiares y amigos.
- Haga ejercicio regularmente, aunque se trate de un pequeño paseo.
- Mantenga hábitos regulares de alimentación y sueño.
- Evite o limite la ingesta de alcohol y absténgase de consumir drogas ilícitas, ya que estos productos pueden empeorar la depresión.
- Siga haciendo las cosas que siempre le han gustado, incluso cuando no le apetezca.
- Tome conciencia de sus pensamientos negativos y autocríticos persistentes e intente sustituirlos por pensamientos positivos. Felicítese por sus logros.

INSTITUTO MEXICANO
DEL
SEGURO SOCIAL



ALVAREZ TREJO
MARÍA JOSÉ
MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA
FAMILIAR

UMF 93

DEPRESIÓN EN EL ADOLESCENTE



La depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas.

QUE SE SIENTE?????

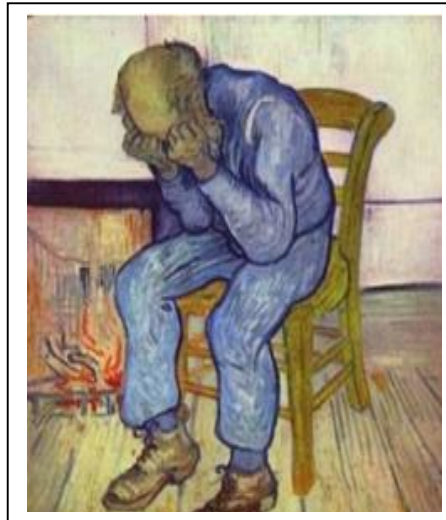
HAY DEPRESIÓN CUANDO UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS PERSISTEN DURANTE MAS DE 2 SEMANAS:

1. TRISTEZA, ANGUSTIA, INQUIETUD
2. FALTA DE MOTIVACIÓN 3. DESINTERÉS POR LAS COSAS QUE NOS GUSTAN.
4. DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE, RECORDAD O TOMAR DECISIONES
5. CANSANCIO, DECAIMIENTO
6. IRRITABILIDAD "MAL HUMOR"
7. SENTIMIENTOS DE CULPA
8. PESIMISMO
9. SENTIRSE INÚTIL
10. CAMBIOS EN EL SUEÑO
11. CAMBIOS EN EL APETITO
12. MOLESTIAS FÍSICAS COMO DOLORES MUSCULARES O DE CABEZA. ESPALDA.
13. MOLESTIAS EN EL ESTOMAGO
14. PENSAMIENTOS RELACIONADOS CON LA MUERTE, QUE PUEDEN LLEVAR AL SUICIDIO



¿Cuál es la CAUSA de la DEPRESIÓN?

La depresión es una enfermedad que tiene varias causas y muchas veces están combinadas..



A veces la depresión es hereditaria, viene de los papas o abuelos.

Los problemas como la muerte de un ser querido, la separación de los papas, la perdida de trabajo, enfermedad grave, maltrato físico, verba y psicológico.

Alteraciones en la familia

LA FAMILIA COMO APOYO

El adolescente es muy sensible a la cultura, su desarrollo depende en gran medida de las normas que rigen su sociedad.

Es por eso que la salud mental del adolescente tiene íntima relación con su vida en familia.

Es importante que los padres puedan diferenciar los cambios propios de la edad con tener síntomas de depresión para darle un manejo adecuado y oportuno.

La depresión puede tener efectos importantes en la salud general y el desarrollo del adolescente, tiende a ir asociado a diversos problemas sanitarios y sociales, como un consumo más elevado de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas, el embarazo adolescente, el abandono escolar y la asunción de conductas