



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL EN CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 25 TUXTLA GUTIÉRREZ**

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS, DERECHOHABIENTES DE LA
UMF 34 VILLAFLORES, CHIAPAS”**

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

PRESENTA:

DR. RODULFO ALVARADO TAGUA.

REGISTRO DE AUTORIZACIÓN: R-2018-3005-6

**ASESOR METODOLÓGICO
MTRO. NELSON ORANTES SANDOVAL**



**ASESOR TEMÁTICO
DRA. YARA SAIT FLORES PASCACIO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



VILLAFLORES, CHIAPAS.

JUNIO DEL 2019.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL EN CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 25 TUXTLA GUTIÉRREZ**

**CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES DE BASE DEL IMSS – ECA.**

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS, DERECHOHABIENTES DE LA
UMF 34 VILLAFLORES, CHIAPAS”**



PRESENTA:

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

DR. RODOLFO ALVARADO TAGUA.



VILLAFLORES, CHIAPAS.

JUNIO DEL 2019.





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE MEDICINA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN ESTATAL EN CHIAPAS
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 25 TUXTLA GUTIÉRREZ

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA
 MÉDICOS GENERALES DE BASE DEL IMSS – ECA.

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
 ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS, DERECHOHABIENTES DE LA
 UMF 34 VILLAFLORES, CHIAPAS”

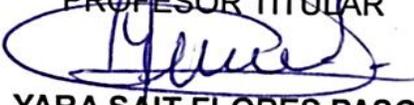
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
 ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:
 DR. RODULFO ALVARADO TAGUA.

AUTORIZACIONES:


 MTRO. NELSON ORANTES SANDOVAL
 PROFESOR TITULAR


 MTRO. NELSON ORANTES SANDOVAL
 ASESOR METODOLÓGICO


 DRA. YARA SAIT FLORES PASCACIO
 ASESOR TEMÁTICO


 DR. LUIS ANTONIO VALLÉS FLORES
 COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y
 ENLACE INSTITUCIONAL,
 DELEGACIÓN CHIAPAS


 DR. JOSÉ MANUEL SUMUANO YMATZU
 COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO
 DE EDUCACIÓN EN SALUD,
 DELEGACIÓN CHIAPAS


 DR. HECTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN
 COORDINADOR AUXILIAR DE
 INVESTIGACIÓN EN SALUD,
 DELEGACIÓN CHIAPAS

VILLAFLORES, CHIAPAS.



JUNIO DEL 2019

COORDINACIÓN
 DELEGACIONAL DE
 INVESTIGACIÓN
 EN SALUD
 CHIAPAS



FACULTAD DE MEDICINA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE MEDICINA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN ESTATAL EN CHIAPAS
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 25 TUXTLA GUTIÉRREZ



DR. GUSTAVO VÁZQUEZ NÚÑEZ
 DIRECTOR UMF 25 TUXTLA GUTIÉRREZ



MTRA. YUDIBETH GAMBOA CÁRCAMO
 ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD, UMF 25 TUXTLA GUTIÉRREZ



FACULTAD DE MEDICINA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

JUNIO DEL 2019.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL EN CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 25 TUXTLA GUTIÉRREZ**

**CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES DE BASE DEL IMSS – ECA.**

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS, DERECHOHABIENTES DE LA
UMF 34 VILLAFLORES, CHIAPAS”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

DR. RODOLFO ALVARADO TAGUA.

AUTORIZACIONES:

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMIRÉZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



VILLAFLORES, CHIAPAS.

JUNIO DEL 2019.





**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL EN CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 25 TUXTLA GUTIÉRREZ**

**Curso de Especialización en Medicina Familiar para
Médicos Generales de Base del IMSS – ECA.**

**“Prevalencia de Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de
15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas”**

**Trabajo que para Obtener el Grado de Especialista en
Medicina Familiar.**

PRESENTA:

Dr. Rodolfo Alvarado Tagua.

Categoría: Médico General.

Adscripción: UMF 34 Villaflores, Chiapas.

Matrícula: 99076260

Celular: 9611322001

Correo: dr.alvaradotagua@hotmail.com

ASESOR METODOLÓGICO.

Mtro. Nelson Orantes Sandoval.

Categoría: Médico Familiar.

Adscripción: UMF 25 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Matrícula: 99282018

Celular: 9676790260

Correo: dr.nelsonorantes@hotmail.com

ASESOR TEMÁTICO.

Dra. Yara Sait Flores Pascacio.

Categoría: Médico Familiar.

Adscripción: UMF 25 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Matrícula: 99333053

Celular: 9611680392

Correo: ysait@hotmail.com



Villaflores, Chiapas.

Junio del 2019.



DEDICATORIAS

A Dios.

Por darme la oportunidad de vivir y estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis Padres Rodolfo y Elsa.

Por ser ejemplo de vida al haberme apoyado en todo momento, con sus consejos, valores, perseverancia y por la motivación constante que me han permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su infinito amor.

A mis Hermanos Azalia, Roberto, Lourdes y Sobrinos Carolina, Dilery, Roberto, Elsa y Jesús Antonio.

Por sus palabras de aliento, compañía y apoyo incondicional, además de llenar de alegría cada día de mi vida.

A mi Amada Esposa Yeribeth.

Por su confianza, apoyo, palabras y ánimo que me brinda día con día para alcanzar nuevas metas, además de su amor y brindarme el tiempo necesario para realizarme profesionalmente.

A mi Hija Fátima Abigaíl.

La luz que Dios puso en mi camino para darme la mayor dicha y alegría en mi vida de ser padre.



AGRADECIMIENTOS

A mis Profesores el Mtro. Nelson y la Mtra. Yudibeth.

Por todo el apoyo brindado a lo largo de la especialidad, por su tiempo, amistad y por los conocimientos que me transmitieron. También me gustaría agradecer a todos los demás profesores que de una u otra manera han aportado con un granito de arena a mi formación.

A mis Amigos y Compañeros.

Con los cuales he compartido estudios, incontables horas de trabajo, así como momentos de recreación. Gracias por los buenos y malos momentos, por aguantarme y por escucharme.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social.

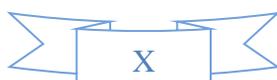
Debo un especial reconocimiento al Instituto Mexicano del Seguro Social por la confianza que mostraron en mí al concederme una beca con la cual fue posible aventurarme en esta travesía.

ABREVIATURAS Y SIGLAS

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
UMF	UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.
OMS	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
NOM	NORMA OFICIAL MEXICANA.
CES-D	ESCALA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS.
SPSS	STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCIE.
ENEP	ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIATRICA.
ECOSUR	EL COLEGIO DE LA FRONTERA SUR.
NIMH	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL DE LOS ESTADOS UNIDOS.
APA	AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION.
BDI	INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.
DSM - IV – R	DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS.
FES	ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN LA FAMILIA.
GPC	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA.
HGZ	HOSPITAL GENERAL DE ZONA.
PHQ-9	PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9.
APGAR	ADAPTACIÓN, PARTICIPACIÓN, CRECIMIENTO, AFECTO Y RECURSO.

ÍNDICE

Resumen -----	1
Introducción -----	7
Marco Teórico -----	9
Justificación -----	25
Planteamiento del Problema -----	27
Objetivos -----	29
Hipótesis -----	30
Material y Métodos -----	31
Criterios de Selección -----	33
Definición y Operacionalización de Variables -----	34
Instrumentos de Medición -----	37
Plan de Recolección de Datos -----	40
Análisis Estadístico -----	41
Consideraciones Éticas -----	41
Recursos para el Estudio y Factibilidad -----	42
Resultados -----	44
Discusión -----	55
Conclusiones -----	57
Recomendaciones -----	58
Bibliografía -----	59
Anexos -----	62



RESUMEN

Título: “Prevalencia de Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas”

Introducción: La Depresión se trata de un trastorno psíquico que causa una alteración del estado de ánimo tipo depresivo a menudo acompañado de ansiedad, pueden darse otros síntomas psíquicos de inhibición, sensación de vacío o desinterés (Anhedonia), y tolerancia al estrés (Resiliencia). En un lapso de dos semanas se puede presentar disminución de la comunicación, del contacto social, aumento o disminución de peso (Hipofagia e Hiperfagia), trastornos del sueño (Insomnio e Hipersomnias), agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa, incapacidad, ideas recurrentes de muerte e incluso intento de suicidio, así como síntomas somáticos diversos. Se presenta más en la etapa de adolescencia (Temprana de 10 a 14 años y Tardía de 15 a 19 años). Puede ser de etiología genética, estrés, por cambios funcionales, así como puberales, con profundas transformaciones biológicas, psicológicas además de sociales, generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. El 26% de la población mexicana tiene entre 15 y 29 años.

La familia es el núcleo de la sociedad, sostén de cada individuo, forma parte esencial del desarrollo de las conductas humanas, el desarrollo de su personalidad hasta lograr su propia identidad durante la adolescencia. La familia juega un rol primordial debido a las características y funciones familiares por ser un factor protector o condicionante del desarrollo de conductas de riesgo en la salud, se habla entonces de familia funcional o disfuncional. La población en México continúa siendo predominante Joven, aunque estamos en una transición epidemiológica. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), del 2009, proporcionó estimaciones de los trastornos mentales en la población mexicana. Los hallazgos en la población adolescente mostraron diferencias por sexo en los trastornos psiquiátricos, siendo las mujeres quienes tienen mayor probabilidad de presentar trastornos afectivos y ansiosos, en los hombres, se presentan mayor probabilidad de padecer trastornos por uso de sustancias, sin existir relación aparente con el estado civil, escolaridad y religión. Se observó que los trastornos psiquiátricos se inician a edades muy tempranas durante las primeras décadas de vida.

Objetivo: Identificar la Prevalencia de Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal, en el que se incluyeron a todos los Adolescentes de 15 a 19 años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas. En el período comprendido del 01 de marzo al 31 de agosto del 2017, que cumplieron con los criterios de inclusión de acuerdo a la normatividad institucional del IMSS. Los participantes menores de edad firmaron la **Carta de Asentimiento Informado**, con previa autorización firmada del **Consentimiento Informado** del padre o tutor legal; para los participantes mayores de edad firmaron la carta de consentimiento informado. A cada participante se le realizó una entrevista, posteriormente, se entregó una **Cédula de Recolección de Datos** para valorar las Características Sociodemográficas en las que incluyó: Edad, sexo, estado civil, escolaridad y religión. Por último, se aplicó la **Escala CES-D de Depresión** para valorar el grado de Depresión y el **APGAR Familiar** para conocer la Funcionalidad Familiar.

Análisis Estadístico: El procesamiento de la información se llevó a cabo en el programa Microsoft Office Excel como base de datos, el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciencie), versión 22 en español para Windows. Con el objetivo de escribir a través de **Medidas de Tendencia Central:** Frecuencia, promedios y porcentajes. Así mismo, la presentación de resultados se realizó a través de tablas y gráficas para hacer más objetiva la información.

Resultados: La población de adolescentes en estudio fue un total de 247 pacientes, de los cuales 161 (65.2%), corresponde al sexo femenino y 86 (34.8%), al sexo masculino, 144 (58.3%), concierne al grupo de edad de 15 a 16 años y 103 (41.7%), al grupo de 17 a 18 años, todos pertenecientes al universo de trabajo, en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

La prevalencia de depresión se estimó en 34%, de los cuales, los adolescentes con depresión baja presentan una prevalencia de 24.7%, adolescentes con depresión media son de 7.3% y aquellos con depresión alta del 2%.

Con respecto a la prevalencia de funcionalidad se apreció un 7.2%, de los cuales, 3.2% corresponden a adolescentes provenientes de familias levemente disfuncional, 1.6% a adolescentes con familias moderadamente disfuncional y finalmente el 2.4% pertenece a adolescentes con familias altamente disfuncional.

Conclusiones: La prevalencia de Depresión con algún grado de Funcionalidad Familiar en pacientes Adolescentes en la UMF 34 Villaflores, Chiapas; fue de 35.6% (88 adolescentes), prevaleciendo la depresión baja con familia funcional en un 58% el cual corresponde a 51 adolescentes.

El estudio demostró que la mayor prevalencia de Depresión con algún grado de Funcionalidad Familiar se encuentra en pacientes adolescentes del sexo femenino, con un rango de edad entre los 17 y 18 años, cuyo estado civil son solteras, con escolaridad preparatoria y de religión católica. Usando el estadístico SPSS, se logró demostrar que no existe asociación significativa entre el nivel de funcionalidad familiar y la presencia de depresión en los adolescentes estudiados.

Palabras Claves: Depresión, Funcionalidad Familiar y Adolescentes.

SUMMARY

Title: "Prevalence of Depression and Family Functionality in Adolescents from 15 to 19 Years of Age, Beneficiaries of the UMF 34 Villaflores, Chiapas".

Introduction: Depression is a psychic disorder that causes a depressive mood disorder often accompanied by anxiety, there may be other psychic symptoms of inhibition, feeling of emptiness or disinterest (Anhedonia), and tolerance to stress (Resilience). In a period of two weeks there may be decreased communication, social contact, weight gain or decrease (hypophagia and hyperphagia), sleep disorders (insomnia and hypersomnia), agitation or psychomotor slowing, feelings of guilt, disability, ideas recurrent deaths and even attempted suicide, as well as various somatic symptoms. It occurs more in the adolescence stage (Early 10 to 14 years and Late from 15 to 19 years old). It can be of genetic etiology, stress, functional and puberal changes, with profound biological, psychological and social transformations, generators of crises, conflicts and contradictions. 26% of the Mexican population is between 15 and 29 years old.

The family is the nucleus of society, the support of each individual, is an essential part of the development of human behavior, the development of their personality to achieve their own identity during adolescence. The family plays a primordial role due to family characteristics and functions because it is a protective factor or conditioner of the development of risk behaviors in health, then we speak of functional or dysfunctional family. The population in México continues to be predominantly young, although we are in an epidemiological transition. The National Survey of Psychiatric Epidemiology (ENEP), of 2009, provided estimates of mental disorders in the Mexican population. The findings in the adolescent population showed differences by sex in psychiatric disorders, being women who are more likely to present affective and anxious disorders, in men, they are more likely to suffer from substance use disorders, without an apparent relationship with marital status, education and religion. It was observed that psychiatric disorders begin at very young ages during the first decades of life.

Objective: Identify the Prevalence of Depression and Family Functionality in Adolescents from 15 to 19 Years, UMF beneficiaries 34 Villaflores, Chiapas.

Material and Methods: A descriptive, observational and transversal study was carried out, in which all adolescents aged 15 to 19 years, UMF beneficiaries 34 Villaflores, Chiapas, were included. In the period from march 1 to august 31, 2017, which met the inclusion criteria according to the institutional regulations of the IMSS. The underage participants signed the **Informed Consent Letter**, with prior signed authorization of the **Informed Consent** of the parent or legal guardian; for participants of legal age they signed the informed consent letter. All the participants were interviewed, afterwards, a **Data Collection Card** was delivered to assess the Sociodemographic Characteristics in which it included: age, sex, marital status, schooling and religion. Subsequently, the **CES-D Depression Scale** was applied to assess the degree of Depression and the **Family APGAR** to know the Family Functionality.

Statistical Analysis: The processing of information was carried out in the Microsoft Office Excel program as a database, the statistical program SPSS (Statistical Package for the Social Science), version 22 in Spanish for Windows. With the aim of writing through **Measures of Central Tendency:** frequency, averages and percentages. Likewise, the presentation of results was carried out through tables and graphs to make the information more objective.

Results: The population of adolescents under study was a total of 247 patients, of which 161 (65.2%), corresponded to the female sex and 86 (34.8%), to the male sex, 144 (58.3%), concerns to the age group of 15 to 16 years and 103 (41.7%), to the group of 17 to 18 years, all belonging to the universe of work, in the UMF 34 Villaflores, Chiapas.

The prevalence of depression was estimated at 34%, of which, adolescents with low depression have a prevalence of 24.7%, adolescents with average depression are 7.3% and those with high depression of 2%.

With respect to the prevalence of functionality, 7.2% were appreciated, of which 3.2% corresponded to adolescents from slightly dysfunctional families, 1.6% to adolescents with moderately dysfunctional families and finally 2.4% belong to adolescents with highly dysfunctional families.

Conclusions: The prevalence of Depression with some degree of Family Functionality in adolescent patients in UMF Villaflores, Chiapas; was 35.6% (88 adolescents), with low depression prevailing with a functional family of 58%, corresponding to 51 adolescents.

The study showed that the highest prevalence of Depression with some degree of Family Functionality is found in adolescent female patients, with an age range between 17 and 18 years, whose marital status is single, with preparatory schooling and catholic religion. Using the SPSS statistic, I can show that there is no significant association between the level of family functionality and the presence of depression in the adolescents studied.

Key Words: Depression, Family Functionality and Adolescents.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica (GPC), de Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto Mayor, define a la depresión como un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés, incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas además de conductuales. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe del mes de mayo del 2017, reporta que la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas debido a su etiología genética, estrés y cambios funcionales. Convirtiéndose en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, causa gran sufrimiento y altera las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, siendo esta la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Las mujeres presentan una tasa mayor de 1.5 que los hombres, es más común en la etapa de la adolescencia y adultez temprana.^{1,2}

La relación entre funcionalidad familiar y depresión es compleja debido a que intervienen factores biológicos, mecanismos psicosociales, así como el uso de recursos por la familia para solucionar el conflicto traducido como enfermedad en uno de sus miembros. Los pacientes que perciben apoyo familiar insatisfactorio, que califican su estado de salud como pobre reportan mayor angustia psicológica, sin embargo, aquellos con apoyo familiar satisfactorio, independientemente de su percepción de salud, informan poca angustia psicológica. Estos resultados tienen sentido desde la perspectiva de la función familiar, modelos cognitivo-conductual e interpersonal de la depresión.³

La adolescencia es un período de transiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas; etapa transitoria de experiencias emocionales menos desarrolladas de la niñez, hasta aquellas más equilibradas de la adultez, que representan un ideal de acuerdo a la NOM-047 SSA. La adolescencia es una etapa clave de prevención de enfermedades y promoción de hábitos saludables.¹

La OMS, la define como el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años de edad. Actualmente la generación de adolescentes enfrenta retos sin precedentes por: tendencias globales que favorecen una vida no saludable (comidas procesadas y sedentarismo), un aumento en la oferta de drogas, crisis de desempleo de jóvenes, menor estabilidad familiar, problemas ambientales, conflicto armado y la migración masiva (violencia y pobreza).⁴

En México, estudios realizados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), del 2009, demostraron que el inicio de los trastornos psiquiátricos se da en las primeras décadas de vida y que 2.0% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad, se reportó que 10.5% de los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad presentaron depresión mayor, distimia y trastorno bipolar I y II, ocurriendo con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%), que entre los hombres (5.4%).⁸

En Chiapas, encontramos un estudio realizado el 2014 por el Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR), en los altos de Chiapas; a estudiantes de secundaria, donde la prevalencia de sintomatologías compatibles con depresión entre los estudiantes fue mayor en las mujeres que en los hombres. Conjuntamente, se registró un patrón diferencial entre varones y mujeres respecto a la probabilidad de padecer sintomatología depresiva por edad.¹²

Con respecto al Municipio de Villaflores, donde se encuentra ubicado la UMF 34, no existen estudios sobre la depresión y funcionalidad familiar en adolescentes. Es por ello, que el presente trabajo de investigación será de mucho valor y contribuirá para análisis estadísticos y de consulta en futuras investigaciones acerca del tema. Con la finalidad de brindar tratamiento farmacológico, psicoterapéutico y estilo de vida saludable a todo adolescente que acuda a las unidades de primer nivel de atención (Respuesta, Remisión y Recuperación).

MARCO TEÓRICO

DEPRESIÓN:

La depresión es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés, incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad.¹

Según el DSM-IV-R, los criterios de depresión mayor son:

A) Al menos uno de los siguientes tres estados de ánimo debe de estar presente e interferir en la vida de la persona:

1. Animo deprimido, la mayor parte del día, casi todos los días, por lo menos 2 semanas.
2. Pérdida del interés y placer la mayor parte del día, casi todos los días al menos 2 semanas.
3. Si es menor de 18 años, humor irritable la mayor parte del día, casi todos los días, al menos 2 semanas.

B) Al menos cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante las primeras semanas:

1. Ánimo depresivo (Irritabilidad en los niños y ancianos), definida en A1.
2. Marcada disminución del interés o del placer, definida en A2.
3. Alteraciones del peso o apetito, ya sea: pérdida de peso (sin hacer dieta), o disminución del apetito, ganancia anormal de peso o aumento del apetito.
4. Alteraciones del sueño, ya sea insomnio o hipersomnia.
5. Alteraciones en la actividad, como agitación o enlentecimiento.
6. Fatiga o pérdida de la energía.
7. Autorreproche o culpabilidad inapropiada.

8. Pobre concentración o indecisión.

9. Pensamientos mórbidos de muerte (no solo miedo a morir), o de suicidio.

C) Los síntomas no son debidos a psicosis.

D) Nunca ha sido un episodio maniaco, episodio mixto, o episodio hipomaniaco.

E) Los síntomas no son debidos a enfermedad física, consumo de alcohol, medicamentos, o de drogas ilícitas.

F) Los síntomas no son por una pérdida normal.¹

Según la OMS, la depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (Desempleo, luto, traumatismos psicológicos), tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, puede generar más estrés, disfunción, empeorar la situación vital de la persona afectada, por consiguiente, la propia depresión. Dependiendo del número e intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Una distinción fundamental es la establecida entre la depresión en personas con o sin antecedentes de episodios maníacos. Ambos tipos de depresión pueden ser crónicos y recidivantes, cuando no se tratan.²

Trastorno Depresivo Recurrente: Se caracteriza por episodios repetidos de depresión, estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, capacidad de disfrutar, y reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa, baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica.²

Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales, sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones.²

Trastorno Afectivo Bipolar: Este consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, logorrea, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir.²

El concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos, esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque en mayor o menor grado, siempre también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, e incluso somático. Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. Muchos síndromes de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, rara vez resulta difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas.⁵

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente y una de las principales causas de discapacidad. En 1990 se ubicó como la 4ª causa de discapacidad en el mundo, proyecciones al 2020 la ubican como la 2ª causa solo detrás de las enfermedades isquémicas. En 1994 se estimó una pérdida de 1.5 millones de años vida, ajustados por discapacidad en países occidentales, siendo esta cifra mayor en países en vías de desarrollo. El impacto en el funcionamiento social y ocupacional, la colocan a la par las enfermedades incapacitantes como la diabetes mellitus, hipertensión arterial y la artritis reumatoide.¹

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. Es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo como de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, causa gran sufrimiento, altera las actividades laborales, escolares y familiares. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.²

Los síntomas de depresión en el adolescente son: aburrimiento, fatiga, nerviosismo, falta de concentración, llamadas de atención, conducta sexual anárquica, hipocondría y agresividad. Se centra más en trastornos del comportamiento: desobediencias, faltas injustificadas a clase, cólera, fugas injustificadas, auto destructividad, tendencias masoquistas, predisposición a los accidentes, conceptos (agresividad, problemas escolares e inestabilidad).^{5, 6}

La depresión en los adolescentes se presenta en un momento de grandes cambios personales, cuando hombres y mujeres están definiendo una identidad distinta a la de sus padres, lidiando con asuntos de género, su sexualidad emergente, tomando decisiones por primera vez en sus vidas. La depresión en la adolescencia a menudo coexiste con otros trastornos tales como ansiedad, comportamiento perturbador, trastornos alimenticios, o abuso de sustancias, también puede conducir a un aumento en el riesgo de suicidio.⁷

Estudios realizados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, en el año 2016 demostraron que el inicio de los trastornos psiquiátricos se da en edades tempranas, durante las primeras décadas de vida, y que 2.0% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad.^{8, 9}

En la Encuesta Mexicana de Salud Mental de Adolescente realizada en la Ciudad de México, en el año 2016 se reportó que 10.5% de los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad presentaron depresión mayor, distimia y trastorno bipolar I y II. Hallazgos consistentes en la investigación sobre el trastorno depresivo han reportado que existe una mayor prevalencia de depresión en las mujeres que en los hombres. Esta diferencia por sexo aparece en el inicio de la adolescencia, alcanzando una razón de 2 a 1 en la adolescencia media y persiste al menos hasta al final de la etapa adulta.^{8,9}

Existe un estudio sobre la relación entre la depresión y conflictos familiares en adolescentes que habitan en comunidades rurales y urbanas del Estado de Tlaxcala, en la República Mexicana. Se empleó la Escala de Clima Familiar (FES), tomando sólo 3 reactivos de cada una de las 3 sub escalas (Relaciones, Desarrollo y Estabilidad), para evaluar la cohesión familiar, la cual permite tener información sobre las relaciones que mantienen los miembros de la familia, así como el grado de comunicación y el nivel de conflicto, a un nivel de confiabilidad de $\alpha = 0.86$, así mismo utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI), para evaluar la intensidad sintomática de la depresión.¹⁰

La muestra se seleccionó de escuelas secundarias de Tlaxcala, México; quedando 244 adolescentes finalmente y la media de edad fue de 13.43 años. Los resultados de la investigación indican existe una relación inversamente proporcional entre los síntomas depresivos y los conflictos familiares, lo que sugiere que, a mayor índice de depresión existe menos cohesión familiar, demostrando que la carencia de apoyo social en el ambiente familiar del adolescente afecta en su proceso psicosocial.¹⁰

Zapata, Figueroa, Méndez, Miranda, Linares, Carrada, Vela y Rayas en (2007), hicieron una investigación sobre la depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. Se realizó una encuesta prospectiva a 747 adolescentes de 10 a 19 años de edad, de una escuela secundaria federal de Irapuato, Guanajuato, México. Para evaluar la depresión se aplicó el test de Zung y para detectar la disfunción familiar el Apgar Familiar.¹¹

Se consideró con disfunción familiar a aquellos con puntaje menor a 7 en el test de Apgar familiar y con depresión a aquellos con puntaje menor de 50 en el de Zung. El resultado dio que, el 33% de los encuestados fueron diagnosticados con disfunción familiar, clasificándose como moderada en 203 adolescentes (27.2%), y grave en 44 adolescentes (5.9%). Treinta sujetos (6%), fueron diagnosticados con depresión y en 43.3% de los casos estuvo asociada a disfunción familiar.¹¹

Al aplicar el test de Apgar familiar a la muestra de adolescentes de la escuela federal dio como resultado que más de la mitad tenía disfunción familiar, a pesar de ello no se asocia significativamente con la presencia de depresión porque la población evaluada no tenía evidencia de problemas o trastornos psicológicos precisamente, eran adolescentes con una vida aparentemente normal.¹¹

La CES-D, es una escala de tamizaje de apoyo diagnóstico para detectar probables casos de depresión, fue diseñada en poblaciones clínica y general, en la actualidad es una de las más utilizadas para evaluar sintomatología depresiva en ámbitos clínicos y de investigación a nivel internacional y nacional. Posee la ventaja de que la medición que arroja es estructurada y breve, en formato de auto reporte.¹¹

En su versión original la CES-D, consta de 20 ítems, cada uno de los cuales corresponde a un síntoma habitual y representativo del trastorno depresivo, cuatro de ellos el 4, 8, 12 y 16, son presentados de manera positiva, por lo cual es necesario invertirlos en el proceso de corrección.^{11, 13}

La puntuación total se calcula como la sumatoria simple de los ítems, esto puede variar entre 0 a 60 puntos. Las más altas reflejan un mayor grado de Depresión. A partir de 16, se habla de una persona con trastorno depresivo. El CES-D se elige por ser un auto reporte breve para un tamizaje rápido de sintomatología depresiva en la población en general, validado por Santor Gregus y Welch en el 2006. La CES-D ha mostrado ser consistentemente satisfactoria en diferentes contextos socioculturales, poblaciones y sexos, alcanzando coeficientes de Alfa de Cronbach mayor de 0.80.^{11, 13}

Existe otro instrumento de apoyo diagnóstico denominado PHQ-9, desarrollado por los autores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, con una beca educacional por parte de Pfizer Inc., en la universidad de Columbia (USA), durante el año 1999, puede emplearse de manera algorítmica para un probable trastorno depresivo grave en las últimas dos semanas, o como una medida continua de puntajes que van de 0-4: Sin Depresión, 5-9: Leve, 10-14: Moderada, 15-19: Severa, 20-27: Muy Severa.^{14, 15}

Consta de 9 ítems que evalúa la presencia de síntomas depresivos, cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a: 0= nunca, 1= algunos días, 2= más de la mitad de los días, 3= casi todos los días. La puntuación indica probablemente que el paciente necesita tratamiento para la depresión. Tiene una sensibilidad y una especificidad de 88 %, una consistencia interna según el alfa de Cronbach de 0.86.^{14, 15}

FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

La familia es la institución social más antigua, estable, numerosa e importante de la humanidad. En ella se forma lo más complejo, valioso del universo, la vida de las personas, las creaciones más trascendentes, los procesos, propiedades, formaciones psicológicas, la personalidad, sus elaboraciones culturales socio históricas que han sido la base del progreso y la conservación de la propia especie humana, de la civilización que ha sido formada durante decenas de miles, quizás millones de años.¹⁶

Para cada ser humano la familia es extremadamente importante, por todo lo que se recibe de ella, desde el punto de vista biológico, social y psicológico, lo cual incluye la organización, formación inicial, desarrollo permanente de los procesos cognoscitivos, aspectos muy importantes de la inteligencia humana. También son significativos los componentes afectivos motivacionales, volitivos, valores, cualidades, así como los rasgos del carácter.¹⁶

Lo que ocurre a cada momento en las situaciones comunicativas de interrelación con el medio en la vida del individuo en su grupo familiar, dejan huellas que son extremadamente importantes, llegando en muchos casos a ser responsables, en una considerable medida del mayor o menor nivel de desarrollo intelectual, calidad afectiva moral de las personas, salud física o mental, felicidad, autovaloración, autoestima, el carácter e incluso la regulación motivacional, cognitivo e instrumental de las personas y de la personalidad.¹⁶

Las relaciones familiares se producen de manera verbal o no verbal a través del lenguaje. El lenguaje como tal puede comunicar mensajes consciente e inconscientemente. Los efectos negativos se evidencian cuando la familia se relaciona disfuncionalmente a través de componendas y querellas familiares, así como la escasa diferenciación de límites entre cada holón familiar o la deficiente comunicación de los mensajes como pauta de relación.¹⁷

En el primero de los casos, los miembros de la familia se desubican trastornando el orden familiar, debido a ello, las relaciones intergeneracionales resultan alteradas en la misma medida.¹⁷

En el segundo de los casos, de manera cada vez menos consciente, se emiten mensajes que tienen secuelas equiparables a las anteriores; pues el resultado siempre es el mismo: el trastocamiento de los roles familiares. Debido a la alteración de los roles y funciones de los miembros de la familia, el orden familiar se rompe, repercutiendo en la estructura de la familia.¹⁷

La familia es un sistema que se compone de subsistemas, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (Papá y Mamá), subsistema paterno-filial (Padres e Hijos), subsistema fraternal (Hermanos); toda familia tiene características que pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas según Irigoyen Coria: Composición (Nuclear, Extensa o Compuesta), Desarrollo (Tradicional o Moderna), Demografía (Urbana, Suburbana o Rural), Ocupación (Campesino, Empleado o Profesionista), Integración (Integrada, Semiintegrada o Desintegrada), Complicación en el desarrollo (Interrumpida, Contraída o Reconstruida) y Funcionalidad (Familia Funcional o Disfuncional).¹⁸

Hay características indispensables y útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar que obliga a conocer la Jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar, que puede ser, autoritaria, indiferente, negligente, indulgente, permisiva o recíproca con autoridad. Los límites representan las reglas que delimitan a las jerarquías se dividen en: claros, difusos o rígidos.¹⁸

La comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí puede ser, directa, enmascarada o desplazada.¹⁸

La Funcionalidad Familiar es una dinámica interactiva racional o sistémica, dada en los miembros que la conforman, se evalúa por categorías de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación o adaptabilidad; siendo valorada por el desempeño de roles, comunicación, respuesta efectiva, control en la conducta y flexibilidad, al igual que se puede ver de acuerdo con la participación de la pareja en la vida social, la estructura de la autoridad, la distribución de tareas domésticas o el rol funcional.¹⁹

La familia como sistema hace muy complejo su funcionamiento, el cual se da a partir de los sistemas individuales hasta abarcar otros subsistemas externos a la familia, lo cual puede generar conflictos, es allí donde ésta interviene como sistema de apoyo para la solución de problemas haciendo uso de la flexibilidad en el proceso de adaptación familiar, manteniendo así su funcionalidad.¹⁹

Según Cava (2003), realizó un estudio denominado: Comunicación Familiar y el Bienestar Psicosocial en Adolescentes. En este se exploran las posibles diferencias en comunicación padres-hijos en función de la edad y el sexo del adolescente, además se analiza la relación entre la calidad de esta comunicación, así como dos importantes indicadores de bienestar psicosocial: La autoestima, tanto como el ánimo depresivo. La muestra de esta investigación está constituida por 1047 adolescentes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 12 a 20 años.²⁰

Los instrumentos utilizados son el Cuestionario de 18 Comunicación Familiar de Barnes-Olson (1982), el Cuestionario de Autoestima de García-Musitu (1998), y el Cuestionario de Ánimo Depresivo CES-D (Radloff, 1977).²⁰

Los resultados de este trabajo permiten señalar la existencia de diferencias en la comunicación padres-hijos en función del sexo y edad del adolescente, al tiempo que confirman la importancia de la calidad de esta comunicación en el adecuado ajuste psicosocial del adolescente.²⁰

El autor indica que una mayor apertura en la comunicación con los padres se relaciona con una mayor autoestima, así como un menor ánimo depresivo; siendo la relación negativa en el caso de la percepción de problemas en la comunicación. Estos resultados, aun reconociendo sus limitaciones, asumiendo que deberían ampliarse en posteriores trabajos, permiten confirmar la conexión existente entre comunicación familiar y bienestar psicosocial durante la adolescencia, asimismo cita a Olson, afirmando que la comunicación familiar es una de las características propias de los patrones de funcionamiento familiar adecuado, variable que se estudiará en la presente investigación.²⁰

Para evaluar la Funcionalidad Familiar utilizamos el Test de: APGAR Familiar el cual es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia.^{21, 22}

El APGAR Familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor: **A**daptación, **P**articipación, **G**radiente de recurso personal, **A**fecto y **R**ecursos, cuyas características son las siguientes:

- Funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada.
- La validación inicial del APGAR Familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index).
- Posteriormente, el APGAR Familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación de Alfa de Cronbach que oscilaban entre 0.71 y 0.83.^{21, 22}

ADOLESCENCIA:

La adolescencia es un período de transiciones biológicas, psicológicas, sociales, así como económicas; es una etapa transitoria desde las experiencias emocionales que son menos desarrolladas en la niñez y más equilibradas en la adultez, que representan un ideal. Desde la perspectiva biológica, abarca desde el comienzo hasta el final de la pubertad; desde el aspecto legal, se determina a partir de los diferentes grupos de edad establecidos por la ley.²³

Quienes integran el Grupo Etario, la adquisición de habilidades, tales como: asumir la responsabilidad de sus propios actos, tomar sus propias decisiones, suele considerarse un aspecto importante que está más relacionado con la distinción entre la adultez y la adolescencia.²³

La OMS, define la adolescencia como el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez hasta antes de la edad adulta, entre los 10 a 19 años de edad. Es una de las etapas más importantes en la vida del ser humano, caracterizada por un ritmo acelerado de crecimiento como de cambios y procesos biológicos, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.²⁴

Un consenso importante, de distintos autores con distintas perspectivas, mencionan que la etapa evolutiva que llamamos adolescencia puede durar casi una década, desde los 11 o 12 años, hasta los finales de los 19 o comienzos de los 20, no están fijados claramente ni el punto de iniciación de la misma. En la adolescencia el hito o meta más importante es el desarrollo o construcción de la identidad. Todo adolescente necesita saber quién es, pues necesita sentirse respetado y amado, como todo ser humano, para ello necesita saber quién es. El niño prepúber se identifica a través de sus padres o los adultos de su entorno, pero el adolescente necesita desarrollar su propia identidad y ser ellos mismos.²⁵

Búsqueda de la Identidad:

Erik Homberger Erikson (1902-1994), es uno de los autores que más ha escrito sobre el desarrollo de la identidad desde la infancia hasta la vejez, con especial énfasis en la adolescencia, a través de un enfoque psicoanalítico. A lo largo de los estadios del ciclo vital aborda diferentes aspectos, siendo los más relevantes las crisis psicosociales, el radio de relaciones significativas y las fuerzas básicas. Según Erikson el desarrollo humano sólo se puede entender en el contexto de la sociedad a la cual uno pertenece.^{26, 27}

Cada una de las ocho etapas del desarrollo implica una dificultad o crisis emocional con dos posibles soluciones, favorable versus desfavorable, siempre avanzando etapa por etapa sin poder saltarse ninguna. Las cinco primeras etapas corresponden a la infancia y adolescencia:

1. **Dimensión Comunitaria.** Para que un joven se encuentre a sí mismo es necesario que haya encontrado su dimensión comunitaria.
2. **Dinámica del Conflicto.** El adolescente suele tener sentimientos contradictorios, pasando de sentimientos de vulnerabilidad exacerbado a tener grandes perspectivas individuales.
3. **Período Evolutivo Personal.** Cada individuo tiene su propio período evolutivo que dependerá tanto de factores biológicos, psicológicos, como sociales.
4. **Modelos Recibidos.** Ningún yo, se construye de forma aislada. Primero recibirá el apoyo de modelos parentales, posteriormente, modelos comunitarios.

5. **Aspectos Psicohistóricos.** Toda biografía está inexorablemente entrelazada por la historia que a uno le toca vivir. Sin duda no es lo mismo vivir en época de paz que en época de guerra.^{26, 27}

Etapas de la Adolescencia.

Dado el abismo de experiencia que separa a los adolescentes más jóvenes de los mayores, resulta útil contemplar esta segunda década de la vida como dos partes: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años), la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años).²⁸

Adolescencia Temprana (De 10 a 14 Años).

Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 a 14 años de edad. En esta etapa comienzan a manifestarse los cambios físicos, usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios, pueden ser motivo de ansiedad, así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación.²⁸

Tanto el desarrollo físico como sexual, es más precoz en las niñas que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones, se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, es la parte del cerebro que gobierna tanto el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana.²⁸

Debido a que este desarrollo comienza más tarde, toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente, como pensar de una manera acrítica, dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones.²⁸

Las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género, pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que observan. Son víctimas de actos intimidatorios, acoso, o participar en ellos; tienden a sentir confusión acerca de su propia identidad personal y sexual.²⁸

Debe ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio, seguridad de sí mismos para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual como psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos, con el pleno apoyo de ellos responsables en el hogar, la escuela o la comunidad.²⁸

Es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de infecciones de transmisión sexual, embarazo precoz, violencia y explotación sexual.²⁸

Adolescencia Tardía (De 15 a 19 Años).

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro continúa desarrollándose, reorganizándose, también las capacidades para el pensamiento analítico tanto como el reflexivo aumenta notablemente.²⁸

Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza, claridad en su identidad, como en sus propias opiniones.²⁸

La temeridad es un rasgo común de la temprana a mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan el “comportamiento adulto” se inicia la adolescencia tardía, en esta se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos, como la de tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos, la experimentación con drogas o alcohol frecuentemente se adquiere en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta.²⁸

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; a menudo la discriminación, los abusos basados en el género magnifican estos riesgos.²⁸

Las mujeres tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia o bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. Es la etapa de oportunidades, idealismos como de promesas. Durante estos años ingresan al mundo laboral o a la educación superior, establecen sus identidades, cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.²⁸

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación es de gran **Trascendencia**, debido a que las referencias al tema de Depresión en Adolescentes y Funcionalidad Familiar en Chiapas son escasas. Entendiendo que la Depresión repercute en la calidad de vida del que lo padece y su familia, convierte al problema planteado en un terreno fértil para la investigación. La difusión de los resultados obtenidos tendrá especial relevancia en la UMF 34 Villaflores, Chiapas; con la finalidad de rehabilitar a los adolescentes que lo padecen por medio de una valoración al servicio de psicología, psiquiatría y trabajo social, del HGZ 2 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; para recibir tratamiento farmacológico, no farmacológico, psicoterapia y cambios en el estilo de vida saludable. Además de integrar a estos derechohabientes a las Estrategias Educativas de Promoción a la Salud a través de un modelo educativo, participativo, vivencial y reflexivo.

El impacto de la depresión en adolescentes es un tema de especial importancia, ya que tiene implicaciones para el desarrollo físico, mental y del bienestar social; así mismo contribuye a llevar una calidad de vida con mayores tasas de morbilidad y mortalidad.

La Depresión es un problema de gran **Magnitud**, la cual afecta a todas las esferas de la vida de los pacientes, en particular la esfera individual, familiar e incluso dentro de la comunidad en la que habita, alterando su funcionalidad familiar. Es conocida como un problema de salud pública a nivel mundial, constituyendo una de las principales causas de lesiones y suicidios, por lo cual se gastan anualmente grandes cantidades de recursos por concepto de atención médica, rehabilitación y discapacidad.

Esto puede alterar la relación personal y funcionalidad familiar en la población adolescente, provocando una disfunción a nivel familiar, alterando el ciclo de vida de cada familia, llegando a ser un grave obstáculo para todos los seres humanos volviéndose así un problema vulnerable que puede ser solucionado en etapas tempranas de la vida.

Un aspecto **Vulnerable** en el presente estudio fue la fidelidad y veracidad de los datos que se obtuvieron en las encuestas aplicadas (**Escala CES-D de Depresión y el APGAR Familiar**), informando a cada adolescente evaluado de los resultados obtenidos de esta investigación, además de ser confidenciales con la finalidad de brindarles el máximo beneficio para el manejo de su patología.

Realizar el presente estudio de investigación fue **Viable**, obteniendo una aproximación de la problemática que existe en la población de adolescentes de esta unidad médica. Fue **Factible** debido a que los recursos materiales, financieros y humanos requeridos para su desarrollo fueron pocos, estando al alcance del investigador sin necesidad de participar en concursos de financiamiento. Por lo tanto, fue posible realizarlo debido a que no existieron riesgos en los participantes o en la investigación, ni impedimentos éticos, institucionales, legales o políticos para su ejecución.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El interés por realizar el presente estudio consiste, en abordar la problemática existente entre la Depresión y Funcionalidad Familiar en los Adolescentes de un pequeño sector del municipio de Villaflores, Chiapas; actualmente no existen estudios relacionados al tema.

Desde la perspectiva del adolescente, esta etapa presenta cambios difíciles que les producen ansiedad, confusión, desorientación, hasta ideas de suicidio. A inicios de la adolescencia los posibles síntomas depresión se enmascaran a través de otros síntomas psicológicos como; fatiga persistente, intranquilidad, preocupaciones por el cuerpo, búsqueda ansiosa de compañía o de aislamiento y comportamiento teatral. En la etapa final de la adolescencia la depresión puede manifestarse a través de la sintomatología adulta o formas indirectas como el consumo de droga, promiscuidad sexual y los intentos suicidas.

Los adolescentes son uno de los grupos etarios que presentan mayor probabilidad de sufrir una depresión, dada la etapa de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos, que demanda en ellos el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía, éxito individual y social.

La familia, es el primer vinculo de interacción social, en el que se observan respuestas emocionales en un sistema constituidos por miembros unidos entre sí, donde cada uno influye sobre el todo y a la vez es influido por los demás, que pasa por una serie de etapas desde el convertirse en pareja, ser padres, hasta la partida de los hijos. Es en esencia un sistema vivo, que se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas como el biológico, el psicológico, el social y el ecológico. Además, señala, que la familia atraviesa por un ciclo donde despliega sus funciones: nacer, crecer, reproducirse y morir, las cuales pueden encontrarse dentro de un marco de salud y normalidad o bien adquirir ciertas características de enfermedad o patología.

La Funcionalidad Familiar logra promover el desarrollo integral de sus miembros, así como un estado de salud favorable en ellos donde perciben un grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos, como son: adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos. Un funcionamiento familiar saludable es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones asignadas.

Dentro del trabajo psicológico con adolescentes deprimidos, se señala que estos se desarrollan dentro de una estructura familiar en conflicto o con la vivencia por parte del sujeto de una situación conflictiva en su estructura familiar.

Las relaciones familiares influyen en la autoestima e indirectamente afectan la depresión en los adolescentes, por otra parte, los adolescentes de familias desintegradas tienen más problemas emocionales, más baja autoestima y menor desempeño académico que aquellos de familias intactas.

De lo anterior se puede reconocer la importancia que desempeña el papel de la familia en el desarrollo de los individuos, sobre todo en la adolescencia, que es la etapa de la vida en que se transforma la visión del mundo, se adquieren valores, metas e ideales, de manera favorable para los individuos. Esto se logra si se ha contado con el apoyo, la comprensión, el cariño incondicional manifiesto y la guía adecuada por parte de una buena funcionalidad familiar, pero en particular por parte de los padres. De acuerdo a su desempeño, la familia, puede ser mediadora o salvadora hacia los diversos factores externos que influyen en los adolescentes.

El planteamiento anterior nos permite hacer el siguiente cuestionamiento: **¿Cuál es la Prevalencia de Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas?**

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Identificar la Prevalencia de Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

Objetivos Específicos:

- Describir las Características Sociodemográficas (**edad, sexo, estado civil, escolaridad y religión**), en Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas.
- Conocer los Tipos de Depresión que Existen en los Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas.
- Determinar la Funcionalidad Familiar en los Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

HIPÓTESIS

Hipótesis General:

- Existe relación significativa entre la Funcionalidad Familiar y la Depresión de los Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas; en un 60%.

Hipótesis Específica:

- El 50% de los Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas; las Características Sociodemográficas que Sobresalen son: Sexo masculino, menores de edad, estado civil solteros, escolaridad preparatoria y religión católica.
- El 60% de los Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas; Presentan Depresión Baja.
- El 70% de los Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas; Presentan Familia Moderadamente Disfuncional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Universo:

La UMF 34 Villaflores, Chiapas; cuenta con una población de 694 adolescentes de 15 a 19 años de edad, de los cuales 282 son mujeres y 412 hombres de acuerdo a la pirámide poblacional 2016.

Tipo de Estudio y Período de Estudio:

Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal, en la UMF 34 Villaflores, Chiapas; durante el período comprendido del 01 de marzo al 31 agosto del 2017.

Lugar de Estudio:

Consultorio médico y sala de espera de la UMF 34 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Villaflores, Chiapas.

Tamaño y Tipo de la Muestra:

Se incluyó una muestra **Probabilística Aleatoria Simple**, constituida por 247 adolescentes que equivale al 35.59 % de la población total, que cumplieron con los criterios de inclusión, de acuerdo a la Normativa Institucional del IMSS. Los participantes menores de edad firmaron la **Carta de Asentimiento Informado**, con previa autorización firmada del **Consentimiento Informado** del padre o tutor legal; los participantes mayores de edad firmaron por escrito la **Carta de Consentimiento Informado**, donde se realizó una entrevista, posteriormente, se entregó una **Cédula de Recolección de Datos** para valorar las Características Sociodemográficas en las que incluyó: Edad, sexo, estado civil, escolaridad y religión. Por último, se aplicó la **Escala CES-D de Depresión** para valorar el grado de depresión y el **APGAR Familiar** para conocer la Funcionalidad Familiar.

Se aplicaron las encuestas de manera autoadministrado dejando responder libre y abiertamente, sin influir por nuestra parte en las respuestas, conservando la neutralidad en caso de dudas o preguntas relacionadas a los ítems.

Muestra = (N)

Tipo de Muestra: Probabilística Aleatoria Simple.

Dado que el tamaño del universo excede los recursos humanos, se optó por una muestra **Probabilística Aleatoria Simple**, obtenida por medio de la fórmula de cálculo de tamaño de muestra de población finita (Sampieri).

CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Mediante la Fórmula:

$$n = \frac{z^2 p q N}{Ne^2 + Z^2 pq}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (694)}{(694) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

n = 247

N: Universo (694)

e²: Error de estimación (0.05)

n: Tamaño de la muestra (247)

Z; Nivel de confianza para un 95% (intervalo de confianza) vale = 1.96

p: Probabilidad de éxito (0.5)

q: Probabilidad de fracaso (0.5)

Sustituyendo:

Desarrollar la formula.

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (694)}{(694) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)} =$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.5) (0.5) (694)}{(694) (0.0025) + (3.8416) (0.5) (0.5)} =$$

$$n = \frac{666.5176}{1.735 + 0.9604} = \frac{666.5176}{2.6954} = 247.2796$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión:

- Adolescentes de 15 a 19 años de edad, de ambos sexos y turnos, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas.
- Adolescentes de 15 a 19 años que acepten participar en el estudio, previo consentimiento informado por ellos o del padre y tutor legal.
- Que sepan leer o escribir.

Criterios de Exclusión:

- Adolescentes de 15 a 19 años derechohabientes adscritos a otra Unidad de Medicina Familiar.
- Adolescentes de 15 a 19 años Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas; que no acepten participar en el estudio o no tengan la autorización del padre o tutor legal.
- Adolescentes que no estén en el momento de la aplicación de la encuesta.

Criterios de Eliminación:

- Adolescentes de 15 a 19 años Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas; que no contesten completa y adecuadamente la encuesta.
- Adolescentes de 15 a 19 años que durante el estudio cambiaron de adscripción o residencia.
- Adolescentes de 15 a 19 años Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas; que pierdan su vigencia al IMSS en el período de estudio.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
Depresión	Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	Cualitativa Nominal	Escala CES-D de Depresión <ul style="list-style-type: none"> ✚ Baja. ✚ Media. ✚ Alta.
Funcionalidad Familiar	Es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia.	Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, la cual va a depender del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible.	Cualitativa Nominal	APGAR Familiar <ul style="list-style-type: none"> ✚ Familia Altamente Disfuncional. ✚ Familia Moderadamente Disfuncional. ✚ Familia Levemente Disfuncional. ✚ Familia Funcional.
Adolescencia	Período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez hasta antes de la edad adulta, entre los 10 a 19 años de edad.	Es un período de transiciones biológicas, psicológicas, sociales, así como económicas; desde las experiencias emocionales que son menos desarrolladas en la niñez y más equilibrada en la adultez.	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ✚ 15 a 16 Años. ✚ 17 a 18 Años. ✚ 19 Años.
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer.	Determinado por la morfología de los genitales externos.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Masculino. ✚ Femenino.
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Número de años que ha vivido una persona.	Cuantitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ✚ 15 a 16 Años. ✚ 16 a 17 Años. ✚ 19 Años.
Estado Civil	Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.	Condición de una persona según su estado civil.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Solteros. ✚ Casados. ✚ Divorciados. ✚ Unión Libre.

Escolaridad	Duración de los estudios en un centro docente.	Determinado por el grado de estudio del paciente.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> + Analfabeta. + Primaria. + Secundaria. + Preparatoria. + Licenciatura. + Otros.
Religión	Es un sistema cultural de comportamientos, prácticas, cosmovisiones, ética y organización social, que relaciona la humanidad a una categoría existencial.	Determinado por la creencia religiosa del paciente.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> + Católica. + Cristiana. + Adventista. + Testigos de Jehová. + Presbiteriana. + Pentecostés. + Otras.

DIAGRAMA DE FLUJO PARA EL TRABAJO

1. Todos los Adolescentes de 15 a 19 años, Derechohabientes a la UMF 34 Villaflores, Chiapas; que Cumplan con los Criterios de Inclusión.

2. Aplicación de una Cédula de Recolección de Datos para Valorar las Características Sociodemograficas e Instrumentos de Medición: Escala CES-D de Depresión y APGAR Familiar.

3. Presentación de los Resultados en Tablas y Gráficas.

4. Interpretación de los Resultados.

5. Análisis Estadístico Descriptivo.

6. Recomendaciones.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Para la recolección de la información y valorar las **Características Sociodemográficas** se diseñó un cuestionario de opción múltiple, formuladas en base a las variables previamente señaladas, dado su carácter descriptivo no requerirá de procedimientos de validación. Esta **Cédula de Recolección de Datos** fue agregada en el apartado de anexos, (Anexo IV), la cual consta de 6 preguntas de opción múltiple.

Para la evaluación de Depresión se utilizó la **Escala CES-D de Depresión**, creada en el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH), fue desarrollada por Radloff en 1977, con la finalidad de detectar síntomas depresivos en adolescentes y adultos. Es un instrumento para ser utilizado en comunidad, en población no clínica; su principal utilidad reside en detectar sintomatología depresiva, así como los factores de riesgo para la depresión que son de naturaleza sociodemográfica.

Se utilizó la **Escala CES-D de Depresión**, relacionada con el humor, el comportamiento y la percepción, que fueron considerados relevantes en estudios clínicos sobre depresión. Fue construida siguiendo los criterios para la elaboración de escalas tipo Likert con enunciados y niveles de calificación. Consta de 20 reactivos representativos de los componentes más importantes de la sintomatología depresiva, de acuerdo con el análisis factorial de la escala, los reactivos quedan agrupados en cuatro factores: a) Afecto Depresivo; b) Afecto Positivo; c) Actividad Somática; d) Relaciones Interpersonales.

La escala de calificación implica indicar la respuesta de la siguiente manera, su aplicación consiste en marcar con una "X" la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido la persona durante la semana pasada, la semana previa a la aplicación y las respuestas se califican de la siguiente manera: 0 = menos de un día; 1 = uno o dos días; 2 = tres o cuatro días, y 3 = cinco o siete días.

El puntaje total de la escala es la sumatoria de los puntos de los veinte (20), reactivos, que tienen un rango de 0 a 60, donde una mayor puntuación indica mayor gravedad de los síntomas depresivos. A partir de 16, se habla de una persona con trastorno depresivo. Se obtiene la siguiente clasificación de Depresión: Baja si es menor o igual a 34, Media si está entre 35 y 42, Alta si es mayor de 42.

Cuatro de los reactivos están planteados en dirección inversa (4, 8, 12, 16), esto es, se refieren a condiciones de afecto positivo. Estos reactivos se califican de manera inversa, de manera que la interpretación de la puntuación sea la misma que para los demás. Además de la puntuación total, puede utilizarse como indicador de síntomas depresivos clínicamente significativos el punto de corte de 16.

Este Instrumento ha mostrado ser consistentemente satisfactoria en diferentes contextos socioculturales y poblaciones, ha alcanzado coeficientes de Alfa de Cronbach mayor de 0.80 - 0.92, con una sensibilidad y especificidad del 90%. Es auto aplicable, su tiempo aproximado de aplicación es de 8-10 min. Correlaciona negativamente con medidas de auto estima, apoyo familiar y comunicación familiar, positivamente con el conflicto familiar, la percepción de estrés, los problemas de conducta y victimización.¹³ (Ver Anexo V).

Para evaluar la Funcionalidad Familiar se utilizó el **APGAR Familiar**. Este es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Este se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos.

El APGAR Familiar es un cuestionario de cinco preguntas, busca evidenciar el estado funcional de la familia, el instrumento se aplica a mayores de 15 años y evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor: **A**daptación, **P**articipación, **G**radiente de Recurso Personal, **A**fecto y **R**ecursos.

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca, 1: Casi Nunca, 2: Algunas Veces, 3. Casi Siempre, 4: Siempre. Con lo cual se obtiene la siguiente clasificación de Funcionalidad Familiar: Familia Funcional: 17-20, Familia Levemente Disfuncional: 13-16, Familia Moderadamente Disfuncional: 10-12, Familia Altamente Disfuncional: menor o igual a 9 puntos. Su tiempo aproximado de aplicación es de 15 minutos.

Este instrumento tiene un índice de Alfa de Cronbach mayor de 0.85, con una sensibilidad y especificidad del 95%, fue integrado en el apartado de anexos.²¹ (Ver Anexo VI).

PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el desarrollo del proyecto, se entregó un documento al director, administrador y representante sindical de la Unidad de Medicina Familiar 34 Villaflores, Chiapas; solicitando autorización para trabajar con derechohabientes adolescentes, de acuerdo a la normatividad y lineamientos estipulados por el Instituto Mexicano del Seguro Social, en materia de investigación en salud, **sin existir inconveniente alguno.**

Cabe mencionar que la investigación tiene confiabilidad absoluta, se solicitó la participación mediante una plática informativa sobre el motivo y fines del estudio, garantizando el anonimato, confiabilidad de la información, sensibilizando a cada derechohabiente sobre la relevancia de su participación.

Una vez autorizado el trabajo de investigación por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud (**CLIEIS**), se realizó una entrevista directa a cada adolescente, padre o tutor legal en caso de ser menor de edad, una vez que aceptaron participar en el estudio, en el cual se le entregó la **Carta de Asentimiento y Consentimiento Informado**, posteriormente, se aplicó una **Cédula de Recolección de Datos, Escala CES-D de Depresión y el APGAR Familiar**. Una vez respondidas las encuestas se recolectó de manera personal, guardando la confiabilidad y anonimato. (Ver Anexos I, II, III, IV, V y VI).

Estos resultados nos sirvieron para Identificar la Prevalencia de Depresión y Funcionalidad Familiar en los Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El procesamiento de la información se llevó a cabo en el programa Microsoft Office Excel como base de datos, el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science), versión 22 en español para Windows. Con el objetivo de escribir a través de **Medidas de Tendencia Central**: Frecuencia, promedios y porcentajes. Así mismo, la presentación de resultados se realizó a través de tablas y gráficas para hacer más objetiva la información.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio de investigación se apega a la ley General de Salud y normas éticas. Se sometió a evaluación por el **Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3005, en el H. GRAL Zona – MF NUM. 24 Poza Rica, Veracruz**; donde se analizó y valoró su factibilidad y realización. Establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º, publicado en el Diario Oficial de La federación el 16 de abril de 1990. La Ley General de Salud en su Art. 100, el Reglamento del Instituto Mexicano del Seguro Social. La **Asociación Médica Mundial (AMM)**, ha promulgado la Declaración de Helsinki, Finlandia en 1964 y sus enmiendas en Tokio, Japón en 1975; Venecia, Italia en 1983; Hong Kong en 1989; Somerset West, Sudáfrica en 1996; Edimburgo, Escocia en el 2000; Washington, Estados Unidos en el 2002; Tokio, Japón en el 2004; Seúl, Corea en el 2008 y Fortaleza, Brasil en el 2013; respecto a las investigaciones en los seres vivos. Con la finalidad de realizar una **Buena Práctica Clínica** de acuerdo a la **Conferencia Internacional de Armonización** asegurando la protección de derechos, seguridad, bienestar de los pacientes y credibilidad de los datos.

De acuerdo al reglamento de la **Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud** vigente desde el 2007 en base al **Título Segundo, Artículo 17 de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos**, es un trabajo de investigación sin riesgo, se aplicó por escrito el consentimiento informado a cada participante, se utilizó encuestas, posteriormente, se revisó expedientes clínicos cuidando el anonimato y confidencialidad de cada paciente.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO Y FACTIBILIDAD

Recursos Humanos:	
1. Alumno en Adiestramiento del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Medicos Generales del IMSS.	2. Médicos Familiares como Asesores de Tesis (Asesor Temático y Metodológico).





Recursos Físicos:

- Clínica de primer nivel de atención Unidad de Medicina Familiar 34 Villaflores, Chiapas.



Recursos Financieros:

- Los gastos generados durante el estudio fueron financiados con recursos propios del investigador.



Factibilidad:

- Es factible en cuanto a que se cuenta con la población de trabajo e involucra a las instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Unidad de Medicina Familiar 34 Villaflores, Chiapas. Los recursos estuvieron a cargo del médico investigador.

RESULTADOS

La población de estudio fue un total de 247 pacientes adolescentes pertenecientes al universo de trabajo, de la UMF 34, Villaflores, Chiapas; de los cuales 88 (35.6%), presentaron algún grado de Depresión y prevalencia de Funcionalidad Familiar asociada, sin embargo 159 (64.4%), de los pacientes adolescentes no presentaron ninguna de las dos prevalencias mencionadas.

Depresión y Sexo. El número de adolescentes obtenidos en la muestra con algún grado de depresión según, sexo fueron 84 de los cuales 68 (81%), pertenecen al sexo femenino y 16 (19%), pertenecen al sexo masculino. En cuanto al género femenino 50 (31.1%), presenta depresión baja, 14 (8.7%), depresión media, 4 (2.5%), depresión alta; respecto al sexo masculino 11 (12.8%), depresión baja, 4 (4.6%), depresión media y 1 (1.2%), depresión alta.

Tabla 1. Distribución de Adolescentes con Depresión, Según, Sexo en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

Grado de Depresión	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sin Síntomas Depresivos	70	81.4%	93	57.7%	163	66.0%
Baja	11	12.8%	50	31.1%	61	24.7%
Media	4	4.6%	14	8.7%	18	7.3%
Alta	1	1.2%	4	2.5%	5	2.0%
Total	86	100%	161	100%	247	100%

Fuente: Cédula de Recolección de Datos, Prevalencia de Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

Funcionalidad Familiar y Sexo. El número de adolescentes obtenidos en la muestra con algún grado de funcionalidad familiar según sexo fueron 18 de los cuales 10 (55.6%), pertenecen al sexo femenino y 8 (44.4%), pertenecen al sexo masculino. En cuanto al género femenino 4 (2.5%), presentan una familia levemente disfuncional, 2 (1.2%), familia moderadamente disfuncional, 4 (2.5%), familia altamente disfuncional; en cuanto al sexo masculino 4 (4.7%), familia levemente disfuncional, 2 (2.3%), familia moderadamente disfuncional y 2 (2.3%), familia altamente disfuncional.

Tabla 2. Distribución de Adolescentes con Algún Grado de Funcionalidad Familiar Según, Sexo en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

Grado de Funcionalidad Familiar	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Familia Funcional	78	90.7%	151	93.8%	229	92.8%
Familia Levemente Disfuncional	4	4.7%	4	2.5%	8	3.2%
Familia Moderadamente Disfuncional	2	2.3%	2	1.2%	4	1.6%
Familia Altamente Disfuncional	2	2.3%	4	2.5%	6	2.4%
Total	86	100%	161	100%	247	100%

Fuente: Cédula de Recolección de Datos, Prevalencia de Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

Depresión y Edad. Con respecto al grado de depresión y edad fueron 84 de los cuales 40 (47.6%), pertenecen al grupo de edad de 15 a 16 años y 44 (52.4%), pertenecen al grupo de edad de 17 a 18 años. En cuanto al grupo de edad de 15 a 16 años 29 (20.1%), presenta depresión baja, 8 (5.6%), depresión media, 3 (2.1%), depresión alta; en cuanto al grupo de edad 17 a 18 años 32 (31.1%), depresión baja, 10 (9.7%), depresión media y 2 (1.9%), depresión alta.

Tabla 3. Prevalencia de Adolescentes con Algún Grado de Depresión Según, su Edad en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

Grado de Depresión	Edad						Total	
	15 a 16 años		17 a 18 años		19 años			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sin Síntomas Depresivos	104	72.2%	59	57.3%	0	0%	163	66.0%
Baja	29	20.1%	32	31.1%	0	0%	61	24.7%
Media	8	5.6%	10	9.7%	0	0%	18	7.3%
Alta	3	2.1%	2	1.9%	0	0%	5	2.0%
Total	144	100%	103	100%	0	0%	247	100%

Fuente: Cédula de Recolección de Datos, Prevalencia de Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

Funcionalidad Familiar y Edad. Con respecto al grado de funcionalidad familiar según edad fueron 18 (7.3%), de los cuales 10 (55.6%), pertenecen al grupo de edad 15 a 16 años y 8 (44.4%), pertenecen al grupo de edad de 17 a 18 años. En cuanto al grupo de edad 15 a 16 años, 4 (2.8%), presentan una familia levemente disfuncional, 2 (1.4%), familia moderadamente disfuncional, 4 (2.8%), familia altamente disfuncional; en cuanto al grupo de edad 17 a 18 años, 4 (3.9%), familia levemente disfuncional, 2 (1.9%), familia moderadamente disfuncional y 2 (1.9%), familia altamente disfuncional.

Tabla 4. Prevalencia de Adolescentes con Algún Grado de Funcionalidad Familiar Según, su Edad en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

Grado de Funcionalidad Familiar	Edad						Total	
	15 a 16 años		17 a 18 años		19 años			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Familia Funcional	134	93.0%	95	92.3%	0	0%	229	92.8%
Familia Levemente Disfuncional	4	2.8%	4	3.9%	0	0%	8	3.2%
Familia Moderadamente Disfuncional	2	1.4%	2	1.9%	0	0%	4	1.6%
Familia Altamente Disfuncional	4	2.8%	2	1.9%	0	0%	6	2.4%
Total	144	100%	103	100%	0	0%	247	100%

Fuente: Cédula de Recolección de Datos, Prevalencia de Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

Depresión y Estado Civil. En relación al grado de depresión y estado civil fueron 84 (34%), adolescentes quienes presentaron algún grado de depresión, de los cuales 82 (97.6%), pertenecen al estado civil de soltero y 2 (2.4%), pertenecen al estado civil casado. En cuanto al estado civil soltero 59 (24.6%), presenta depresión baja, 18 (7.5%), depresión media, 5 (2.1%), depresión alta; en cuanto al estado civil casado únicamente 2 (66.7%), presento depresión baja.

Tabla 5. Distribución del Estado Civil de los Adolescentes con Algún Grado de Depresión en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

Grado de Depresión	Estado Civil								Total	
	Soltero		Casado		Unión Libre		Divorciado			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sin Síntomas Depresivos	158	65.8%	1	33.3%	4	100%	0	0%	163	66.0%
Baja	59	24.6%	2	66.7%	0	0%	0	0%	61	24.7%
Media	18	7.5%	0	0%	0	0%	0	0%	18	7.3%
Alta	5	2.1%	0	0%	0	0%	0	0%	5	2.0%
Total	240	100%	3	100%	4	100%	0	100%	247	100%

Fuente: Cédula de Recolección de Datos, Prevalencia de Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

Funcionalidad Familiar y Estado Civil. En relación al grado de funcionalidad familiar y estado civil soltero fueron 18 adolescentes el cual representa el (100%); de este 8 (3.3%), pertenece a una familia levemente disfuncional, 4 (1.7%), familia moderadamente disfuncional y 6 (2.5%), a una familia altamente disfuncional.

Tabla 6. Distribución del Estado Civil de los Adolescentes con Algún Grado de Funcionalidad Familiar en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

Grado de Funcionalidad Familiar	Estado Civil								Total	
	Soltero		Casado		Unión Libre		Divorciado			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Familia Funcional	222	92.5%	3	100%	4	100%	0	0%	229	92.7%
Familia Levemente Disfuncional	8	3.3%	0	0%	0	0%	0	0%	8	3.2%
Familia Moderadamente Disfuncional	4	1.7%	0	0%	0	0%	0	0%	4	1.6%
Familia Altamente Disfuncional	6	2.5%	0	0%	0	0%	0	0%	6	2.5%
Total	240	100%	3	100%	4	100%	0	100%	247	100%

Fuente: Cédula de Recolección de Datos, Prevalencia de Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

Depresión y Escolaridad. Al evaluar el grado de depresión y escolaridad fueron 84 (34%), adolescentes fueron quienes lo presentaron, de los cuales la escolaridad preparatoria fue la única que sobresalió y de esta 61 (25.2%), presenta depresión baja, 18 (7.4%), depresión media y 5 (2.1%), depresión alta.

Tabla 7. Distribución de Escolaridad de los Adolescentes con Algún Grado de Depresión en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

Grado de Depresión	Escolaridad												Total	
	Analfabeta		Primaria		Secundaria		Preparatoria		Licenciatura		Otros			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sin Síntomas Depresivos	0	0	0	0	5	100%	158	65.3%	0	0	0	0	163	66.0%
Baja	0	0	0	0	0	0%	61	25.2%	0	0	0	0	61	24.7%
Media	0	0	0	0	0	0%	18	7.4%	0	0	0	0	18	7.3%
Alta	0	0	0	0	0	0%	5	2.1%	0	0	0	0	5	2.0%
Total	0	0	0	0	5	100%	242	100%	0	0	0	0	247	100%

Fuente: Cédula de Recolección de Datos, Prevalencia de Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

Funcionalidad Familiar y Escolaridad. Al evaluar el grado de funcionalidad familiar y escolaridad fueron 18 (7.3%), adolescentes quienes lo presentaron, de los cuales la escolaridad preparatoria fue en la única que se presentó y de esta 8 (3.3%), pertenece a una familia levemente disfuncional, 4 (1.6%), familia moderadamente disfuncional y 6 (2.5%), a una familia altamente disfuncional.

Tabla 8. Distribución de Escolaridad de los Adolescentes con Algún Grado de Funcionalidad Familiar en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

Grado de Funcionalidad Familiar	Escolaridad												Total	
	Analfabeta		Primaria		Secundaria		Preparatoria		Licenciatura		Otros			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Familia Funcional	0	0	0	0	5	100%	224	92.6%	0	0	0	0	229	92.7%
Familia Levemente Disfuncional	0	0	0	0	0	0%	8	3.3%	0	0	0	0	8	3.2%
Familia Moderadamente Disfuncional	0	0	0	0	0	0%	4	1.6%	0	0	0	0	4	1.6%
Familia Altamente Disfuncional	0	0	0	0	0	0%	6	2.5%	0	0	0	0	6	2.5%
Total	0	0	0	0	5	100%	242	100%	0	0	0	0	247	100%

Fuente: Cédula de Recolección de Datos, Prevalencia de Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

Depresión y Religión. Al estimar el grado de depresión y la ideología religiosa fueron 84 adolescentes quienes lo presentaron y que corresponde el 34%, siendo la religión católica la que sobresalió con 54 (21.9%), y de esta 37 (22.2%), presenta depresión baja, 16 (9.6%), depresión media y 1 (0.6%), con depresión alta. Le siguieron otras religiones con 13 (5.2%), la cristiana con 9 (3.6%), pentecostés 4 (1.6%), la adventista y testigo de Jehová con 2 (0.8%), respectivamente.

Tabla 9. Distribución de Religión de los Adolescentes con Algún Grado de Depresión en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

Grado de Depresión	Religión												Total	
	Católica		Cristiana		Adventista		Testigo de Jehová		Pentecostés		Otros			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sin Síntomas Depresivos	113	67.6 %	22	71 %	13	86.7 %	5	71.4 %	2	33.3 %	8	38.1 %	163	66.0 %
Baja	37	22.2 %	7	22.6 %	2	13.3 %	2	28.6 %	4	66.7 %	9	42.9 %	61	24.7 %
Media	16	9.6 %	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	9.5%	18	7.3%
Alta	1	0.6 %	2	6.4 %	0	0%	0	0%	0	0%	2	9.5%	5	2.0%
Total	167	100 %	31	100 %	15	100%	7	100%	6	100%	21	100%	247	100%

Fuente: Cédula de Recolección de Datos, Prevalencia de Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

Funcionalidad Familiar y Religión. Al estimar el grado de funcionalidad familiar y la ideología religiosa encontramos que 18 adolescentes lo presentaron, el cual corresponde al 7.3%, sobresaliendo la religión católica con 14 (77.8%), de esta 8 (3.2%), pertenece a una familia levemente disfuncional y 6 (2.4%), a una familia altamente disfuncional. Le siguieron la cristiana y otras religiones con 2 cada una, correspondiente a un 0.8% respectivamente.

Tabla 10. Distribución de Religión de los Adolescentes con Algún Grado de Funcionalidad Familiar en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

Grado de Funcionalidad Familiar	Religión												Total	
	Católica		Cristiana		Adventista		Testigo de Jehová		Pentecostés		Otros			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Familia Funcional	153	91.6 %	29	93.5 %	15	100 %	7	100 %	6	100 %	19	90.5 %	229	92.7 %
Familia Levemente Disfuncional	8	4.8 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	8	3.2 %
Familia Moderadamente Disfuncional	0	0 %	2	6.5 %	0	0 %	0	0 %	0	0%	2	9.5 %	4	1.6 %
Familia Altamente Disfuncional	6	3.6 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0%	0	0 %	6	2.4%
Total	167	100 %	31	100 %	15	100 %	7	100 %	6	100%	21	100 %	247	100%

Fuente: Cédula de Recolección de Datos, Prevalencia de Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

Depresión y Funcionalidad Familiar. Finalmente tenemos que de la muestra total de adolescentes 247 (100%), la mayor parte 159 (64.4%), corresponde a adolescentes sin síntomas depresivos y familias funcionales; mientras que el resto equivalente a 88 adolescentes y con porcentaje del 35.6%, presenta algún grado de depresión con funcionalidad familiar: destacando depresión baja y familia funcional con 51 (22.3%), depresión media con familia funcional 14 (6.1%), depresión alta y familia funcional 5 (2.2%), depresión baja con familia levemente disfuncional 6 (75%), depresión baja y familia moderadamente disfuncional 4 (100%), depresión alta con familia funcional 5 (2.2%), depresión media y familia altamente disfuncional 4 (66.7%), sin síntomas depresivos con familia levemente disfuncional 2 (25%) y finalmente sin síntomas depresivos con familia altamente disfuncional 2 (33.3%).

Tabla 11. Distribución de Adolescentes con Algún Grado de Depresión y Funcionalidad Familiar en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

Grado de Depresión	Grado de Funcionalidad Familiar								Total	
	Familia Funcional		Familia Levemente Disfuncional		Familia Moderadamente Disfuncional		Familia Altamente Disfuncional			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sin Síntomas Depresivos	159	69.4%	2	25%	0	0%	2	33.3%	163	66%
Depresión Baja	51	22.3%	6	75%	4	100%	0	0%	61	24.7%
Depresión Media	14	6.1%	0	6.6%	0	0%	4	66.7%	18	7.3%
Depresión Alta	5	2.2%	0	0%	0	0%	0	0%	5	2.0%
Total	229	100%	8	100%	4	100%	6	100%	247	100%

Fuente: Cédula de Recolección de Datos, Prevalencia de Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

DISCUSIÓN

En el presente estudio cuya muestra final fue de 247 adolescentes entre 15 y 19 años de edad, aplicando los test de CES-D de Depresión y APGAR Familiar para Funcionalidad Familiar, se logró determinar que en primera instancia los niveles de funcional familiar son adecuados, debido a que el mayor porcentaje 229 (92.7%) correspondía a una familia funcional; y de igual manera 163 (66%), de los adolescentes no presentó depresión.

Al analizar la hipótesis general sobre la relación significativa entre los niveles de funcionalidad familiar y la depresión en los adolescentes evaluados, los resultados obtenidos indican que la relación no es estadísticamente significativa debido a que la mayoría de adolescentes no presentaba indicadores de depresión y la percepción de sus niveles de funcionalidad familiar oscilan mayormente en grado de familia funcional y en segunda instancia en rango de familia levemente disfuncional. Obteniendo una relación no significativa del 35.6% el cual corresponde a 88 adolescentes de 15 a 19 años, la cual no corresponde con nuestra hipótesis general planteada.

Con respecto al predominio de las Características Sociodemográficas en cuanto a la relación de funcionalidad familiar y depresión se obtuvo lo siguiente: Según al sexo, predominó el género femenino con 10 (55.6%), y 68 (81%); con base a la edad hubo variaciones, en cuanto a funcionalidad familiar predominó el grupo de 15 a 16 años con 10 (55.6%), con respecto a cuadros depresivos el grupo predominante fue el de 17 a 18 años con 44 adolescentes (52.4%), respecto al estado civil predominó el grupo de soltero cuya relación fue para funcionalidad familiar 18 (100%), depresión 82 (97.6%); de acuerdo a la escolaridad la relación funcionalidad familiar y depresión fue predominante el nivel de preparatoria de los adolescentes con 18 (100%), y 84 (100%), respectivamente.

De acuerdo a la religión, la relación fue más variada predominando la religión católica con 14 adolescentes (77.8%), para la funcionalidad familia y 54 (64.2%), para algún grado de depresión.

Con lo anterior podemos mencionar que solo el 41.29% de los adolescentes de 15 a 19 años predominaron sus características sociodemográficas, lo cual no coincide con nuestra primera hipótesis específica planteada.

De acuerdo a lo anterior podemos determinar que existe una prevalencia significativa por el sexo femenino y el inicio de los síntomas depresivos a edades tempranas de la adolescencia, como lo podemos apreciar en los estudios realizados en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (2016), y los realizados por la Encuesta Mexicana de Salud Mental de Adolescentes (2016).

Con respecto a nuestra segunda hipótesis específica, se encontró que, del total de la muestra, 84 adolescentes (34%), presenta algún grado depresión, siendo la depresión baja la de mayor prevalencia con 24.7% que corresponde a 61 adolescentes del total de la muestra; lo cual no concuerda con esta segunda hipótesis planteada.

En tanto a lo que respecta a la tercera hipótesis específica tenemos que 18 adolescentes (7.3%), de la muestra percibe a su familia con algún grado de disfunción, prevaleciendo la familia levemente disfuncional con el 3.2% que corresponde a 8 adolescentes del total de la muestra; no coincidiendo con esta tercera hipótesis planteada.

Lo anterior no guarda coherencia con lo planteado por Zapata, Figueroa, Méndez, Miranda, Linares, Carrada, Vela y Rayas en (2007), donde la disfunción familiar estuvo asociada a algún grado de depresión.

CONCLUSIONES

Como resultado del estudio podemos concluir que la Prevalencia de Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de 15 a 19 años, derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas, no guarda una asociación significativa entre dichas variables. De la muestra total de 247 pacientes adolescentes, se registraron 88 casos (35.6%), con algún tipo de combinación, sobresaliendo los casos de familia funcional con depresión baja 51 (58%), y familia funcional con depresión media 14 (16%). Por lo que en el presente estudio se concluye que no existe una asociación significativa entre dichas variables Funcionalidad Familiar y Depresión.

En este estudio pudimos demostrar que la mayor prevalencia de relación de funcionalidad familia y depresión con las características sociodemográficas predominó el sexo femenino en el grupo de edad de 17 a 19 años, con estado civil soltero de escolaridad preparatoria y religión católica.

Demostramos que de los grados depresivos el que más predominó fue la depresión baja con un 24.7%, correspondiente a 61 adolescentes de 15 a 19 años.

A si también obtuvimos que los adolescentes de 15 a 19 años en nuestra muestra, la familia levemente disfuncional fue la que predominó con un 3.2%. Por lo anterior quedan cumplidos los objetivos de este trabajo.

RECOMENDACIONES

1. Hacer búsqueda intencionada en pacientes adolescentes con algún grado de Depresión y Funcionalidad Familiar, para referir a los servicios de trabajo social, psicología o psiquiatría.
2. Promover en la población que presenta síntomas depresivos actividades ocupacionales y hacer énfasis en el auto cuidado de su salud.
3. Atender de manera integral a los pacientes que presentan algún grado de Depresión y Funcionalidad Familiar en cada consulta.
4. Esta investigación sirve como herramienta para la elaboración de estrategias con el fin de programar actividades para capacitar a los trabajadores de primer nivel de atención, para que sean capaces de identificar de manera oportuna a pacientes adolescentes que presenten sospecha de estas patologías para mejorar su calidad de vida.
5. Enviar al segundo nivel de atención (HGZ 2 Tuxtla Gutiérrez), específicamente a los servicios de Trabajo Social, Psicología y Psiquiatría a los Adolescentes derechohabientes que presenten datos de Depresión Alta asociado a Familias Moderada y Altamente Disfuncionales.
6. Integrar a todo los Adolescentes derechohabientes a los diversos programas que conforman las **Estrategias Educativas de Promoción a la Salud** que ofrece el Instituto Mexicano del Seguro Social y que proporcionan información básica para la salud; por ejemplo, el programa **JuvenIMSS** dirigido a jóvenes hombres y mujeres de 15 a 19 años de edad derechohabientes y estudiantes del nivel medio superior y superior.
7. Aplicar en la consulta externa de medicina familiar los siguientes instrumentos en adolescentes (PHQ-9, Hamilton, Zung, Beck, Montgomery Asberg, CES-D de depresión y APGAR Familiar de funcionalidad familiar), en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cantú CY, Rivera DM, Belio CJ, Pérez RF. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Guía de Práctica Clínica GPC CENETEC. 2011; 10-36.
2. Who.int [internet]. OMS; 2017 [actualizado Feb 2017; citado 10 may 2017]. Disponible en: [http:// www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/)
3. Balcázar RL, Ramírez AY, Rodríguez AM. Depresión y Funcionalidad Familiar en Pacientes con Diagnostico de Tuberculosis. Rev Esp Méd Quir. 2015; 20: 135-143.
4. Who.int [internet]. OMS; 2017. Disponible en: www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
5. Alberdi SJ, Taboada O, Castro DC, Vázquez VC. Depresión. Guí Clin. 2006; 6(11): 1-6.
6. García AA. La Depresión en Adolescentes. Rev Est Juventud. 2009; 84: 85-101.
7. Instituto Nacional de la Salud Mental. Depresión. USA. NIMH. 2009; 2-25.
8. Benjet C, Borges G, Medina MM, Méndez E, Fleiz C, Rojas E, et al. Diferencias de Sexo en la Prevalencia y Severidad de Trastornos Psiquiátricos en Adolescentes de la Ciudad de México. Salud Mental. 2009; 31: 155-163.
9. Veytia LM, González AN, Andrade PP, Oudhof H. Depresión en Adolescentes: El Papel de los Sucesos Vitales Estresante. Rev Sal Ment. 2012; 35(1): 37-43.
10. Álvarez SM, Ramírez JG, Silva RA, Coffin CN, Jiménez RM. La Relación entre Depresión y Conflictos Familiares en Adolescentes. Intern Jour Psych Psychol Ther. 2009; 9(2): 205-216.

11. Zapata GJ, Figueroa GM, Méndez DN, Miranda LM, Linares SB, Cerrada BT, et al. Depresión Asociada a la Disfunción Familiar en la Adolescencia. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2007; 6: 295-301.
12. Cantoral G, Méndez MV. Depresión en Adolescentes, un Análisis desde la Perspectiva de Género. *Rev. ECOFRONTERAS.* 2014; 21: 27-32.
13. Bojorquez CL, Salgado SN. Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies-depression (CES-D), versión de 20 y 10 reactivos, en Mujeres de una Zona Rural Mexicana. *Salud Mental.* 2009; 32: 299-307.
14. Baader MT, Molina FJ, Venezian BS, Rojas CC, Farías SR, et al. Validación y Utilidad de la Encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el Diagnóstico de Depresión en Pacientes usuarios de Atención Primaria en Chile. *Rev Chil Neuro Psiquiat.* 2012; 50 (1): 10-22.
15. Montenegro M, Klistein J. Utilidad del PHQ-9 en el Diagnóstico de Trastorno Depresivo en una Sala de Clínica Médica. *Intra Med Journal.* 2017; 6 (1): 1-12.
16. Martín CM, Tamayo MM. Funciones Básicas de la Familia. Reflexiones para la Orientación Psicológica Educativa. *EduSol.* 2013; 13 (44): 60-71.
17. Arias GW. Algunas Consideraciones Sobre la Familia y la Crianza Desde un Enfoque Sistémico. *Rev Psicol Arequipa.* 2012; 2 (1): 32-46.
18. Mendozas SL, Soler HE, Sainz VL, Gil AI, Mendoza SH, Pérez HC. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. *Arch Med Fam.* 2006; 8 (1): 27-32.
19. Herrera SP. Trastornos de Conducta y Funcionamiento Familiar en Adolescentes. *Rev Cient Winay Yachay.* 2003; 7(1): 3.
20. Cava M. Comunicación Familiar y Bienestar Psicosocial en Adolescentes. *Act Psicol Soc.* 2010; 1(1): 23-27.

21. Suárez CM, Alcalá EM. APGAR Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev Med La Paz. 2014; 20 (1): 53-57.
22. Gómez CF, Ponce RE. Una Nueva Propuesta para la Interpretación de Family APGAR (Versión en Español). Aten Fam. 2010; 17 (4): 102-106.
23. “Por la Atención a la Salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de Edad”. Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015. Diario Oficial de la Federación, 12 de Agosto de 2015.
24. Who.int [internet]. OMS; 2017 [actualizado; citado 2017]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
25. Silva DI. La adolescencia y su interrelación con el entorno. Injuve. 2007; 5-153.
26. Erikson EH. Sociedad y adolescencia. 19 ed. México. Siglo XXI editores; 2004.
27. Erikson EH. El ciclo vital completado. Edición revisada y ampliada. Barcelona. Ed. Paidós; 2011.
28. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia. New York. UNICEF; 2011.



ANEXOS

ANEXO I

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ADULTO.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 25
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN.

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS, DERECHOHABIENTES DE LA UMF 34 VILLAFLORES, CHIAPAS”

Nombre del estudio:	
Patrocinador externo (si aplica) *:	No aplica
Lugar y fecha:	UMF 34, Villaflores, Chiapas. Marzo del 2017.
Número de registro:	R-2018-3005-6
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: La presente investigación es trascendente, debido a que las referencias al tema de Depresión en Adolescentes y Funcionalidad Familiar en Chiapas son escasas. Comprendiendo que la Depresión repercute en la calidad de vida del que lo padece y su familia, convierte al problema planteado en un terreno fértil para la investigación. La difusión de los resultados obtenidos tendrá especial relevancia en la UMF 34 Villaflores, Chiapas; para rehabilitar a los adolescentes que lo padecen por medio de canalización a terapias psicológicas o psiquiátricas del HGZ 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Objetivo: Identificar la Prevalencia de Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohábientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas.
Procedimientos:	Aplicación de una Cédula de Recolección de Datos, Escala CES-D de Depresión y el APGAR Familiar . El presente trabajo de investigación cumple con los lineamientos estipulados y normativas Institucional por el IMSS en materia de investigación en salud.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna, ya que se me ha explicado que es mínimo el riesgo posible que puedo correr como paciente, porque solo responderé unas encuestas en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Si. Al participar en el estudio obtendré el beneficio de conocer el grado de Depresión y la Funcionalidad Familiar de mi familia, la afección que hay sobre mi enfermedad, con esto poder implementar mejoras y acciones específicas con fines preventivos para mejorar la calidad de vida.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al finalizar las encuestas y la entrevista, se me informará sobre los resultados, además de ser difundidos en una sesión general de la unidad.
Participación o retiro:	Opcional, entiendo que conservo el derecho de participar y retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.
Privacidad y confidencialidad:	El Investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

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

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohábientes (si aplica):	Si. En caso de que el paciente lo requiera, será enviado a segundo nivel al servicio de psicología o psiquiatría.
Beneficios al término del estudio:	Si
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Rodolfo Alvarado Tagua.
Colaboradores:	Dra. Yara Sait Flores Pascasio, Mtro. Nelson Orantes Sandoval.

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

Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

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

* En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica

Clave: 2810-009-013

ANEXO II

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO NIÑOS.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO. 25
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS, DERECHOHABIENTES DE LA UMF 34 VILLAFLORES, CHIAPAS”						
Patrocinador externo (si aplica) *:	No aplica						
Lugar y fecha:	UMF 34, Villaflores, Chiapas. Marzo del 2017.						
Número de registro:	R-2018-3005-6						
Justificación y objetivo del estudio:	<p>Justificación: La presente investigación es trascendente, debido a que las referencias al tema de Depresión en Adolescentes y Funcionalidad Familiar en Chiapas son escasas. Comprendiendo que la Depresión repercute en la calidad de vida del que lo padece y su familia, convierte al problema planteado en un terreno fértil para la investigación. La difusión de los resultados obtenidos tendrá especial relevancia en la UMF 34 Villaflores, Chiapas; para rehabilitar a los adolescentes que lo padecen por medio de canalización a terapias psicológicas o psiquiátricas del HGZ 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.</p> <p>Objetivo: Identificar la Prevalencia de Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas.</p>						
Procedimientos:	Aplicación de una Cédula de Recolección de Datos, Escala CES-D de Depresión y el APGAR Familiar . El presente trabajo de investigación cumple con los lineamientos estipulados y normativas Institucional por el IMSS en materia de investigación en salud.						
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna, ya que se me ha explicado que es mínimo el riesgo posible que puedo correr como paciente, porque solo responderé unas encuestas en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Si. Al participar en el estudio obtendré el beneficio de conocer el grado de Depresión y la Funcionalidad Familiar de mi familia, la afección que hay sobre mi enfermedad, con esto poder implementar mejoras y acciones específicas con fines preventivos para mejorar la calidad de vida.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al finalizar las encuestas y la entrevista, se me informará sobre los resultados., además de ser difundidos en la sesión general de la unidad.						
Participación o retiro:	Opcional, entiendo que conservo el derecho de participar y retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.						
Privacidad y confidencialidad:	El Investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Si. En caso de que el paciente lo requiere, será enviado a segundo nivel al servicio de psicología o psiquiatría.						
Beneficios al término del estudio:	Si						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Dr. Rodolfo Alvarado Tagua.						
Colaboradores:	Dra. Yara Sait Flores Pascasio, Mtro. Nelson Orantes Sandoval.						

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

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio
 * En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica

Clave: 2810-009-014



ANEXO III CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO.



Proyecto de Investigación: “Prevalencia de Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas”.

Fecha: _____ de _____ del **2017**.

Hola mi nombre es **Rodolfo Alvarado Tagua** y trabajo en Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estoy realizando un estudio para conocer acerca de la Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes, para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en llenar los siguientes cuestionarios: **Una Cédula de Recolección de Datos e Instrumentos de Medición; Escala CES-D de Depresión y el APGAR Familiar**. De acuerdo a la normatividad y lineamientos estipulados por el Instituto Mexicano del Seguro Social, en materia de Investigación en Salud.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu 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, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporciones, nos ayudará a la realización del estudio antes mencionado y así poder ayudarte en caso de presentar algún trastorno depresivo o disfunción familiar, canalizándote a terapias psicológicas o psiquiátricas al HGZ 2 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas (**Resultados de las Encuestas**), sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio y tus padres en caso de ser necesario.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre y Firma de la Persona que Obtiene el Asentimiento.





ANEXO IV CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.



Proyecto de Investigación: “Prevalencia de Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de 15 a 19 Años, Derechohabientes de la UMF 34 Villaflores, Chiapas”.

El siguiente cuestionario pretende medir las **Características Sociodemográficas**, los datos proporcionados serán confidenciales y usados para la investigación. **Instrucciones:** Lee cuidadosamente las preguntas y anota adecuadamente una X en los espacios correspondientes.

DATOS GENERALES:

Fecha: _____ NSS: _____ No. de Encuesta: _____

1. **Nombre Completo:** _____

2. **Edad:** _____

- a) 15 a 16 Años b) 17 a 18 Años c) 19 Años

3. **Sexo:**

- a) Masculino _____ b) Femenino _____

4. **Estado Civil:**

- a) Soltero (a) _____ b) Casado (a) _____ c) Divorciado (a) _____
d) Unión Libre _____

5. **Escolaridad:**

- a) Analfabeta _____ b) Primaria _____ c) Secundaria _____
d) Preparatoria _____ e) Licenciatura _____ f) Otros _____

6. **Religión:**

- a) Católica _____ b) Cristiana _____ c) Adventista _____
d) Testigo de Jehová _____ e) Presbiteriana _____
f) Pentecostés _____ g) Otras _____

ANEXO V ESCALA CES-D DE DEPRESIÓN.

El presente cuestionario autoaplicable, sirve para conocer la prevalencia del grado de **Depresión**, los datos que proporciones serán confidenciales y utilizados solo para Investigación. **Instrucciones:** A continuación, hay una lista de emociones y situaciones que probablemente haya sentido o tenido en la última semana. Por favor, marque con una X en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija.

SÍNTOMA	MENOR A UN DÍA 0	UN DÍA 1	TRES DÍAS 2	CINCO DÍAS 3
1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan.				
2. No me sentía con ganas de comer, tenía mal apetito.				
3. Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza ni con ayuda de familiares y amigos.				
4. Sentía que era tan buena persona como cualquiera otra.				
5. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo.				
6. Me sentía deprimido (a).				
7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.				
8. Me sentía optimista sobre el futuro.				
9. Pensé que mi vida era un fracaso.				
10. Me sentí con miedo.				
11. Mi sueño era inquieto.				
12. Estaba contenta.				
13. Hablé menos de lo usual.				
14. Me sentí sola.				
15. Sentí que la gente no era amigable.				
16. Disfruté de la vida.				
17. Pasé ratos llorando.				
18. Me sentí triste.				
19. Sentí que no le caía bien a la gente.				
20. No tenía ganas de hacer nada.				

Fuente: Bojorquez CL, Salgado SN. Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies-depression (CES-D), versión de 20 y 10 reactivos, en Mujeres de una Zona Rural Mexicana. Salud Mental. 2009; 32: 299-3007.

PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DEL CES – D DE DEPRESIÓN.

Baja si es Menor o Igual a 34

Media si Está Entre 35 y 42

Alta si es Mayor de 42

ANEXO VI CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR.

El presente cuestionario autoaplicable, sirve para conocer el grado de **Funcionalidad Familiar**, los datos que proporciones serán confidenciales y utilizados solo para la Investigación. **Instrucciones:** A continuación, hay una lista de emociones y situaciones que probablemente haya sentido o tenido. Por favor, marque con una X en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija, según el número indicado o si no está seguro (a), de que respuesta dar a una pregunta, elija la que le parezca más apropiada.

FUNCIÓN	NUNCA 0	CASI NUNCA 1	ALGUNAS VECES 2	CASI SIEMPRE 3	SIEMPRE 4
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
2. Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite.					
3. Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
4. Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor y otros.					
5. Me satisface cómo compartimos en mi familia:					
a) El tiempo para estar juntos.					
b) Los espacios en casa.					
c) El dinero.					
6. Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos (as).					
7. ¿Tiene usted algún (a) amigo (a) cercano (a) a quien pueda buscar cuando necesita?					

Fuente: Suarez CM, Alcalá EM. APGAR Familiar: Una Herramienta para Detectar Disfunción Familiar. Rev Med La Paz. 2014; 20(1); 53 – 57.

CALIFICACION DEL APGAR FAMILIAR, GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR			
< 0 a 9 Puntos: Familia Altamente Disfuncional.	10 a 12 Puntos: Familia Moderadamente Disfuncional.	13 a 16 Puntos: Familia Levemente Disfuncional.	17 a 20 Puntos: Familia Funcional

ANEXO VII CARTA DE NO INCONVENIENCIA.



Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Estatal en Chiapas
Unidad de Medicina Familiar 34 Villaflores
Dirección



Villaflores, Chiapas. Marzo del 2017.

Estimada **Dra. María Antonieta García Tapia**, Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en investigación en Salud No. 3005 del H GRAL ZONA - MF – NUM 24, Veracruz Norte.

Por este medio me permito informar a Usted, en mi calidad de Director Médico de la UMF 34 Villaflores, Chiapas; en relación al desarrollo del Proyecto de Investigación Titulado:

“Prevalencia de Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de 15 a 19 años de Edad, Derechohabientes a la UMF 34 Villaflores, Chiapas”

A Cargo de los Sigüientes Investigadores:

Investigador Responsable: Dr. Rodulfo Alvarado Tagua. **Matrícula:** 99076260
Investigador Asociado: Mtro. Nelson Orantes Sandoval. **Matrícula:** 99282018
Investigador Asociado: Dra. Yara Sait Flores Pascasio. **Matrícula:** 99333053

Por parte de esta unidad, **NO Existe Inconveniencia**, para la realización de dicho proyecto en las instalaciones de nuestra unidad por parte del investigador, debido a que cumple con los criterios metodológicos y éticos aprobados por los profesores del **Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS, Asesor Metodológico y Temático**. Una vez que dicho proyecto, haya sido evaluado y aceptado por el **Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3005**, lo cual agradeceré se me notifique dicha resolución (Dictamen), para otorgar las facilidades para el desarrollo del mismo.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE.
“SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL”

Dr. José Ramon Prado Alias. Matrícula: 11393009.
Director Médico de la UMF 34 Villaflores, Chiapas.

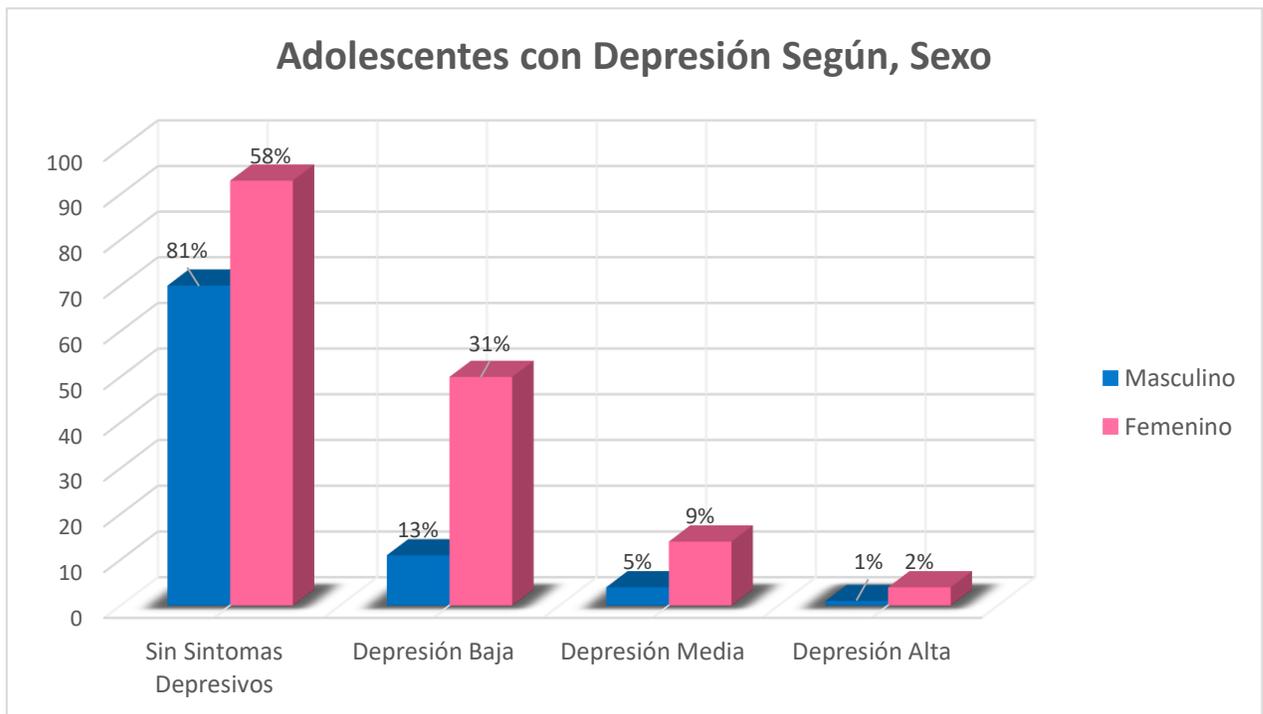
ANEXO VIII CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Período: Mes y Año.

ACTIVIDADES	MARZO A DICIEMBRE 2017												MARZO A DICIEMBRE 2018												MARZO A DICIEMBRE 2019											
Elección del Tema	█																																			
Revisión de Literatura	█	█																																		
Elaboración del Marco Teórico		█	█	█	█																															
Formulación de Objetivos, Variables e Hipótesis						█	█	█	█	█	█	█																								
Justificación																																				
Material y Métodos																																				
Evaluación del Protocolo por el CLIEIS																																				
Recolección de Datos																																				
Análisis de Datos																																				
Resultados, Discusión, Conclusión y Recomendaciones																																				
Elaboración por Escrito Final																																				
Entrega del Proyecto Final																																				

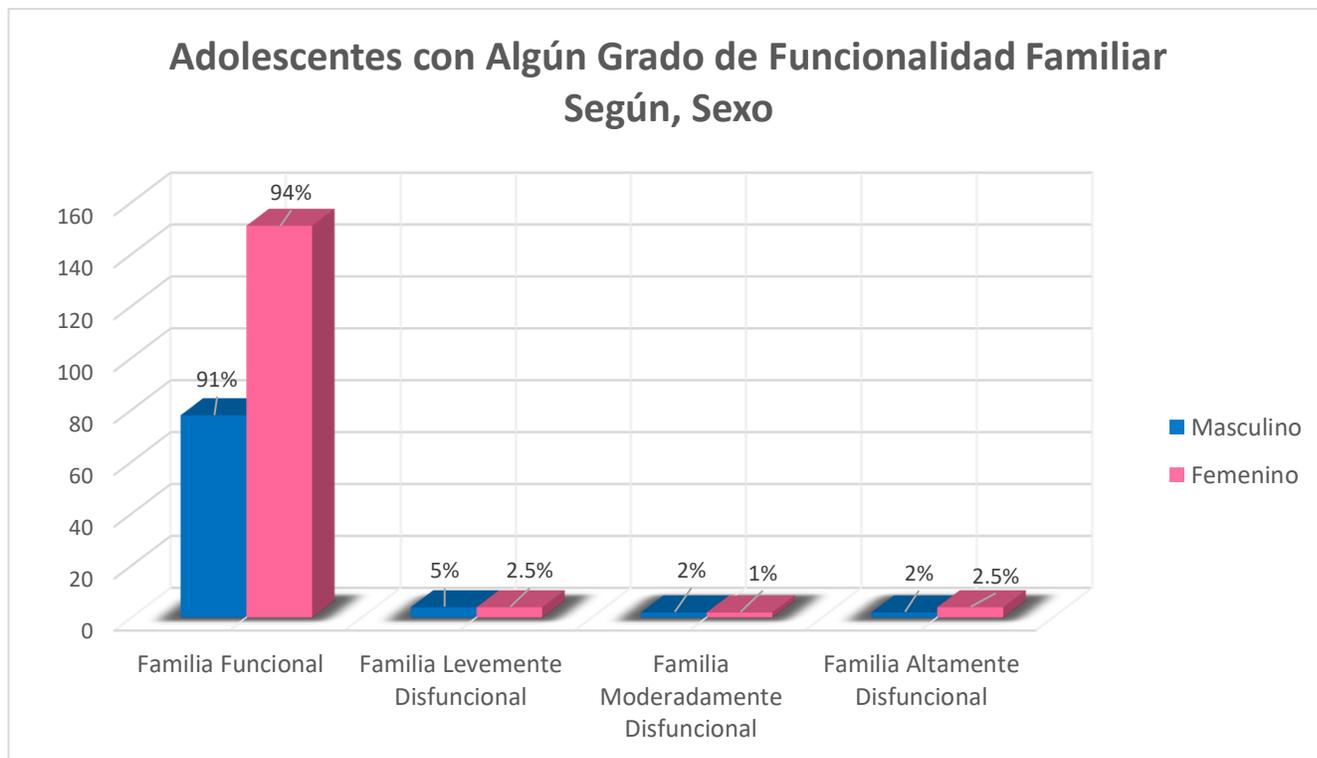
GRÁFICAS

Gráfico 1. Distribución de Adolescentes con Depresión, Según, Sexo en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.



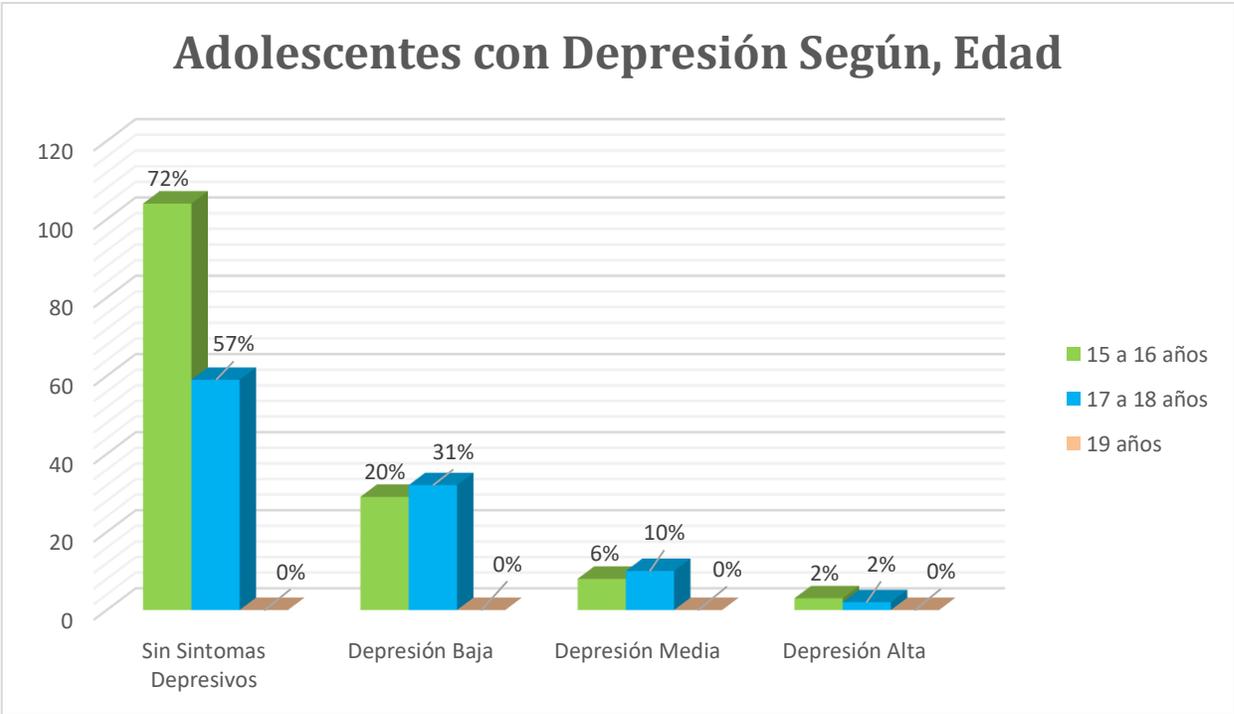
Fuente: Tabla 1.

Gráfico 2. Distribución de Adolescentes con Algún Grado de Funcionalidad Familiar Según, Sexo en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.



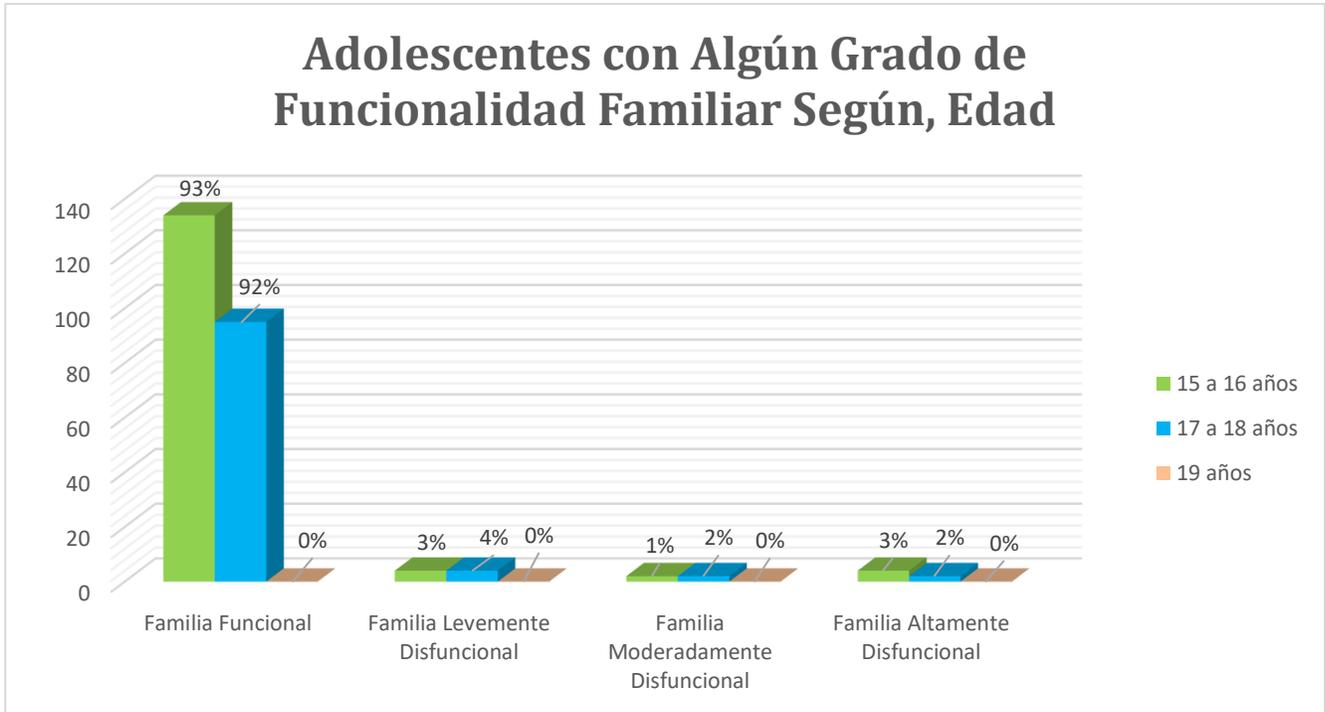
Fuente: Tabla 2.

Gráfico 3. Prevalencia de Adolescentes con Algún Grado de Depresión Según, su Edad en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.



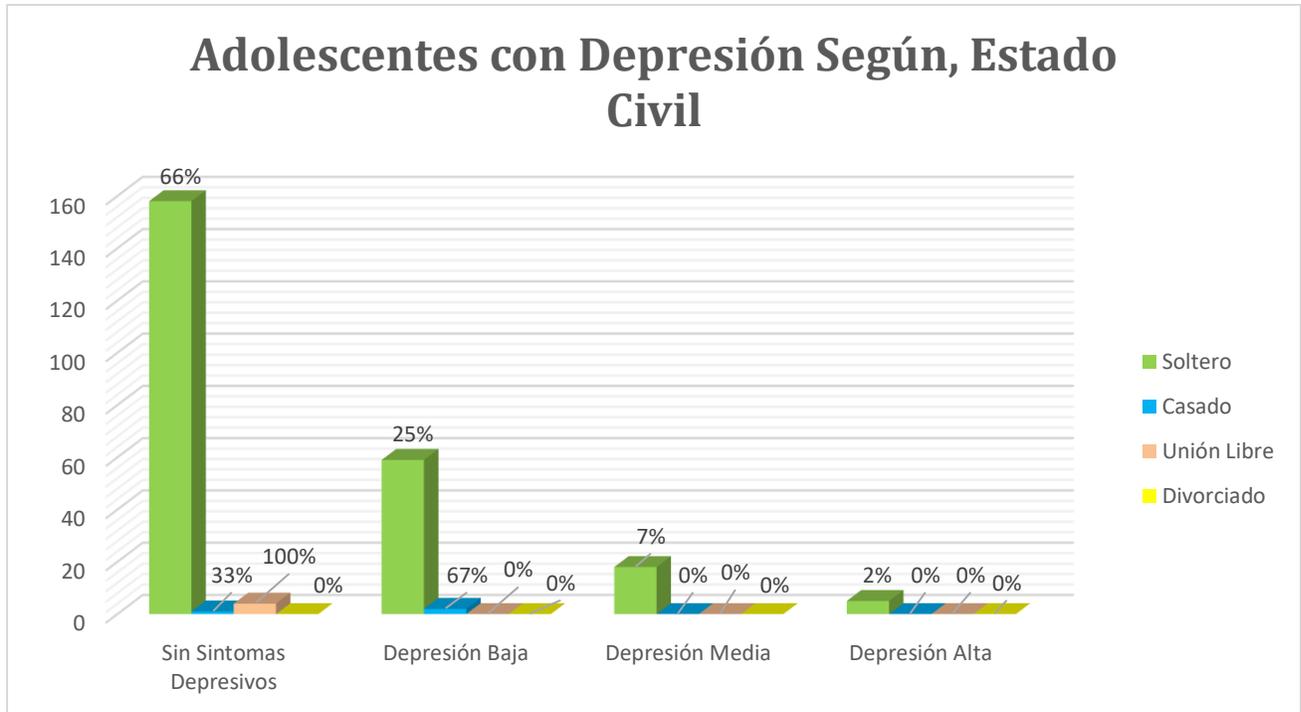
Fuente: Tabla 3.

Gráfico 4. Prevalencia de Adolescentes con Algún Grado de Funcionalidad Familiar Según, su Edad en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.



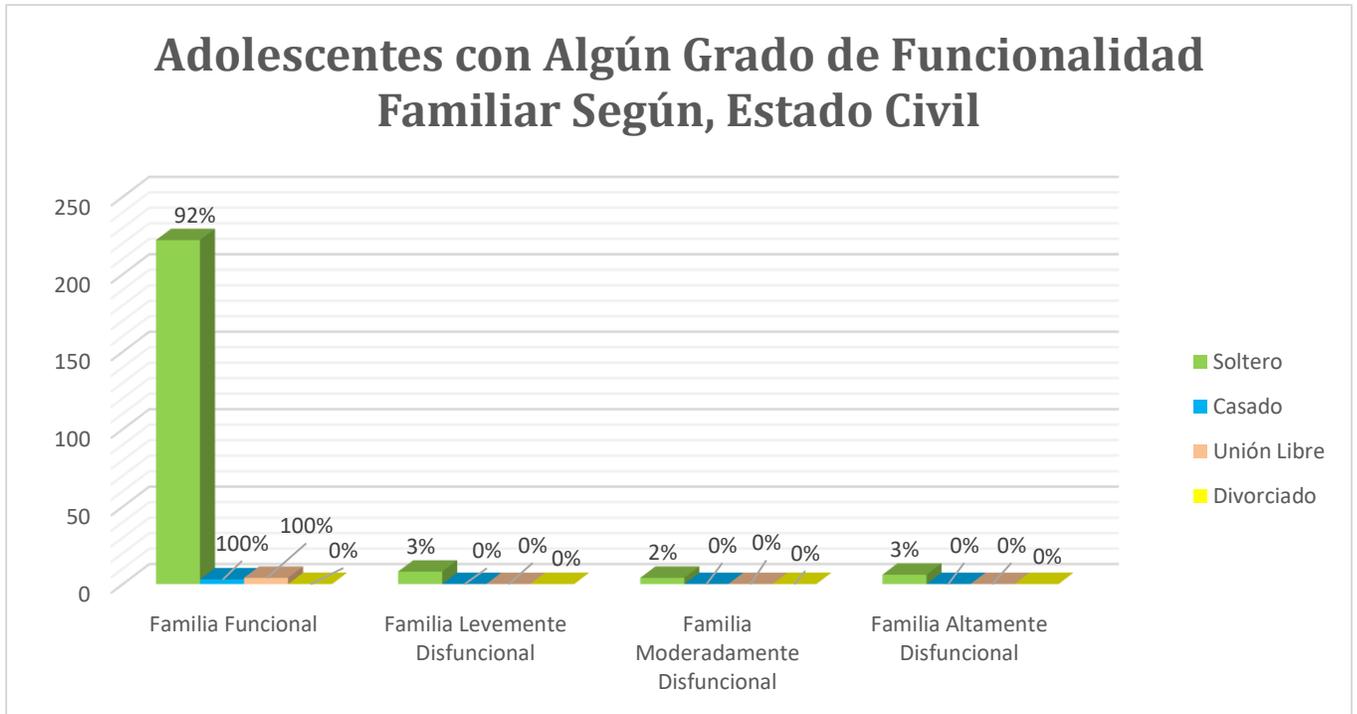
Fuente: Tabla 4.

Gráfico 5. Distribución del Estado Civil de los Adolescentes con Algún grado de Depresión en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.



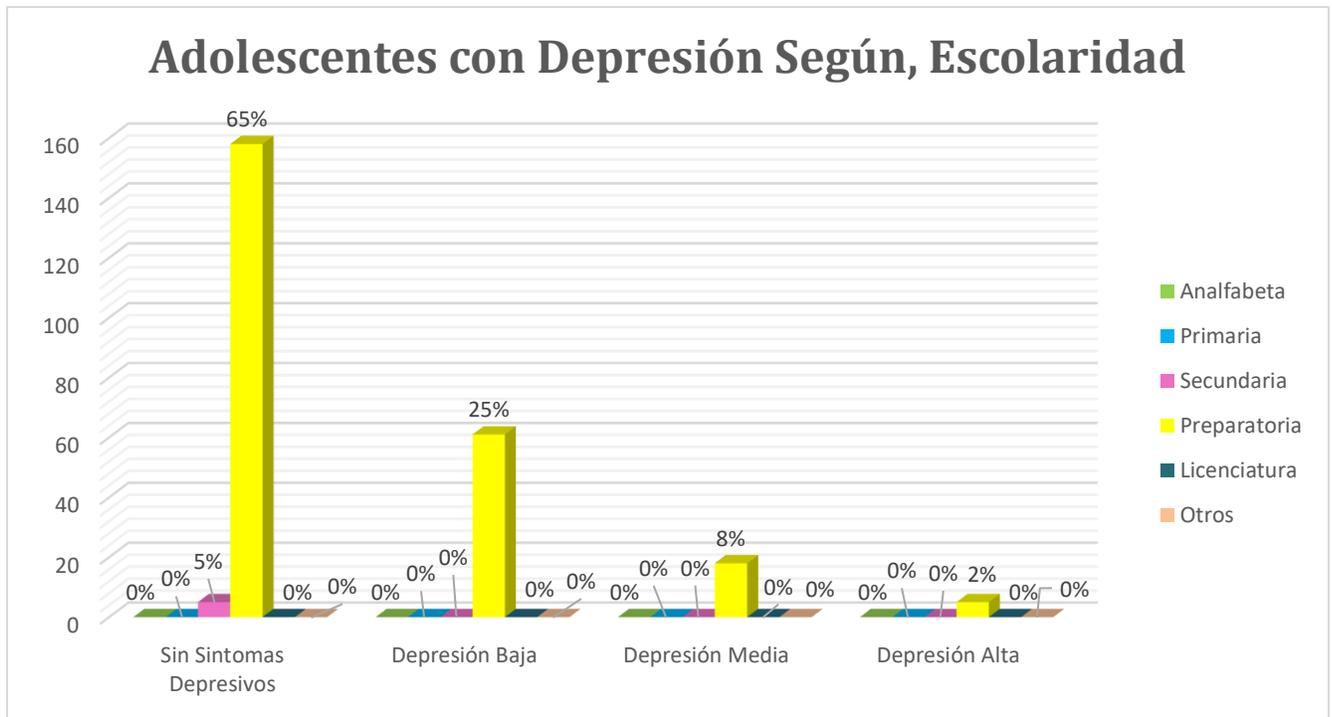
Fuente: Tabla 5.

Gráfico 6. Distribución del Estado Civil de los Adolescentes con Algún Grado de Funcionalidad Familiar en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.



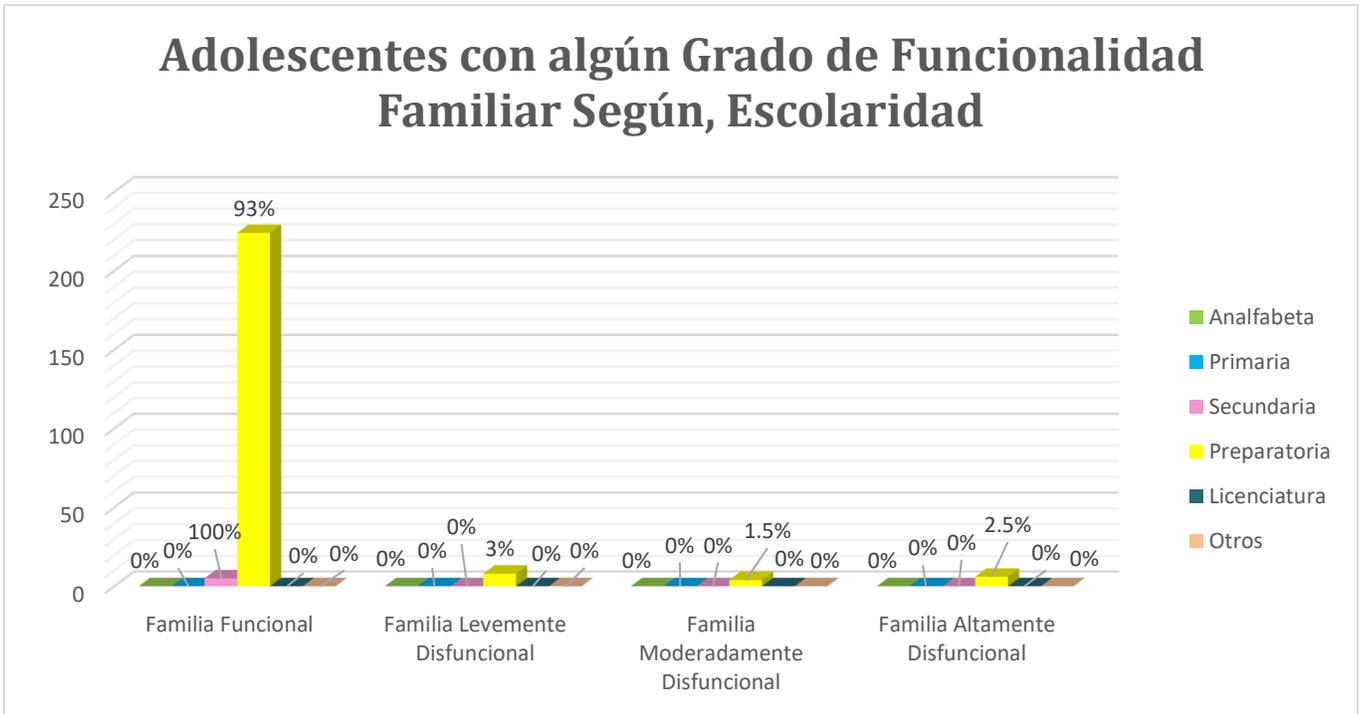
Fuente: Tabla 6.

Gráfico 7. Distribución de la Escolaridad de los Adolescentes con Algún Grado de Depresión en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.



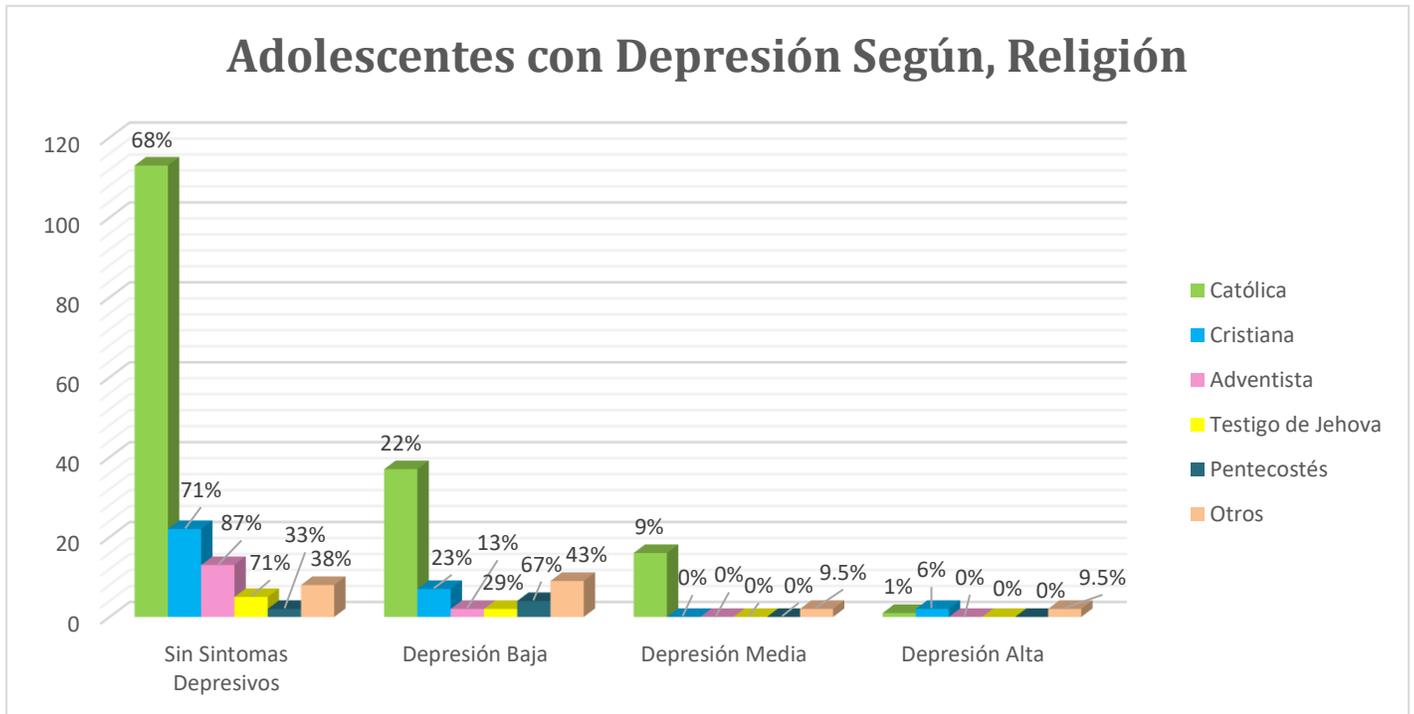
Fuente: Tabla 7.

Gráfico 8. Distribución de Escolaridad de los Adolescentes con Algún Grado de Funcionalidad Familiar en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.



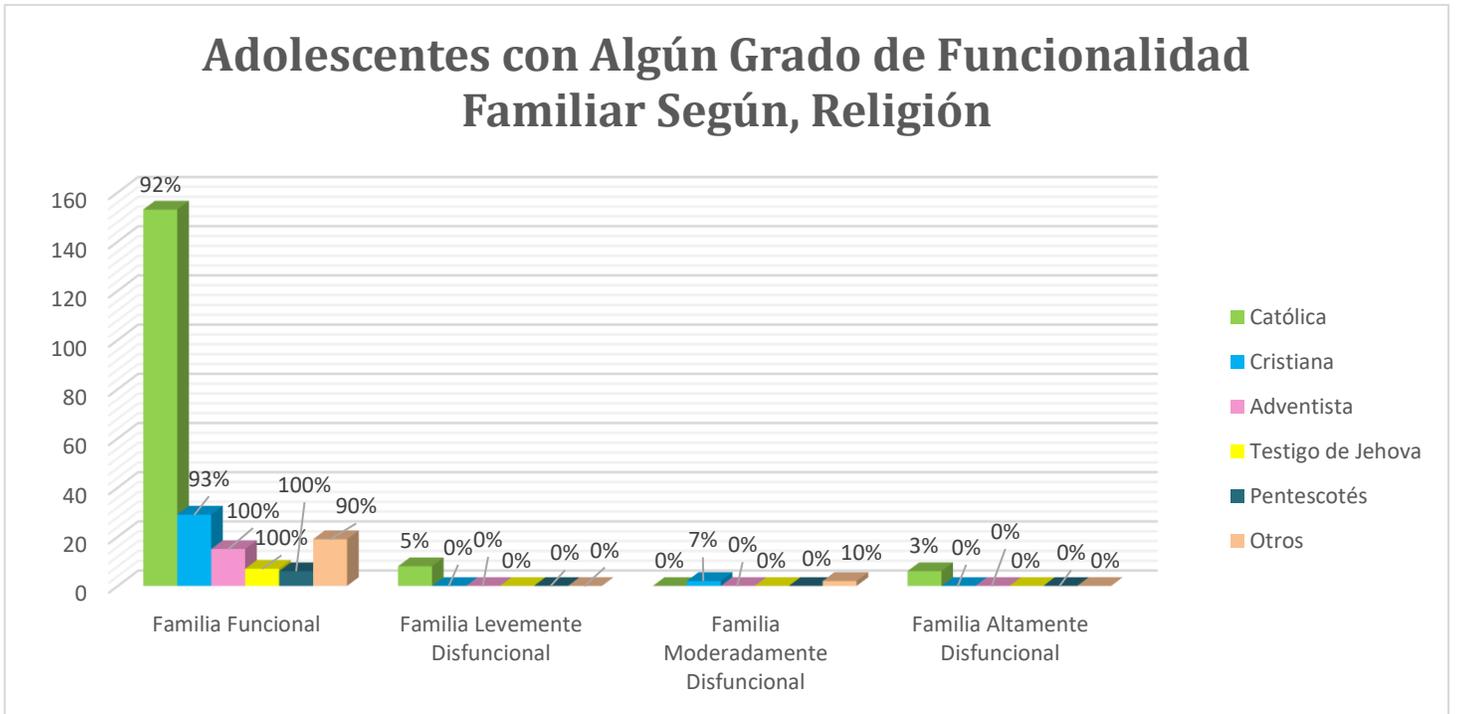
Fuente: Tabla 8.

Gráfico 9. Distribución de Religión de los Adolescentes con Algún Grado de Depresión en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.



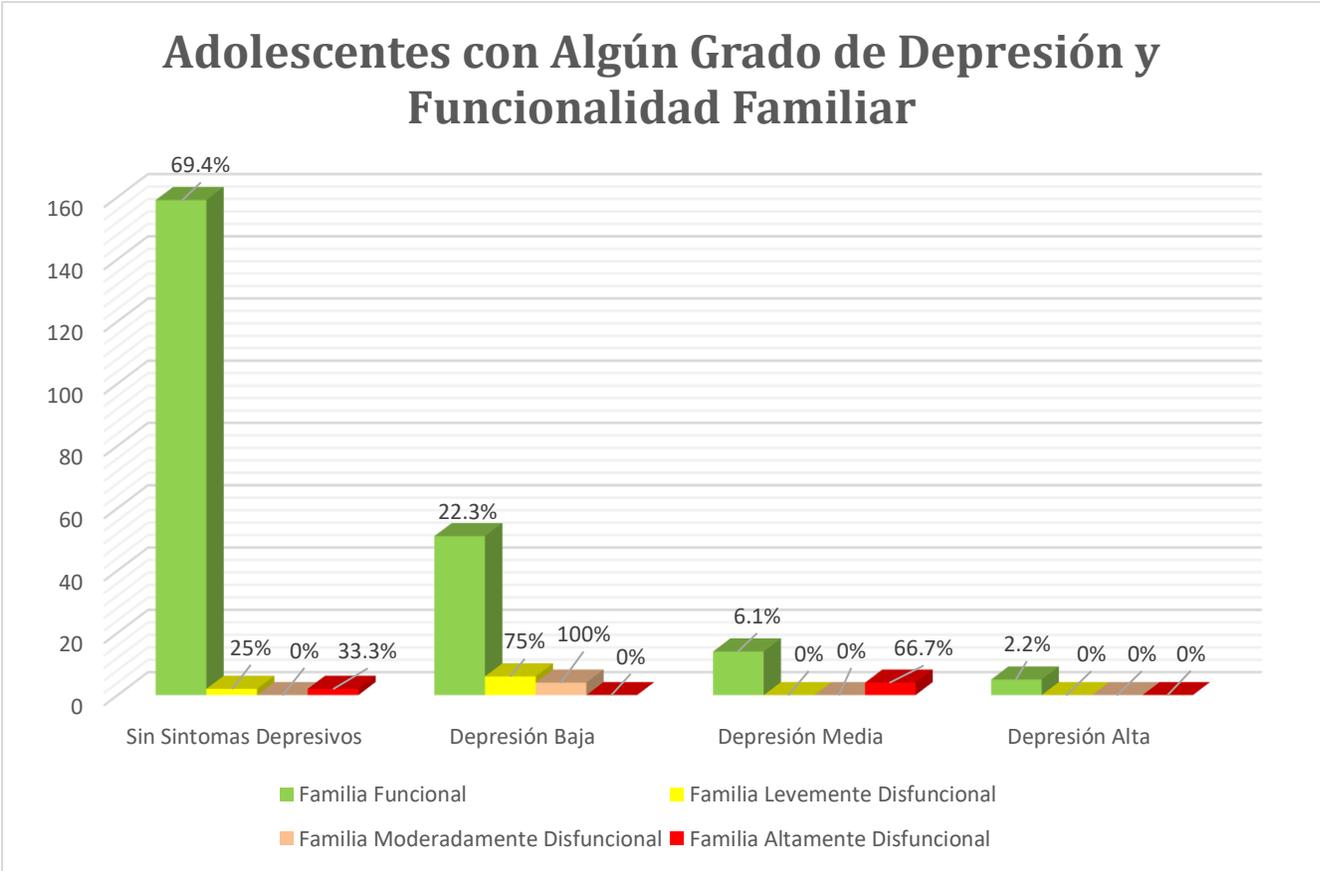
Fuente: Tabla 9.

Gráfico 10. Distribución de Religión de los Adolescentes con Algún Grado de Funcionalidad Familiar en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.



Fuente: Tabla 10.

Gráfico 11. Distribución de Adolescentes con Algún Grado de Depresión y Funcionalidad Familiar en la UMF 34 Villaflores, Chiapas.



Fuente: Tabla 11.

DICTAMEN DE AUTORIZACIÓN Y NÚMERO REGISTRO.

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3005** con número de registro **17 CI 30 131 064** ante COFEPRIS

H GRAL ZONA -MF- NUM 24, VERACRUZ NORTE

FECHA **11/01/2018**

DR. RODULFO ALVARADO TAGUA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS, DERECHOHABIENTES DE LA UMF 34 VILLAFLORES, CHIAPAS

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, 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 U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2018-3005-6

ATENTAMENTE

DR.(A). MARÍA ANTONIETA GARCÍA TAPIA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3005

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL