



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 62,
CUAUTITLÁN, ESTADO DE MÉXICO**

**CONFLICTOS FAMILIARES Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES DE BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR EN
LA UMF 62.**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL:
GRADO DE ESPECIALISTA**

**EN:
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. KARINA SÁNCHEZ ACOSTA
MÉDICA CIRUJANA**

**ASESOR:
DR. RUBÉN RÍOS MORALES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**



CIUDAD UNIVERSITARIA CD. MX., ESTADO DE MÉXICO 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

CONFLICTOS FAMILIARES Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR EN LA UMF 62.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. KARINA SÁNCHEZ ACOSTA
MÉDICA CIRUJANA

AUTORIZACIONES:

DRA. ARACELI GUTIERREZ ROMERO
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 62

DR. RUBÉN RÍOS MORALES
ASESOR DE TESIS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DR. RUBÉN RÍOS MORALES
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE

DRA. OLGA MARGARITA BERTADILLO MENDOZA
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE

CUAUTITLÁN, ESTADO DE MÉXICO 2022

**CONFLICTOS FAMILIARES Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE BAJO
RENDIMIENTO ESCOLAR EN LA UMF 62.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. KARINA SÁNCHEZ ACOSTA
MÉDICA CIRUJANA

A U T O R I Z A C I O N E S:

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

CUAUTITLÁN, ESTADO DE MÉXICO 2022

Agradecimientos:

Quiero agradecer primeramente a Dios, quien en todo momento me ha mostrado el camino a seguir, y me ha dado grandes bendiciones en la vida una de ellas mis padres quienes han sido los formadores de lo que ahora soy como persona, sin ustedes, sus consejos, su amor y su cariño yo no habría llegado hasta donde estoy, gracias papas y hermanos.

Agradezco infinitamente a mi esposo Ricardo Martínez, mis hijos: Angel Alonso y Angela Yaretzi que han sido el principal apoyo en momentos de flaqueza y debilidad ya que, con su amor, sus consejos, enseñanzas y tolerancia me han brindado ese respaldo incondicional para culminar esta etapa de mi vida. Los amo.

A mis profesores y en especial a mi tutor Dr. Rubén Ríos Morales por acompañarme, y conducirme en el proceso de toda la investigación y que, gracias a su enseñanza, y experiencia compartida se pudo culminar este proyecto, gracias por su apoyo y consejos.

A mis compañeros de residencia, con quienes compartí momentos que se quedaron en la memoria y en el corazón, gracias por su tolerancia y apoyo.

Gracias a todos y cada una de las áreas involucradas dentro de la UMF 62 que colaboraron en la realización de mi investigación y desarrollo de tesis.

Karina Sánchez Acosta

INDICE

I. MARCO TEÓRICO	- 7 -
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	- 13 -
II.1 SITUACIÓN ACTUAL DEL PROBLEMA:	- 13 -
II.1.1 TRASCENDENCIA.....	- 13 -
II.1.2 MAGNITUD	- 14 -
II.1.3 VULNERABILIDAD.....	- 16 -
II.1.4 FACTIBILIDAD:.....	- 17 -
II.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION	- 18 -
III. JUSTIFICACIÓN:	- 19 -
IV. OBJETIVOS	- 22 -
V. HIPÓTESIS DE TRABAJO:	- 23 -
VI. METODOLOGÍA	- 24 -
VI.1 TIPO DE ESTUDIO.....	- 24 -
VI.2 LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:.....	- 24 -
VI.3 TIPO DE MUESTRA:	- 24 -
VI.3.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA	- 25 -
VI.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN	- 25 -
VI.5 INFORMACION A RECOLECTAR.....	- 26 -
VI.6 METODO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	- 30 -
VI.6.1 DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	- 30 -
VI.6.1.2 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN:.....	- 31 -
VI.6.2 ANÁLISIS DE DATOS	- 35 -
VI.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	- 35 -
VII. RESULTADOS	- 50 -
VII.1 TABLAS Y GRAFICAS DE RESULTADOS.....	- 51 -
VIII. DISCUSIÓN:	- 60 -
IX. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACION:	- 62 -
IX.1 RECOMENDACIONES:	- 63 -
X. BIBLIOGRAFÍA	- 65 -
XI. ANEXOS	- 70 -

Resumen:

Antecedentes: Estudios previos reportan una relación entre conflictos familiares y depresión de 5 a 11% en la edad adolescente sin embargo no se ha estudiado la relación con el rendimiento escolar. **Objetivo:** Determinar la asociación entre los conflictos familiares y nivel de depresión en adolescentes de bajo rendimiento escolar de la UMF 62. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, prolectivo, en 148 adolescentes de 13 a 17 años a través de muestreo no probabilístico bajo conveniencia, se les aplicó la escala de Beck, la escala de conflicto familiar en la adolescencia, y el Inventario de autoeficacia para el estudio, el análisis estadístico fue por medio de tablas, gráficas, frecuencia y porcentajes, en un segundo momento se realizó la prueba de Kruskal Wallis con $p = <0.05$ para las variables conflictos familiares y depresión. **Resultados:** al asociar los conflictos familiares y nivel de depresión observamos que un 26% de los adolescentes presento depresión leve relacionado a conflictos familiares, seguido de depresión grave en un 12.8% en relación con conflictos familiares. **Conclusión:** existe relación entre la presencia de conflictos familiares y la presencia de depresión. **Palabras Clave:** Tipo de familia, Depresión, Conflictos familiares, bajo rendimiento escolar.

Abstract:

Background: Previous studies report a relationship between family conflicts and depression of 5 to 11% at adolescent age however the relationship with school efficiency has not been studied. **Objective:** To determine the association between family conflicts and level of depression in adolescents with low school efficiency at UMF 62. **Material and methods:** An observational, analytical, cross-sectional, prolective study was conducted in 148 adolescents aged 13 to 17 years by means of non-probabilistic sampling under convenience, the Beck scale, the scale of family conflict in adolescence, and the Self-Efficacy Inventory were applied for the study, the statistical analysis was by means of tables, graphs, frequency and percentages, in a second stage the Kruskal Wallis test was applied with $p = <0.05$ for the variables family conflicts and depression. **Results:** When associating family conflicts and level of depression, we observed that 26% of the adolescents presented mild depression related to family conflicts, followed by severe depression in 12.8% in relation to family conflicts. **Conclusion:** There is a relationship between the presence of family conflicts and the presence of depression. **Key words:** Family type, depression, family conflicts, low school efficiency.

I. MARCO TEÓRICO

La OMS define la adolescencia como la etapa de crecimiento y desarrollo humano que se presenta posterior a la niñez y antes de la etapa adulta, entre los 10 y 19 años de edad. Se dice que la pubertad marcaría el paso de la etapa de la niñez a la adolescencia. El UNICEF la define como el periodo que ocurre de la infancia a la edad adulta, y la divide por edades en tres etapas: la primera sería la adolescencia temprana que es de los 10 a los 13 años de edad, segunda la adolescencia mediana que sería de los 14 años a los 16 años, y tercera la adolescencia tardía que comprende desde los 17 a los 19 años de edad. Esta es una época muy importante en el crecimiento ya que en esta etapa se adquieren la mayoría de las experiencias, conocimientos y aptitudes, que tendrán un impacto en la edad adulta¹.

La adolescencia es una etapa muy importante en el desarrollo psicológico del individuo, puesto que en esta época se moldea su personalidad, y su conciencia del "Yo", la cual fue adquirida en la primera infancia, aquí también se consolida su identidad sexual y se conjunta su sistema de valores. En esta etapa hay una búsqueda constante de la esencia de la persona, es una etapa de rebeldía, extremismo ocasional, es la etapa de los ideales, confusión mental, de ir en contra de normas e infringir reglas, rebelión hacia los padres, es una revolución constante que poco a poco va evolucionando y reconstruyendo el propio "Yo" que se encontraba fragmentado. En esta etapa hay una necesidad por cortar el cordón umbilical y desprenderse de sus padres especialmente de la madre, así como de todo lo que lo vincula con la infancia, buscando acabar con las percepciones de identificación con los padres para así encontrar su propia identidad, afrontando una adaptación a los cambios corporales, al desarrollo sexual y estableciendo el sentido de identidad, esto con la finalidad de independizarse de la familia, y por otro lado con la finalidad de adquirir valores y respeto a los derechos propios y de los demás².

Para concretar el cambio y adaptación a la adolescencia, tendrá que enfrentar 4 duelos: el primero es la pérdida de su cuerpo infantil, ya que contemplan sus cambios físicos como algo externo, ajeno a él, sintiendo impotencia por no tener el

control sobre lo que ocurre en su cuerpo, tendrá que hacerse a la idea de perder su cuerpo infantil, el cual hasta ese momento era su imagen psicológica. El segundo duelo el rol y la identidad infantil, deberá dejar de depender de sus padres y asumir un rol que implica responsabilidades que en muchas ocasiones eran desconocidas para él. El tercer duelo es perder a los padres de la infancia, tendrá que despedirse de la imagen sobreprotectora de sus padres para poder ser autónomo, y el cuarto y último duelo será perder la bisexualidad infantil, esto refiriéndose a que asumirá el rol propio de su sexo ante su familia y la sociedad. Para poder superar estos duelos el adolescente pasará por algunas etapas: la primera es la protesta, en ella hay rechazo a la idea de pérdida, lo que conlleva sentimientos de irritación y decepción por la ruptura existente con la realidad de carácter defensivo, la segunda, la desesperación, aquí se admite una pérdida lo que lleva a la nostalgia y anhelo de esto que se perdió, es común que aquí se presente una fase de desorientación, y por último la etapa de desapego en la cual ya se ha logrado renunciar al objeto y la vida se ha adaptado a estar sin él lo que abre la pauta al apego por otros y nuevos objetos³.

La adolescencia además de tener físicamente ciertas características, lo importante aquí es el cambio psicológico que se presenta ya que formará la esencia del individuo, lo que impactará posteriormente en su comportamiento individual y social, así como en la toma de decisiones para su futuro. Como podemos ver durante esta etapa de constantes cambios el individuo se encuentra vulnerable por la inestabilidad física y emocional por la que está pasando lo que lo hace presa fácil de caer en estados psicológicos patológicos, entre ellos estrés y depresión⁴. En muchas ocasiones el adolescente encuentra muchas dificultades para afrontarlas, llegando a la permanencia prolongada en ellas, trayendo como consecuencia no encontrar su identidad, conduciéndole a una desintegración de la personalidad lo cual implica que se presente un trastorno psicopatológico que le puede conducir a la esquizofrenia y en el peor de los escenarios al suicidio ⁵.

Es importante reconocer los síntomas que sugieren una vulnerabilidad psicológica en la etapa adolescente tales como la respuesta emocional inadecuada ante ciertas

situaciones, explosiones de rabia o irritabilidad, observar que emocionalmente se encuentren inquietos, alteración del comportamiento afectivo, o que se encuentren retraídos, problemas en su relación con los amigos y familiares e incluso el aislamiento social, así como observar que le cuesta trabajo concentrarse, alteraciones de la memoria o estado de ánimo, es decir que se encuentren ansiosos o deprimidos, preocupación por pensamientos extraños tales como creer que las personas hablan mal de ellos, o que intentan hacerles daño ⁶, el descuido por su persona, o que ya no realice sus actividades habituales, uso o abuso de drogas, falta de interés por actividades que normalmente provocan emoción o gusto, cansancio o falta de energía ⁷. Cuando se observan algunos de estos síntomas debemos analizar el comportamiento del adolescente y su entorno, en busca de factores de riesgo psicopatológico, ya que, si bien es cierto que lo antes mencionado es muy inespecífico, también es cierto que, en caso de presentarse en el adolescente, podrían ser síntomas iniciales de un trastorno mental grave. Es importante tomar en cuenta que presentar un episodio depresivo en la adolescencia va a influir negativamente en el rendimiento escolar, relaciones sociales y el crecimiento mismo. Esto también repercute en la percepción de autoeficacia académica y social que se formula el adolescente⁸.

Según la OMS en 2017 los síntomas de los trastornos mentales se manifiestan alrededor de los 14 años de edad en un 5%, y que los adolescentes de entre 13 y 15 años de los países del caribe y América Latina pensaron en el suicidio⁹. De la Roca y Tapia observaron en un estudio que se correlaciona en un 34% la depresión y la idea suicida por lo que es importante detectar de manera temprana los signos de depresión, saber la percepción de ellos sobre su familia y la funcionalidad de ésta; así como del apoyo social en el cual se desarrollan, por lo que se hace necesario conocer los problemas y necesidades de éstos, a través del dialogo, ya que la conservación de la salud mental y física entre los miembros de la familia dependerá de la funcionalidad familiar que se tenga ¹⁰. Por lo que se observa que entre mayor sea la satisfacción familiar del adolescente menor será el sentimiento de soledad que éste experimente¹¹. También podemos ver que un factor importante son las situaciones que se viven en la familia mucho más si estas son negativas o

conflictivas¹², ya que esto se asocia de manera importante con la aparición de la depresión en un 5% a 8%; sobre todo la crítica y no aceptación por los padres¹³.

En la actualidad las condiciones económicas, culturales y sociales, generan incertidumbre y debilitamiento en los vínculos familiares, transformando las funciones familiares tradicionales provocando que se manifiesten múltiples problemas los cuales se vuelven parte de las condiciones vitales de la familia lo que genera familias con vínculos frágiles y que son familias que se encuentran bajo tensión en cuanto a su relación entre ellos y con la sociedad, favoreciendo conflictos internos que no son resueltos de la mejor manera, deteriorando con ello la relación afectiva, generando muchas veces violencia y en el peor de los escenarios autodestrucción¹⁴. De acuerdo con lo anterior podemos decir que del núcleo familiar pueden desarrollarse factores desencadenantes de la depresión; entonces el trastorno depresivo en la pubertad se relaciona con ambiente familiar disfuncional lo más frecuente es la relación entre padres e hijos, entre ellos el maltrato infantil¹⁵.

Entendiéndose por depresión como la alteración en el comportamiento habitual de una persona, en la que ésta pierde el interés por realizar sus actividades habituales, acompañado de tristeza, o irritabilidad, además de agitación y enlentecimiento para realizar sus actividades, puede experimentar sentimientos de culpabilidad, o inutilidad e incluso se puede presentar pérdida ponderal¹⁶. La depresión se clasificaría según la clasificación internacional de enfermedades en leve, moderada y severa, definiéndola como un desorden afectivo¹⁷. Por otro lado, tanto el aspecto familiar como el psicológico pueden incidir en otro aspecto de la vida del adolescente, que es el aprovechamiento escolar, anteriormente se ha mencionado que esto incide en un bajo rendimiento escolar lo que se refiere a que el adolescente presenta dificultad en las diferentes áreas de estudio por las que cursa, lo que conlleva a la deserción escolar en muchas ocasiones¹⁸.

En México la población infantil presenta bajo rendimiento escolar, lo que impacta enormemente a nivel psicológico en el adolescente, y en su calidad de vida; pero debemos entender que el proceso educativo no se lleva a cabo únicamente en las aulas, parte de ella se lleva a cabo en el seno familiar y en el ámbito social, por lo

que un adecuado funcionamiento familiar tendrá un efecto sobre el correcto desarrollo del adolescente. El clima familiar influye en la conducta y contribuye de manera importante en el desarrollo social, afectivo e intelectual de los integrantes¹⁹. Con lo anterior podremos decir que el clima familiar donde existe afecto, comunicación, respeto, seguridad y autonomía, se reflejara positivamente en el rendimiento académico de los jóvenes²⁰. Dado el panorama anterior nos podemos dar cuenta de la relación estrecha que llevan tanto los cambios en la adolescencia con el ámbito familiar, así como la influencia de estos sobre su desarrollo, repercutiendo además el rendimiento escolar sobre estos y viceversas por lo que se deberán realizar acciones preventivas o de mejora²¹.

Se observa que se encuentra relacionado el bajo desempeño escolar con el desarrollo de problemas de salud mental, y disfunción familiar; siendo la principal la depresión, es importante saber que ésta puede generar discapacidad y gran afectación en los adolescentes, llevándolos a ideas suicidas ²². Es importante abordar en edades tempranas estos problemas para que esto no repercuta en la vida adulta generando alteraciones de salud e imposibilitando el llevar una vida satisfactoria²³.

Para ello requerimos de la intervención del primer nivel de salud, para poder proporcionar programas de detección en todas las edades ya que cada vez es más frecuente el desarrollo de trastornos psicológicos a temprana edad, dentro de esta estrategia estaría la sensibilización a las personas para aceptar la ayuda psicológica, y el acceso a este tipo de tratamientos, ya que se encuentra muy estigmatizada la salud mental en cuanto a que los tratamiento ofrecidos no dan buenos resultados, aunque para ello también se necesitaría la presencia de profesionales en salud mental debidamente certificados, que a su vez realicen programas de detección y prevención de los mismos, todo ello deberá ser parte de un programa de salud en primer nivel de atención, con ello se podrían disminuir las enfermedades psicológicas dentro de ellas la depresión ²⁴. Con respecto a ello desde el punto de vista de salud pública, la detección de casos o personas en riesgo, podría estar condicionada por el fortalecimiento de la atención primaria en diversos

contextos como el sanitario y el escolar, ya que el primer nivel de atención es el más accesible para la población y es ahí donde se atienden y resuelven 80% del padecimiento²⁵.

También se ha observado que la terapia psicológica como apoyo en el tratamiento de la depresión juega un papel importante y positivo, ya que ha mejorado de manera importante los síntomas depresivos y en algunos casos logra revertir los síntomas en un periodo de un año ²⁶, sin embargo habrá que individualizar al paciente, ya que cada uno de ellos podría mejora más lento o más rápido, lo que dependerá totalmente de la voluntad que el paciente tenga para salir de su enfermedad, así como de la severidad de su sintomatología, y de la capacidad del psicoterapeuta para ayudarlo²⁷. En cuanto a las instituciones educativas, podría realizarse un programa de visitas domiciliarias, es decir que la orientadora o trabajadora social que se encuentre en el centro escolar acuda de manera programada al domicilio del adolescente con la finalidad de involucrarse más en su vida, y saber su entorno familiar y de acuerdo a ello crear estrategias con las que se le ofrezca ayuda al adolescente, tanto psicológica como educativa, y que los padres se den cuenta cómo influyen en ellos y que ámbito de su vida es el que se está viendo afectado como producto de los conflictos familiares y/o escolares²⁸. Otra opción es crear programas deportivos en los cuales se incluyan a los alumnos, ya que se pueden obtener muchos beneficios en el aspecto físico y mental, mejorando así el concepto de autopercepción que experimenta con los cambios físicos propios de la adolescencia, mejorando la autoestima y con ello disminuye el riesgo de presentar depresión, otros beneficios son el despertar cognitivo y neurológico, lo que conlleva a una mayor concentración al realizar actividades en la vida diaria, aumentando la energía, y mejorando el proceso de aprendizaje²⁹. Por lo tanto, nuestro papel como promotores de salud es realizar detecciones tempranas, con ello mejorar su calidad de vida en la edad adulta, para ello necesitamos contar con herramientas en primer nivel las cuales nos puedan ayudar a detectar depresión e incluso ideas suicidas de manera oportuna como lo sería la escala de Beck que es una herramienta que se puede aplicar en el consultorio ³⁰.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 SITUACIÓN ACTUAL DEL PROBLEMA:

Actualmente el problema de la depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes; afecta a millones de personas en el mundo y es la principal causa de discapacidad según la Organización Mundial de la Salud, (2016).

Los informes de la Organización Panamericana de la Salud (2009) para América Latina y el Caribe informan de una prevalencia de 20% en los trastornos mentales de la población juvenil.

Por otro lado, el fracaso académico, es un problema que afrontan los estudiantes que presentan un rendimiento académico deficiente, generando su deserción o expulsión del sistema educativo, el cual como todo fenómeno complejo se considera de carácter multicausal, entre los cuales los factores psicológicos son importantes, por lo que habrá que poner atención en ello.

II.1.1 TRASCENDENCIA:

La depresión es un problema realmente grave en la etapa adolescente ya que esto aumenta de manera alarmante los suicidios. La causa principal de suicidios en menores de edad es el maltrato (físico, psicológico o sexual), provocado casi siempre por padres, maestros o familiares cercanos. Por lo que deberemos estar muy atentos al desarrollo de síntomas o datos de alarma que nos sugieran que se encuentra en una etapa de depresión, aunque es bien sabido que las manifestaciones clínicas de la depresión varían según la edad de los grupos. La etapa de la adolescencia en que la depresión se observa con mayor frecuencia oscila entre 13 a 15 años de edad, nivel que coincide con las épocas de más baja autoestima de este periodo del crecimiento.

Los episodios de depresión pueden tener periodos en los cuales se desarrolle de manera casi normal el adolescente tanto en el núcleo familiar como en social, alternados con periodos en los cuales haya datos de alarma como distanciamiento, distracción, y poca o nula comunicación con las personas a su alrededor con las que normalmente convive lo que lo puede llevar al abuso de sustancias, embarazos

no deseados y conductas violentas, especialmente contra ellos mismos, por ejemplo, con intentos de suicidio. Durante la adolescencia se ha encontrado asociación entre la sintomatología depresiva con la deserción escolar, la emocionalidad restrictiva, así como con diversos problemas de salud mental. En estudios realizados en México se reporta mayor sintomatología depresiva cuando hay un ambiente familiar conflictivo, con una comunicación hostil y de rechazo, así como con poca cohesión familiar. Por lo que es importante estudiar estas variables ya que esto nos ayudaría a disminuir el porcentaje de pacientes que llegaran a caer en depresión con esto disminuir los casos de suicidio, así como de adolescentes que caigan en abuso de drogas, embarazos en adolescentes y afectación en el rendimiento escolar ya que el fracaso académico está acompañado de insatisfacción personal, desmotivación e incluso baja autoestima y niveles de depresión, ante la imposibilidad de concluir con éxito sus estudios, , de esta manera se les puede ayudar a enfrentar esta etapa de una mejor manera, ya que es aquí cuando se desarrolla su personalidad lo que influirá en la adultez para que sea una persona productiva en la sociedad.

II.1.2 MAGNITUD:

La depresión grave como ya habíamos mencionado puede llevar al suicidio; a nivel mundial cada año se suicidan más de 800,000 personas; el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 29 años (OMS, 2016). Entre 1990 y a la fecha, en México se han incrementado los casos de suicidio (5% en personas de 5 a 14 años de edad y 74% entre las de 15 y 24 años). En la Ciudad de México, 11.5% de los jóvenes de 12 a 17 años de edad ha tenido ideación suicida según mencionan algunos investigadores. Asimismo, se atribuye a la depresión 10% de la carga global de las enfermedades, estimando que aumentará hasta 15% en el 2020 lo que la convierte en problema grave de salud.

La depresión es un problema grave de salud ya que incrementa la probabilidad de ocurrencia de otros problemas psiquiátricos así como conductas problemáticas, como el trastorno disocial, déficit de atención, ansiedad, trastornos de conducta alimentaria e intento de suicidio en su forma más severa; a esto se agregan el

consumo de sustancias como el tabaco, el alcohol y las drogas, así como la frecuencia en embarazos en adolescentes, de esa manera se contribuye al deterioro de la calidad de vida de los menores, así como al aumento de los conflictos en el hogar al ser un factor estresante el convivir con un adolescente enfermo. Así mismo se observa que esto incrementa el riesgo para el desarrollo de otros trastornos psiquiátricos en la adultez.

La inmersión de los adolescentes en contextos familiares hostiles, incongruentes y con patrones de educación autoritarios, está relacionada con un desajustes emocional y cognitivo siendo la depresión la que se desarrolla de manera más frecuente. El trastorno depresivo tiene diferentes enfoques, los cuales involucran desde aspectos médicos hasta socioculturales y conductuales. El enfoque cognitivo, define la depresión como una serie de concepciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro; mismas que conllevan a una difícil convivencia en la sociedad, así como a valorarse como persona.

Algunos investigadores mencionan el género y la cultura como factores asociados con los síntomas depresivos, entre los cuales están diferencias económicas, el cuidado de los hijos, el hogar y la prevalencia de relaciones de pareja con violencia intrafamiliar, y/o familiar reconstruidas que generan sumisión en las mujeres, lo que hace sentir a la mujer con baja autoestima haciéndola más vulnerable a caer en estado depresivo, o sentirse con menor estatus social ante su pareja lo que la conlleva a experimentar menor control en muchas áreas de su vida. Por lo que se piensa que la mujer es mucho más vulnerable que los hombres a caer en este tipo de trastornos, aunque aquí también puede influir la crianza ya que en México existe aún el machismo y dentro de esto conlleva la poca expresión de los sentimientos por parte de los hombres por lo que no es que la mujer sea más vulnerable solo es más expresiva, comparada con el hombre que le cuesta más trabajo expresar sus sentimientos así como externar los síntomas de presión por los patrones culturales que implica una sociedad machista. Pero sería interesante estudiar en cuanto a genero quien presenta mayor porcentaje de depresión en la etapa adolescente. Aquí también pudiera haber influencia del nivel socioeconómico, ya que es otro factor

que muchas veces es el principal causante de conflictos en el hogar lo que podría repercutir en el adolescente.

El rendimiento académico es también la resultante del complejo mundo que envuelve al estudiante, determinado por una serie de aspectos cotidianos como el esfuerzo, la capacidad de trabajo, la intensidad de estudio, sus competencias, aptitudes, personalidad, atención, motivación, memoria, medio relacional, recursos tecnológicos, entre otros, que afectan directamente el desempeño académico de los individuos. Otros factores adicionales que influyen pueden ser psicológicos o emocionales como la ansiedad, depresión o autoestima, manifestados como nerviosismo, falta o exceso de sueño, incapacidad para concentrarse, apatía y, en casos extremos, depresión profunda y la afectación de otros factores no cognitivos. La depresión puede ser causa y consecuencia de un deficiente rendimiento escolar según las circunstancias; los niños deprimidos presentan dificultades para atender en clase, para ejecutar tareas de clase y presentan más muestras de fatiga y tristeza que sus compañeros no deprimidos; es así como, los niños y adolescentes deprimidos informan de un descenso académico significativamente mayor que el de los niños no deprimidos. Se estima que la prevalencia de depresión mayor es aproximadamente del 0.5% para la edad preescolar, sube al 2% en la edad escolar y se incrementa sustancialmente en la edad adolescente, pudiendo llegar incluso hasta un 5%.

II.1.3 VULNERABILIDAD:

Un adolescente que presente problemas de salud mental debe ser detectado de manera temprana pues requiere apoyo oportuno que le permita transitar por esta etapa sin mayores conflictos. En el momento actual ya se cuenta con resultados de diversas investigaciones sobre sintomatología depresiva en adolescentes mexicanos, sin embargo, todavía no existen suficientes estudios que destaquen el papel de los recursos psicológicos, tanto individuales como familiares, o la relación de la sintomatología depresiva con diversos sucesos estresantes. De acuerdo con lo anterior podría resolverse esta situación si se aplican medidas preventivas desde la etapa escolar para enfrentar la adolescencia esto es enseñarle a los niños como

enfrentar la adolescencia y los cambios físicos, psicológicos y sociales que conlleva esta etapa para así no caer en la depresión, y en el caso de los adolescentes en las unidades médicas de primer nivel de atención y centros escolares podría haber una persona (profesor o enfermera de medicina preventiva) la cual podrían aplicar un test de detección de síntomas de depresión para así detectar a tiempo este trastorno y en su caso brindar la ayuda necesaria en el momento oportuno evitando llegar a una alteración del comportamiento de la personalidad o en el abuso de drogas, y / o suicidio. De igual manera deberá trabajarse de manera ardua e importante con el núcleo familiar para así cerrar el círculo y no permitir que los conflictos familiares influyan en la presencia de depresión, esto se haría a través de una estrategia educativa que permita a los padres recibir una orientación profesional en cuanto al trato y convivencia con los hijos adolescentes, esto también a través de las enfermeras de medicina preventiva en el primer nivel de atención, así como por el profesor titular u orientadora en el caso de las escuelas ya que el bajo rendimiento académico constituye una preocupación de primer orden para los profesionales de la salud y se debería abordar a partir de un marco conceptual actualizado, sobre el desarrollo humano integral y la promoción de salud en el ámbito educativo. Este problema se podría resolver en gran medida si se llevaran a cabo un programa bien estructurado y vigilado por personal calificado para así detectar y poder evitar la depresión en este grupo de edad.

II.1.4 FACTIBILIDAD:

Al trabajar con adolescentes en la unidad de primer nivel podríamos modificar algunos patrones de conducta, a través de programas bien desarrollados y estructurados, aunque esto podría ser de manera paulatina ya que tendrían que implementarse por etapas, e ir midiendo los resultados que estas aportan, y en cuanto a modificar los conflictos familiares que pudieran estar influyendo en la aparición de la depresión, sería difícil modificarlos ya que no podríamos manipular las relaciones de los padres, o el factor económico que puede ser factor importante para el desarrollo de conflictos y como factor de estrés en el núcleo familiar, de igual forma los divorcios que influyen de manera importante en los hijos , aunque si se puede trabajar con los padres para ayudarles a afrontar esta etapa con sus hijos de

una mejor manera, permitiéndoles conocerse unos a otros y de esta manera mejorar la relación padres e hijo. Existen estudios los cuales muestran que el clima familiar y los recursos de apoyo con los que cuentan los jóvenes están relacionados con la sintomatología depresiva. Asimismo, evidencian que aspectos socioculturales como el género y el tipo de comunidad en la que habitan los adolescentes son factores importantes en la etiología de la depresión, en tanto que los estilos de crianza, las normas y los valores familiares varían de acuerdo a dichas condiciones. No obstante, la importancia que posee el estudio de estas variables en el desarrollo de la depresión en los adolescentes, para la elaboración de programas de prevención e intervención en México ha sido poco estudiada, así como la consideración de las diferencias socioculturales en el desarrollo y prevalencia de la sintomatología depresiva, por lo que existe poca información al respecto de dichas estrategias preventivas. Sin embargo, se sabe que la regulación emocional a través de estrategias cognitivas es un componente importante asociado a la salud mental, sin embargo, no se conoce específicamente cómo estas estrategias pueden regular las emociones en los niños y la manera en la que esto puede afectar el curso del desarrollo emocional y por lo tanto el desarrollo o no de depresión y su funcionalidad. Aunque se reconoce la relevancia de la depresión como un problema de salud mental en el mundo y en México, por lo que es necesario intensificar los esfuerzos para que la población adolescente pueda ser atendida oportunamente y de manera integral. También es necesario trabajar en el diseño de políticas públicas que incrementen la disponibilidad y acceso de los servicios de salud mental dirigidos a los adolescentes.

II.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la asociación entre los conflictos familiares y el nivel de depresión en adolescentes de bajo rendimiento escolar?

III. JUSTIFICACIÓN:

El presente estudio tuvo como finalidad identificar cómo incidía la depresión en el rendimiento académico y esto a su vez repercutía en el estado de ánimo en este caso del adolescente, recordemos que durante esta etapa hay un desequilibrio emocional con los cambios que a su paso se dan, lo que en muchas ocasiones provoca depresión, ocasionando un gran problema de salud en nuestro país ya que esto pudiera generar aumento en el índice de suicidios o en el consumo de drogas, alcohol y tabaquismo, así como el aumento de embarazos a temprana edad y matrimonios jóvenes o disfunción familiar lo que a su vez es un círculo vicioso en la sociedad ya que se pueden repetir los patrones en las siguiente generación.

Con esto se persiguió la detección oportuna de estos problemas en el primer nivel de atención al aplicar las herramientas correctas una vez que acudía con nosotros un adolescente y con ello se detectaban los factores generadores de conflictos con ello se ofrecían alternativas para la resolución de estos, así como una orientación, que incluía a la familia, ya que es el pilar más importante, y de su apoyo e involucramiento dependía el que se llevaran a cabo.

La familia es muy importante en la interacción con el adolescente ya que es la fuente generadora del comportamiento y desarrollo del adolescente en la sociedad, aunque en muchas ocasiones también es la generadora de conflictos ya que en la actualidad el modo de vida y roles familiares han cambiado por lo que en muchas ocasiones aun siendo una familia nuclear los hijos carecen de la figura materna y/o paterna, que los guíen en esta etapa de cambios tanto físicos como emocionales, siendo estos últimos muy importantes, ya que es la transición a la independencia y a asumir responsabilidades, lo que repercute muchas veces en el comportamiento o en la toma de decisiones que este tiene respecto a la resolución de problemas en su vida cotidiana, lo que a su vez puede repercutir en su rendimiento escolar, ocasionando bajo rendimiento o aprovechamiento en la escuela, así como conductas agresivas hacia sus compañeros o provocando el rechazo de sus compañeros y por lo tanto el aislamiento.

Es importante el estudio de estos factores; debido a que la depresión es un trastorno que afecta significativamente el desarrollo de las personas en este caso estamos hablando de jóvenes estudiantes, que, al no contar en su mayoría, con mecanismos de defensa para superar estos estados de ánimo negativos, caen en un trastorno depresivo, lo que origina desde dificultades familiares, escolares y hasta sociales, ya que pueden optar por una conducta antisocial o de aislamiento.

El desarrollo de esta investigación fue importante, debido a que contribuyó al descubrimiento de adolescentes, estudiantes que padecían de depresión, aportando conocimientos que posibilitaron la detección de grupos más vulnerables a padecer depresión, a la vez que puede servir de guía en las instituciones educativas para permitir la prevención de la depresión, al estructurar medidas encaminadas a mejorar la calidad de vida de los estudiantes y las personas.

Para el desarrollo del estudio se tomó como referencia a los adolescentes de 13 a 17 años, donde se manifestaban cambios significativos en sus calificaciones y conducta a través de los padres y se aplicaron herramientas que ayudaron al adolescente a detectar si se encontraba en un estado depresivo y el factor que contribuía a dicha situación y de esta forma se generó un antecedente psicoterapéutico en una de las enfermedades mentales más frecuentes y que va en ascenso en la sociedad, y con esto poder realizar un programa educativo que proporcione las herramientas para sobrellevar la adolescencia, esto se podría realizar en conjunto con el área de psicología de la unidad médica y/o con las instituciones educativas para evitar que los adolescentes caigan en esta enfermedad y con ello los jóvenes puedan tener menor dificultad al integrarse a la sociedad.

Por lo tanto, el beneficio que ofreció el presente estudio de investigación al instituto fue el de conocer los conflictos que llevaron al adolescente a una conducta depresiva lo que pudo llevarlos incluso a ideas suicidas y con ello se realizaron estrategias para una detección temprana en un adolescente que enfrentaba esta situación y poder ayudarlo trabajando en grupos de ayuda de adolescentes con la misma situación.

El beneficio que se pretendió dar con este estudio a la comunidad derechohabiente fue detectar, canalizar y ayudar a los adolescentes con problemas a grupos de ayuda en los cuales se trabajó con el adolescente en pro de mejorar su estado de ánimo y su actitud ante el medio en el que se desarrolla.

El beneficio que se dio a los adolescentes que participaron en el estudio fue detectar quienes se encontraban con un nivel de depresión y así ayudarlos junto con sus padres para integrarlos a un grupo de ayuda el cual es liderado por el medico y/o trabajo social en el cual se mantuvo un seguimiento constante del avance del adolescente hasta la resolución.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre los conflictos familiares y nivel de depresión en adolescentes de bajo rendimiento escolar UMF 62.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar la percepción del conflicto en los adolescentes
- Determinar el nivel de conflicto en los adolescentes
- Identificar la resolución del conflicto en los adolescentes
- Clasificar el nivel de depresión de los adolescentes
- Determinar el rendimiento escolar de los adolescentes
- Mencionar el grado de escolaridad de los adolescentes en estudio
- Verificar la edad de los adolescentes
- Clasificar el sexo de los adolescentes
- Describir el tipo de familia a la que pertenecen los adolescentes

V. HIPÓTESIS DE TRABAJO:

Si los conflictos familiares se encuentran en un 11% de forma leve, entonces el nivel de depresión leve será menor del 5% en adolescentes de bajo rendimiento escolar.

VI. METODOLOGÍA

VI.1 TIPO DE ESTUDIO

Observacional: fue un estudio observacional ya que no hubo manipulación de variables y se limitó a la descripción y observación de las variables de estudio.

Analítico: ya que se realizó un estudio de comparación y asociación entre variables, así como sus factores de riesgo en la población estudiada.

Prolectivo: fue medido en el transcurso de la observación del fenómeno a estudiado.

Transversal: se realizó una sola ocasión la medición de las variables.

VI.2 LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:

Se realizó en la unidad de medicina familiar número 62 ubicada en Cuautitlán, Estado de México la cual pertenece al instituto mexicano del seguro social, atendiendo población derechohabiente, la cual cuenta con 32 consultorios con turno matutino y vespertino, con horario de atención de 8:00 am a 20:00 horas, de lunes a viernes. Perteneciente a primer nivel de atención. Tiempo para realizar: 3 años de 2020 a 2023.

VI.3 TIPO DE MUESTRA:

Se realizó el estudio en una población de adolescentes derechohabientes de la unidad de medicina familiar 62, que se encontraban en el rango de edad de 13 a 17 años, y que se encontraban estudiando al momento de la investigación los cuales debieron cumplir con los criterios de inclusión para el estudio, el universo de trabajo que se tenía fue de 14,897 adolescentes.

VI.3.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Formula de una proporción finita:

$$n = \frac{N \times Z\alpha^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z\alpha^2 \times p \times q} = \frac{14897 \times (1.96)^2 (0.11)(0.89)}{(0.05)^2 \times (14897-1) + (1.96)^2 \times 0.11 \times 0.89} = \frac{14897 \times (3.84)(0.11)(0.89)}{0.0025 \times 14896 + 3.84 \times 0.11 \times 0.89}$$
$$= \frac{5600}{0.0025 \times 14896 + 0.375} = \frac{5600}{37.615} = \mathbf{148}$$

n=tamaño de la muestra

N= universo de trabajo

Zα= seguridad 95% = 1.96

*p= proporción esperada 11%

q= es igual a 1 menos la proporción

d= precisión 5%

*Pedro Gutiérrez-Saldaña, Autoestima, funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes, Unidad de Medicina Familiar N.º 16. Instituto Mexicano del Seguro Social. Querétaro. México, 2007

VI.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión

- Adolescentes edad 13 a 17 años.
- No perdidas de un ser querido o familiar en los últimos 6 meses.
- Que se encontraran estudiando y que tuvieran bajo rendimiento escolar.
- Derechohabientes de la UMF 62.
- Que firmaron carta y asentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Con diagnostico o en tratamiento por enfermedad psiquiátrica previa (depresión, esquizofrenia, ansiedad, trastorno bipolar, autismo, trastorno obsesivo compulsivo, retraso mental, trastorno de la personalidad).
- Que se encontraran casados o en unión libre.

- Que se encontraran en tratamiento psicológico (déficit de atención, trastorno de alimentación, fobias, distímia, uso y abuso de drogas).

VI.5 INFORMACION A RECOLECTAR

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medición	Unidades de medición
Conflictos familiares	son situaciones en las que dos o más partes se perciben o expresan como incompatibles (3)	Se obtuvo mediante la escala ECFA la cual midió los conflictos familiares en el adolescente y se calculó la media aritmética para sacar las frecuencias	Cualitativa	Ordinal	a) Percepción de conflictos b) nivel de conflicto c) solución del conflicto: .

Percepción de conflictos	Lo que el sujeto percibe del entorno, al relacionarse con los miembros de su familia (3)	Se obtuvo mediante la escala ECFA la cual midió los conflictos familiares en el adolescente y se calculó la media aritmética para sacar las frecuencias	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Ningún conflicto • Algunos conflictos • Bastantes conflictos • Muchos conflictos
Nivel de conflicto	Percepción de la incompatibilidad de dos o más sujetos al relacionarse (3)	Se obtuvo mediante la escala ECFA la cual midió los conflictos familiares en el adolescente y se calculó la media aritmética para sacar las frecuencias	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderado • Severo

Solución del conflicto	Común acuerdo a través del cual dan solución a las situaciones que ocurren en la interacción entre dos o mas personas (3).	Se obtuvo mediante la escala ECFA la cual midió los conflictos familiares en el adolescente y se calculó la media aritmética para sacar las frecuencias	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Decisión de los padres • Decisión entre ambos • Solo yo decido
Depresión	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. (6)	Se obtuvo al aplicar la escala de Beck y se clasificó en: mínima depresión, depresión leve, depresión moderada, depresión grave	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mínima depresión 2. Depresión leve 3. Depresión moderada 4. Depresión grave

Grado de escolaridad	Promedio de grados escolares aprobados por la población (15)	Se obtuvo de la ficha de identificación que se realizó para la aplicación de las escalas, y estos fueron primero, segundo y tercero de secundaria o primero y segundo de preparatoria	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primero 2. Segundo 3. Tercero
Sexo	conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer (31)	Se obtuvo de la ficha de identificación de las escalas aplicada, y se clasificó en hombre y mujer	Cualitativa	Nominal Dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. hombre 2. mujer
Tipo de familia	La familia está constituida por los <u>parientes</u> ,	Se obtuvo de la escala de conflictos familiares en adolescentes	Cualitativa	Nominal Policotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nuclear 2. Monoparental 3. Extensa

	<p>es decir, aquellas personas que por cuestiones de <u>consanguinidad</u>, <u>afinidad</u>, <u>adopción</u> u otras razones diversas, hayan sido acogidas como miembros de esa colectividad. (3)</p>	<p>ya que en ella se les preguntó acerca de sus padres, se pudieron clasificar como familia nuclear, monoparental, extensa o reconstruida</p>			<p>4. reconstruida</p>
--	---	---	--	--	------------------------

VI.6 METODO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

VI.6.1 DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Se realizó un muestreo no probabilístico bajo conveniencia.

- TIPOS DE VARIABLE:

Independiente: Conflictos familiares

Dependiente: Depresión

Posterior a la aceptación del comité local de investigación y comité de ética, se procedió a realizar el cronograma de actividades para el ciclo 2021, se le solicitó al área de ARIMAC el listado de los adolescentes de entre 13 a 17 años derechohabientes de la umf 62, una vez que se obtuvo la lista se realizó el muestreo en el cual se seleccionaron los primeros 148 adolescentes de la lista y en caso de que alguno no aceptara participar se continuaría con el próximo en la lista, se les

llamó vía telefónica para convocar a los padres junto con los adolescentes a una reunión en la cual se les explicó de que se trataba el estudio, y se les realizó una invitación para su participación en él, una vez que aceptaron, se les proporcionó la carta consentimiento a los padres, y el asentimiento informado a los participantes en etapa adolescente, en una segunda sesión se formaron grupos pequeños de aproximadamente 10 participantes a los cuales se les aplicaron los instrumentos utilizados en nuestra investigación que fueron la escala de Beck, la escala de conflictos familiares en adolescentes ECFA y el inventario de autoeficacia para el estudio (IDAPE) , las cuales consistieron en una serie de preguntas que debieron contestar en un lapso de 20 minutos, en ellas el adolescente tuvo que externar su sentir y la percepción de su entorno familiar, en ellas se encontraba una ficha de identificación que incluía datos como la edad, el sexo, y escolaridad actual, además se les pidió anotar si es que había tenido llamadas de atención en la escuela por inquietud extrema del participante, una vez que se obtuvo la información esta fue llevada a una base de datos para su análisis estadístico.

VI.6.1.2 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN:

ESCALA DE CONFLICTO FAMILIAR EN LA ADOLESCENCIA (ECFA)

La Escala de Conflicto Familiar en la Adolescencia (ECFA) informó sobre el grado de frecuencia y de intensidad de conflictos que el adolescente percibía tener con sus padres. El instrumento fue diseñado en España por Parra y Oliva (2002) con una muestra de 513 adolescentes sevillanos con edades entre 12 y 19 años. En México, Pérez y Aguilar (2009) validaron el instrumento con una muestra de 380 estudiantes de una escuela secundaria pública, reportando índices de confiabilidad alfa de 0.74 a 0.77 para las escalas de frecuencia, y de 0.69 a 0.73 para las de intensidad, con una varianza explicada total de 57.8% considerando ambos factores. Los coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach obtenidos con los datos de la presente muestra fueron de 0.82, 0.84, 0.82 y 0.82 para las escalas de frecuencia de conflictos con la madre, intensidad de conflictos con la madre,

frecuencia de conflictos con el padre e intensidad de conflictos con el padre, respectivamente.

Se compone por 14 reactivos, cada uno de los cuales enuncia un posible tema de conflicto del adolescente con sus padres (la hora de volver a casa, las tareas domésticas, la conducta sexual, entre otros). Respecto de cada reactivo, el adolescente debía marcar sus respuestas:

Escalas:

a) Frecuencia de conflictos, b) Intensidad de conflictos, c) respecto a la solución de los mismos.

En las escalas de frecuencia, se le pidió al participante responder si, con relación a cada uno de los temas mencionados, se presentaban entre él y sus padres:

1 = Ningún conflicto, 2 = Algunos conflictos, 3 = Bastantes conflictos o 4 = Muchos conflictos. Teniendo como puntaje mínimo 14 puntos y máximo 56 puntos

En las escalas de intensidad, se le pidió al adolescente responder si se trata de:

1 = Conflictos leves, 2 = Conflictos de intensidad media o 3 = Conflictos fuertes.

Puntaje mínimo 14, y máximo 42 puntos

En la escala de solución del conflicto:

1= mis padres deciden, 2= mis padres y yo decidimos, 3= yo decido.

Puntaje mínimo 14, y máximo 42 puntos

Para su calificación, se calculó la media aritmética de los 14 reactivos para cada una de las escalas, con ello se determinó el resultado es decir si el adolescente al final obtiene 56 puntos en la escala de frecuencia estos se dividen entre los 14 reactivos obteniendo 4 puntos lo cual nos indicaba muchos conflictos, y así se realizó para cada escala.

- INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK:

Inventario de Depresión de Beck (BDI) El BDI fue diseñado por Beck y Steer (1993) para evaluar la presencia de los principales síntomas de la depresión. Fue validado en población mexicana por Jurado et al. (1998), quienes confirmaron que posee buena consistencia interna (alfa = .87). El BDI está conformado por 21 ítems tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta que van de cero a tres. Este se utiliza en población a partir de los trece años. El inventario describe los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes con depresión. La persona deberá valorar por sí misma si se identifica o no con esas cuestiones. El inventario de depresión de Beck consta de 21 preguntas con 4 tipos de respuesta. Estas últimas van de 0 hasta 3 y describen el grado en que nos identificamos con la realidad descrita. En este caso 0 sería no me identifiqué en absoluto y un 3 describiría un hecho con el que nos identificamos casi al 100%. Un paciente no tarda más de 5 o 10 minutos para realizar la prueba.

Por otro lado, suele suceder un hecho muy común: hay personas que se identifican con más de una respuesta y no pueden marcar un solo ítem. Si ocurre esto, podemos permitir que marquen hasta dos opciones, pero a la hora de evaluar la prueba nos fijaremos en la opción con el número más alto.

Para calificar la prueba, el rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanto más alta fue la puntuación, mayor sería la severidad de los síntomas depresivos.

Se establecieron cuatro grupos en función de la puntuación total:

0-13: mínima depresión

14-19: depresión leve

20-28: depresión moderada

29-63: depresión grave

- INVENTARIO DE AUTOEFICACIA PARA EL ESTUDIO (IDAPE)

El IDAPE es un inventario de auto informe para evaluar autoeficacia para el estudio, e incluye ítems que mencionan estrategias auto regulatorias de aprendizaje. Los ítems fueron revisados por el Prof. Frank Pajares (comunicación personal, 4 de marzo de 2005), uno de los máximos especialistas mundiales en Teoría Social Cognitiva, quién sugirió algunos cambios en la redacción de los mismos y en el formato de respuesta a la escala. Los examinados deben utilizar una escala Likert de diez posiciones, desde 1 “Nada seguro de poder usar esta estrategia” a 10 “Totalmente seguro de poder usar esta estrategia”, pudiendo responder con cualquier valor intermedio de la escala para indicar su nivel de seguridad. Con un alfa de Cron Bach. 0,80, la validación en México fue por la universidad de Veracruz en 2010 por Barraza Macías. En este cuestionario se presentan varias frases que mencionan estrategias de estudio. Examina cada una de ellas y responde en la columna de la derecha, utilizando una escala de 1 a 10. Un 1 indica que estás nada seguro de poder utilizar esa estrategia y un 10 indica que estás muy seguro de poder utilizarla adecuadamente. Puedes usar cualquier número comprendido entre 1 y 10 para evaluar tu grado de seguridad en poder utilizar exitosamente cada una de las estrategias mencionadas.

Así, por ejemplo, si un estudiante colocase un 3 o un 4 a la derecha de la frase “Subrayar las palabras desconocidas de un texto” estaría sugiriendo que se siente poco seguro de poder usar esa estrategia. Si, en cambio, hubiese colocado un 7 o un 8 estaría sugiriendo que se siente bastante seguro de poder emplearla. Tomando en cuenta que si coloca un 5 o 6 estaría diciéndonos que se siente moderadamente seguro, 3 o 4 poco seguro, 1 o 2 nada seguro, así mismo la sumatoria total se dividió entre el número de preguntas teniendo un resultado con el cual se determinó si se considera de bajo rendimiento escolar lo cual se consideró a partir de 6 o menos. Es decir, si obtenía un total de 51 puntos al dividirlo entre el número de preguntas obteníamos 6 lo cual se consideró de bajo rendimiento escolar.

VI.6.2 ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó un programa estadístico SPSS v20

Se realizó análisis univariado:

- A) Variables cualitativas ordinales, (depresión, conflictos familiares). Se representaron por medio de tablas, gráficas de barra, frecuencia y porcentajes.
- B) Variables cuantitativas continuas. Se representaron en caso de distribución normal por medio de medidas de tendencia central media y de dispersión desviación estándar en caso de distribución libre por medio de medidas de tendencia central mediana y de dispersión valor máximo y mínimo.

En un segundo momento se realizó la prueba de Kruskal Wallis $p < 0.05$. para las variables conflictos familiares y depresión.

RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS

La investigación se llevó a cabo por el médico residente quien aplicó los instrumentos de la investigación y obtuvo los datos necesarios, esto se realizó con el apoyo y supervisión de un médico experto en investigación, se realizó dentro de la unidad de medicina familiar número 62 del IMSS, para lo cual únicamente se requirió lo siguiente: Recursos humanos: médico residente, médico experto en investigación, Adolescentes derechohabientes de la UMF 62. Recursos Financieros: Propios del instituto y del investigador, material: hojas de papel, lápices, tablas.

VI.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

CÓDIGO DE NÚREMBERG

Se refiere al documento consentimiento informado, a través del cual el individuo decide de manera libre si desea participar o no en dicho estudio de investigación.

Dentro de la investigación se contó con una carta consentimiento informado la cual fue firmada por los padres o tutores del menor en estudio, en ningún momento se realizó coerción, el adolescente decidió si era parte del estudio o no, así mismo el estudio estuvo dirigido por expertos en materia de investigación por lo que se buscó

no dañar la integridad del sujeto de estudio, sin embargo, si en alguna etapa del desarrollo del estudio el paciente se sentía invadido era libre de abandonar el estudio.

DECLARACIÓN DE HELSINKI

Todo estudio experimental deberá ser evaluado por un comité de ética, ser concordante con los principios científicos, y realizado por personal calificado. En nuestra investigación se realizó una revisión minuciosa a la literatura y se obtuvo información acerca de nuestro problema de estudio, así mismo fue sustentada por un protocolo de estudio el cual fue evaluado por un comité de ética quien determinó su viabilidad y que se llevara a cabo dicha investigación, una vez que se evaluó y se determinó que era procedente, fue dirigido por personal capacitado en materia de investigación, siempre salvaguardando la integridad y la confidencialidad del individuo en estudio, se resguardaron todos aquellos documentos en los que se concentró información de los participantes, todo con sustento legal y apegados al cumplimiento para llevar a cabo dicha investigación.

INFORME BELMONT.

Asegura que los proyectos en materia de investigación cumplan con las regulaciones éticas. Habla referente a los principios bioéticos especialmente de: a) Autonomía la cual se refiere a la libertad de decidir la participación voluntaria. En mi proyecto nos aseguramos de respetar la autonomía del sujeto de investigación toda vez que su participación fue de manera libre desde el momento en que se le explicó al paciente en que consistía el estudio y por consiguiente firmó el documento con toda libertad.

b) Beneficencia haciendo referencia al beneficio que debe de ser de manera prioritaria para el paciente. En mi estudio cuidamos este aspecto desde el momento en que entrevistamos al paciente, en caso de que se detectara alguna situación que lo pusiera en riesgo o peligro, por lo que se buscaron las mejores alternativas para su beneficio.

c) Justicia se refiere que debemos de ofertar a todos los participantes las mismas condiciones durante el estudio, sin discriminar. En mi proyecto cuidamos este aspecto desde el momento que se citó a los pacientes para darles la explicación y se les ofertaron los mismos beneficios y condiciones durante el desarrollo del mismo, tratándolos con cortesía y respeto, teniendo siempre en cuenta el consentimiento informado, utilizando procedimientos razonables y no explotadores asegurándonos en todo momento de su administración correcta.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN

ARTÍCULO 13. En toda investigación en la que el sujeto sea el objeto de estudio deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, así como la protección a sus derechos y bienestar. En mi estudio se respetó la dignidad y los derechos del participante, lo cual se les explicó a los padres de los adolescentes y se les identificó con un folio únicamente para la captura de resultados con previa autorización.

ARTÍCULO 14. En el cual se mencionan las bases que deberá contener una investigación en seres humanos.

En nuestro estudio se cumplieron dichas bases ya que se cuidó la integridad del sujeto, así mismo se le otorgó el asentimiento informado con el cual se estaría respetando su autonomía al decidir su inclusión como sujeto de estudio, así mismo dicha investigación estuvo bien sustentada y avalada por personal capacitado en materia de investigación, con lo que se garantizó la integridad y privacidad de los sujetos de estudio y los datos que durante el estudio se generaron al respecto.

ARTÍCULO 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Durante el proceso de recolección de información se tuvo el debido cuidado para la protección de la información de cada uno de los participantes, y se mantuvo la privacidad de los mismos y se le solicitó su autorización para el uso de su información.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Y se consideran tres tipos la investigación sin riesgo, la de riesgo mínimo y la de riesgo mayor que el mínimo.

Se realizó una investigación con riesgo mínimo, ya que se aplicaron herramientas de evaluación (encuestas), en ellas se evaluó rubros que abarcaron factores psicológicos, con lo cual el participante se podía sentir invadido, sin embargo, se le explicó que se protegería y cuidaría la forma de abordarlo, el tipo de investigación que se realizó fue de tipo prospectivo.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

En nuestra investigación se utilizó el formato de consentimiento y asentimiento informados con la finalidad de que cada uno de los adolescentes invitados a participar decidiera libremente y por escrito si deseaba ser parte de nuestro estudio, esto en apego a la ley.

ARTÍCULO 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa. A todos los participantes del estudio de investigación que en este caso fueron menores de edad se les convocó en compañía de sus tutores o padres, para explicar de manera detallada en que consistía el estudio.

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos: elaborado por el investigador principal, revisado y aprobado por la comisión de ética de la institución de atención a la salud, indicando el nombre y dirección de dos testigos y la relación que estos tengan con el sujeto de investigación. Se les dio a firmar la carta consentimiento a los padres

de los menores, así como el asentimiento informado a los sujetos de estudio, esto se realizó por escrito y se archivaron dichos documentos, manteniendo la privacidad de cada uno de ellos.

ARTÍCULO 36.- Para la realización de investigaciones en menores o incapaces, deberá en todo caso, obtenerse el escrito de consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o incapaz de que se trate. Cuando dos personas ejerzan la patria potestad de un menor, sólo será admisible el consentimiento de una de ellas si existe imposibilidad fehaciente o manifiesta de la otra para proporcionarlo o en caso de riesgo inminentes para la salud o la vida del menor o incapaz. En la presente investigación se otorgó de manera obligatoria a cada uno de los padres o tutores de los sujetos participantes la carta consentimiento de manera escrita y en la cual se especificó el nombre del estudio y en que consistía, así como un rubro en el cual el indicó si estaba o no de acuerdo en otorgar el permiso para que su hijo participara en dicho estudio, además de que debía firmarla de puño y letra, esta carta debía ser requisitada de forma correcta para evitar conflictos durante la investigación.

ARTÍCULO 37.- Cuando la capacidad mental y estado psicológico del menor o incapaz lo permitan, deberá obtenerse, además, su aceptación para ser sujeto de investigación, después de explicarle lo que se pretende hacer. La Comisión de Ética podrá dispensar el cumplimiento de estos requisitos por razones justificadas. Al sujeto en estudio se le otorgó el asentimiento informado, de manera escrita para requisitarlo de puño y letra, así como indicar por escrito si deseaba o no participar, también se les explicó de manera verbal y con lenguaje coloquial, entendible en que consistía dicho estudio así como el motivo, todo esto con la finalidad de que no hubiese dudas o desconfianza al respecto, se les explicó acerca de la privacidad de los datos.

ARTÍCULO 98.- Para los efectos del presente Reglamento, se considera como institución de salud donde se realice investigación para la salud, a toda unidad orgánicamente estructurada perteneciente a una dependencia o entidad de la

Administración Pública, o una institución social o privada en donde se lleve a cabo una o varias de las actividades establecidas en el artículo 5o. del presente Reglamento. El estudio se realizó en una institución de salud, correspondiente a primer nivel de atención, en la cual se cuenta con un equipo multidisciplinario el cual es especialista en investigación.

ARTÍCULO 99.- En toda institución de salud en donde se realice investigación para la salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se continuarán:

- I. Una Comisión de Ética en el caso de que realicen investigación en seres humanos;

Un comité institucional dio el aval necesario, esto con la finalidad de saber si era factible que se realizara dicha investigación, este comité tomó en cuenta los riesgos que implicaba la investigación para deliberar en cuanto a su realización. Este comité una vez que evaluó la propuesta de investigación, nos monitoreo en cuanto al apego y el avance del estudio.

ARTÍCULO 101.- Los titulares de las instituciones de salud registrará las comisiones ante la Secretaría, la cual determinará las características y la periodicidad de los informes que habrán de proporcionar. El comité de investigación de manera periódica solicitó al coordinador de enseñanza el informe en cuanto a los avances en la investigación.

ARTÍCULO 102.- El Titular de la institución de salud, con base en los dictámenes de la Comisión de Investigación, decidirá si autoriza la realización de las investigaciones que sean propuestas, excepto cuando se trate de investigaciones que requieran la autorización específica de la Secretaría, como se indica en los artículos 31, 62, 69, 71, 73 y 88 de este Reglamento. Por medio del comité de investigación institucional, se nos notificó si se autorizaba la realización de la investigación.

ARTÍCULO 103.- Las comisiones se integran con un mínimo de tres científicos cada una, con experiencia en materia de investigación. Para nuestra investigación estuvimos apoyados por médicos especialistas en investigación con experiencia previa, así como un asesor titular quienes de manera continua revisaron el avance del mismo.

ARTÍCULO 104.- Para constituir la Comisión de Ética se deberán incluir miembros de ambos sexos. Será recomendable que cuando menos uno de ellos no pertenezca a la institución de salud y se incluya a profesionales de la medicina con capacidad de representar los valores morales, culturales y sociales de los grupos de investigación. Dentro de la institución de salud se contó con un comité de ética quienes supervisaron que toda la investigación fuera en apego a la ley y que durante el proceso de investigación se mantuviera la integridad del participante.

ARTÍCULO 106.- Para constituir la Comisión de Investigación se dará preferencia a los miembros de la institución de salud con conocimientos y experiencia en la metodología científica. Dentro de la institución de salud donde se desarrolló dicha investigación existe una comisión de investigación que se compone por los comités de ética e investigación en salud, quien fue el encargado de la autorización de la investigación.

ARTÍCULO 109.- Es atribución de la Comisión Ética emitir la opinión técnica sobre los aspectos éticos de las investigaciones propuestas, mediante la revisión de los riesgos, los beneficios y la carta de consentimiento en los protocolos y sus competentes, para garantizar el bienestar y los derechos de los sujetos de investigación. La comisión de ética revisó que el desarrollo del proyecto de investigación se encontrara en apego a la ley, así como que se protegiera y mantuviera siempre la integridad del participante.

ARTÍCULO 111.- Es atribución de la Comisión de Investigación evaluar la calidad técnica y el mérito científico de la investigación propuesta, formulando la opinión correspondiente, y emitir la opinión de las Comisiones de Ética y Bioseguridad. La comisión de investigación fue la encargada de evaluar la contribución y finalidad de

la investigación y con base en ello dictaminó la validez y viabilidad para la realización de ésta.

ARTÍCULO 113.- La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de ser miembros de la institución de atención a la salud y contar con la autorización del jefe responsable de área de adscripción. Durante nuestra investigación estuvimos a cargo de un médico experto en investigación quien nos apoyó y supervisó desde la propuesta de investigación hasta la conclusión de la misma. El cual cuenta con una vasta experiencia en el ámbito de la investigación, y pertenece a la institución de salud.

ARTÍCULO 114.- Para efectos de este Reglamento se consideran profesionales de la salud aquellas personas cuyas actividades relacionadas con la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas y las demás que establezcan disposiciones legales aplicables, requieren de título profesional o certificado de especialización legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes. Los investigadores expertos en salud que nos apoyaron son profesionales de la salud con título de posgrado quienes nos ayudaron al desarrollo del proyecto con la finalidad de que nosotros obtuviéramos experiencia en investigación y al concluir la investigación pudiéramos obtener un título de especialidad.

ARTÍCULO 115.- Las investigaciones se desarrollan de conformidad con un protocolo, el cual será elaborado de acuerdo a la norma técnica que para el efecto emita la Secretaría e incluirá los elementos que permitan valorar el estudio que se propone realizar. Se realizó un protocolo como propuesta de investigación el cual se conformó con los apartados de acuerdo a la guía de protocolo emitida por el instituto mexicano del seguro social.

ARTÍCULO 116.- El investigador principal se encargará de la dirección técnica del estudio y tendrá las siguientes atribuciones:

I. Preparar el protocolo de la investigación;

II. Cumplir los procedimientos indicados en el protocolo y solicitar autorización para la modificación en los casos necesarios sobre aspectos de ética y bioseguridad;

III. Documentar y registrar todos los datos generados durante el estudio;

IV. Formar un archivo sobre el estudio que contendrá el protocolo, las modificaciones al mismo, las autoridades, los datos generados, el informe final y todo el material documental y biológico susceptible de guardarse, relacionado con la investigación;

V. Seleccionar al personal participante en el estudio y proporcionarle la información y adiestramiento necesario para llevar a cabo su función, así como mantenerlos al tanto de los datos generados y los resultados;

VI. Elaborar y presentar los informes parciales y finales de la investigación, y

VII. Las obras afines que sean necesarios para cumplir con la dirección técnica de la investigación. El investigador responsable contó con el adiestramiento y la formación requerida en materia de investigación, quien fue nuestro asesor en el desarrollo del protocolo y quien sería el responsable de verificar que éste se apegara a la reglamentación y normatividad correspondiente y vigente en materia de investigación.

ARTÍCULO 119.- Al término de la ejecución de la investigación, el investigador principal tiene la responsabilidad de presentar a la Comisión de Investigación de la institución de atención a la salud, un informe técnico que incluya los elementos que indique la norma técnica que al respecto emita la Secretaría. El investigador fue el encargado de hacer llegar el protocolo de investigación al comité local de investigación para una segunda evaluación, así como para recibir el aval necesario

para iniciar el proceso de la investigación, y una vez aprobado se realizó la investigación.

ARTÍCULO 120.- El investigador principal podrá publicar informes parciales y finales de los estudios y difundir sus hallazgos por otros medios, cuidando que se respete la confidencialidad a que tiene derechos los sujetos de investigación, así como la que se haya acordado con los patrocinadores del estudio. Además de dar el debido crédito a los investigadores asociados y al personal técnico que hubiera participado en la investigación, deberá entregare una copia de estas publicaciones a la Dirección de la Institución. Se obtuvo una serie de datos los cuales se graficaron y se emitió una conclusión, la cual se plasmó en esta tesis de titulación, publicando los resultados a los cuales se llegó, esto se hizo cuidando la privacidad de los sujetos investigados.

NORMA OFICIAL MEXICANA 0012-SSA3-2012

APARTADO 6.- Se refiere a la presentación y autorización de los proyectos o protocolos de investigación. Se debe contar con dictamen favorable de los Comités de Investigación y Ética en la Investigación de la institución o establecimiento en que se llevará a cabo la investigación. Contar con un modelo de carta de consentimiento informado en materia de investigación. Nuestra investigación fue presentada ante el comité de Investigación y Ética del IMSS quienes dieron la autorización una vez que nuestro proyecto cumplió con los requisitos establecidos y se considere factible de realizar.

APARTADO 7. Seguimiento de la investigación e informes técnico-descriptivos. Se consideran labores de seguimiento: la elaboración y entrega de un informe técnico-descriptivo de carácter parcial, respecto del avance de la investigación de que se trate y al término de ésta, uno de carácter final, que describa los resultados obtenidos. Nuestro proyecto de investigación contó con un apartado en el cual se describió la investigación realizada, así como la metodología que se siguió, una vez aprobada ésta, se llevó a cabo y al concluirla se emitió un informe final en el cual se describieron de manera detallada los resultados de la misma.

APARTADO 8. Las instituciones o establecimientos donde se realiza una investigación. Esta deberá contar con la infraestructura necesaria para poder realizar la investigación, así como con la infraestructura para resolver cualquier efecto adverso que presente el sujeto de investigación durante la misma, además de que no se condicionara la atención médica a los sujetos a cambio de su participación en la misma, el investigador será responsable de comunicar si en es que en algún momento llegase a presentarse algún efecto adverso en el sujeto de estudio. La institución y Unidad de Medicina Familiar en el caso de nuestra investigación contó con la infraestructura y personal capacitado para el desarrollo de la misma, nuestra investigación fue con riesgo mínimo sin embargo en caso de presentarse algún efecto secundario se contó con personal capacitado para brindar atención médica, y se notificaría de manera inmediata a nuestro superior este caso particular para emitir el informe pertinente.

APARTADO 10. Del Investigador principal. El investigador principal planeo y elaboró el protocolo de investigación y debe dirigir el mismo en apego a los aspectos metodológicos, éticos y de seguridad del sujeto de investigación, así como explicar al sujeto de investigación de la gratuidad en la participación, además de explicarle que se le proporcionara toda la ayuda necesaria en caso de presentar algún efecto adverso durante la investigación. El investigador debe informar al Comité de Ética en la Investigación de todo efecto adverso probable o directamente relacionado con la investigación. Durante la investigación se mantuvo vigilancia y comunicación con los adolescentes participantes y sus padres a los cuales se les informó de los efectos secundarios que podían presentarse y de la atención médica a la que tendrían derecho en caso necesario, lo cual se asentó en el consentimiento informado, todo lo cual debía ser notificado a nuestro superior inmediato y al comité de ética e investigación.

APARTADO 11. De la seguridad física y jurídica del sujeto de investigación. La seguridad del sujeto de investigación respecto al desarrollo de la maniobra experimental es responsabilidad de la institución, del investigador principal y del patrocinador. Los sujetos de investigación tienen el derecho de retirarse en

cualquier momento, en este caso el investigador debe asegurar que el sujeto de investigación continúe recibiendo el cuidado y tratamiento sin costo alguno, hasta que se tenga la certeza de que no hubo daños directamente relacionados con la investigación. La carta de consentimiento informado es requisito indispensable para solicitar la autorización de un proyecto o protocolo de investigación, por lo que deberá cumplir con las especificaciones que se establecen en los artículos 20, 21 y 22 del Reglamento. Durante la investigación fuimos responsables de mantener la integridad de los adolescentes participantes y en caso necesario brindarle atención y tratamiento si llegaban a presentar efectos secundarios, aun cuando el sujeto de investigación decidía retirarse de nuestro estudio, esto se le explicaba al adolescente desde el inicio de la investigación.

APARTADO 12. De la información implicada en investigaciones. El investigador principal y los Comités en materia de investigación para la salud de la institución deben proteger la identidad y los datos personales de los sujetos de investigación, ya sea durante el desarrollo de una investigación, como en las fases de publicación o divulgación de los resultados de esta, apegándose a la legislación aplicable específica en la materia. Se les explico a los adolescentes antes de iniciar la investigación que se protegerían sus datos e identidad por lo que se les asignó un folio para identificarlos, se resguardó su información, y no se dio a conocer ningún dato personal durante o posterior a la investigación, esto fue responsabilidad del investigador principal y los colaboradores.

LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

ARTÍCULO 1.- La presente Ley es de orden público y de observancia general en toda la República y tiene por objeto la protección de los datos personales en posesión de los particulares, con la finalidad de regular su tratamiento legítimo, controlado e informado, a efecto de garantizar la privacidad y el derecho a la autodeterminación informativa de las personas.

Artículo 2.- Son sujetos regulados por esta Ley, los particulares sean personas físicas o morales de carácter privado que lleven a cabo el tratamiento de datos personales. En el presente estudio nos apegamos a la protección de datos al preservar la privacidad de los datos que el participante nos proporcionó, y estuvimos obligados a resguardarla, y no utilizarla con fines de lucro.

ARTÍCULO 6.- Los responsables en el tratamiento de datos personales, deberán observar los principios de licitud, consentimiento, información, calidad, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad, previstos en la Ley. En nuestra investigación nos apegamos a los principios éticos para la privacidad de datos que obtuvimos durante la presente investigación.

ARTÍCULO 7.- Los datos personales deberán recabarse y tratarse de manera lícita conforme a las disposiciones establecidas por esta Ley y demás normatividad aplicable. La obtención de datos personales no debe hacerse a través de medios engañosos o fraudulentos. En todo tratamiento de datos personales, se presume que existe la expectativa razonable de privacidad, entendida como la confianza que deposita cualquier persona en otra, respecto de que los datos personales proporcionados entre ellos serán tratados conforme a lo que acordaron las partes en los términos establecidos por esta Ley. La obtención del consentimiento informado se realizó en apego a la ley, siempre explicando en que consistía el estudio y la participación del sujeto en él, cual era el objetivo, y se mantuvo a resguardo cada uno de los datos proporcionados por los participantes, en caso necesario se le solicitaría el consentimiento del participante para el manejo de su información personales.

ARTÍCULO 8.- Todo tratamiento de datos personales estará sujeto al consentimiento de su titular, salvo las excepciones previstas por la presente Ley.

Todo dato solicitado en el transcurso del estudio estuvo solicitado en apego a la ley y con el permiso previamente autorizado del participante, así como de sus tutores o padres, a quienes se les informo del uso y privacidad de ellos.

ARTÍCULO 11.- El responsable procurará que los datos personales contenidos en las bases de datos sean pertinentes, correctos y actualizados para los fines para los cuales fueron recabados. Cuando los datos de carácter personal hayan dejado de ser necesarios para el cumplimiento de las finalidades previstas por el aviso de privacidad y las disposiciones legales aplicables, deberán ser cancelados. El responsable de la base de datos estará obligado a eliminar la información relativa al incumplimiento de obligaciones contractuales, una vez que transcurra un plazo de setenta y dos meses, contado a partir de la fecha calendario en que se presente el mencionado incumplimiento. Una vez que se utilizaron los datos obtenidos de cada uno de los participantes del estudio, estos se analizaron en una base de datos la cual se mantuvo a resguardo por un lapso de 72 meses, dentro de la UMF.

ARTÍCULO 12.- El tratamiento de datos personales deberá limitarse al cumplimiento de las finalidades previstas en el aviso de privacidad. Si el responsable pretende tratar los datos para un fin distinto que no resulte compatible o análogo a los fines establecidos en aviso de privacidad, se requerirá obtener nuevamente el consentimiento del titular. Se tuvo el cuidado necesario en el manejo de los datos obtenidos en el proceso de investigación y se utilizó únicamente con fines de investigación.

ARTÍCULO 13.- El tratamiento de datos personales será el que resulte necesario, adecuado y relevante en relación con las finalidades previstas en el aviso de privacidad. En particular para datos personales sensibles, el responsable deberá realizar esfuerzos razonables para limitar el periodo de tratamiento de los mismos a efecto de que sea el mínimo indispensable.

El uso de datos se limitó a las actividades propias de la investigación sin que ellos fueran difundidos sin previa autorización del participante, y no se utilizaron con otra finalidad que no fuera la de generar conocimientos.

ARTÍCULO 14.- El responsable velará por el cumplimiento de los principios de protección de datos personales establecidos por esta Ley, debiendo adoptar las medidas necesarias para su aplicación. Además de hacer el uso y llenado correcto del consentimiento informado. Ya que éste será la base para la explicación otorgada a los participantes. Esta es un documento legal, ético y con validez, el cual deberá llevar una clave.

En nuestra investigación se realizó el consentimiento informado y asentimiento, debidamente llenado y explicado con un lenguaje comprensible, no técnico, para que pudiera ser entendido por los participantes.

VII. RESULTADOS

Dentro del nivel de depresión leve se asoció a algunos conflictos con 26.4%, seguido de depresión grave con algunos conflictos 12.8% con ($p=0.52$). (tabla 1 y gráfica 1). En cuanto a la percepción del conflicto se observó que el 59% perciben algunos conflictos en casa, seguido del 23.6% que dijeron no tener conflictos en el hogar (tabla 2 y gráfica 2). Respecto al nivel del conflicto se presenta de manera leve en un 50.7% y de forma moderada en un 49.3% (tabla 3 y gráfica 3). En cuanto a la solución del conflicto se observó que el 48.6% es decisión de ambos es decir del adolescente en acuerdo con sus padres, seguido de un 41.9% donde la decisión es únicamente del adolescente (tabla 4 y gráfica 4). El nivel de depresión que presentan los adolescentes fue del 43.2% con depresión leve, seguido del 24.3% que presentan depresión moderada (tabla 5 y gráfica 5). El rendimiento escolar de los adolescentes en estudio fue del 94.6% con rendimiento bajo y un 5.4% con rendimiento alto (tabla 6 y gráfica 6). El grado escolar en los adolescentes en su mayoría fueron de primer grado con un 49.3%, seguido de los de tercer grado con un 34.5% (tabla 7 y gráfica 7). En cuanto al sexo de los adolescentes se observó que el 59% fueron mujeres y el 41% hombres (tabla 8 y gráfica 8). Respecto al tipo de familia de los adolescentes se observó que el 53.4% eran familias nucleares, seguido del 29.1 % que fueron familias monoparentales (tabla 9 y gráfica 9).

VII.1 TABLAS Y GRAFICAS DE RESULTADOS

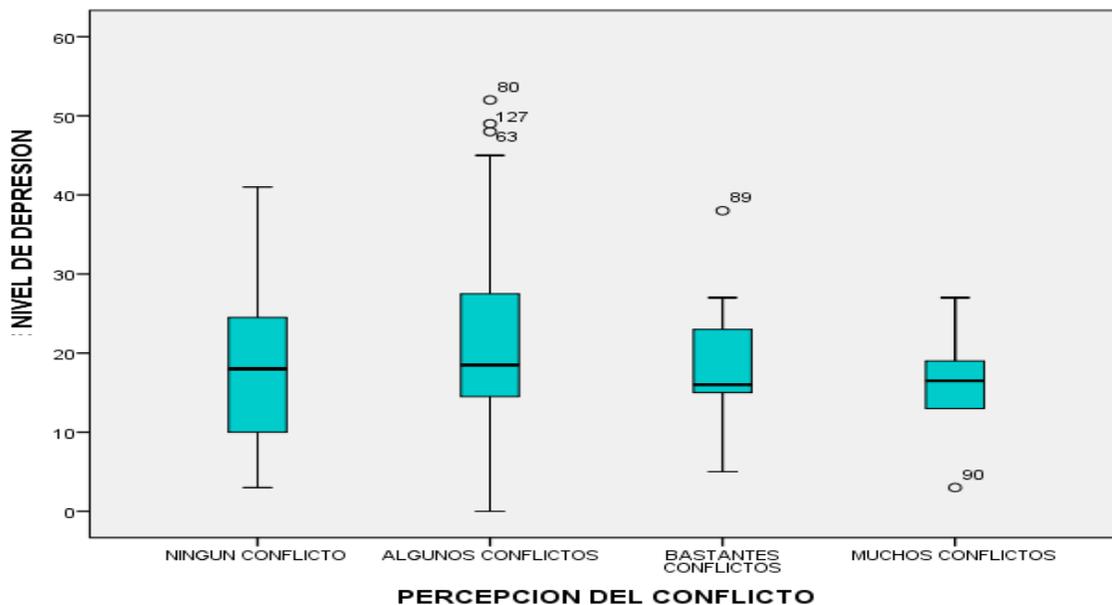
Tabla 1. Nivel de depresión y conflictos familiares en adolescentes de bajo rendimiento escolar UMF 62

		Nivel de depresión								P
		Mínima		Leve		Moderada		Grave		
Percepción de conflicto	Ningún Conflicto	9	6.1%	12	8.1%	12	8.1%	2	1.4%	0.52
	Algunos conflictos	12	8.1%	39	26.4%	18	12.2%	19	12.8%	
	Bastantes conflictos	3	2.0%	10	6.8%	5	3.4%	1	0.7%	
	Muchos conflictos	2	1.4%	3	2%	1	0.7%	0	0%	
total	26	17.6%	64	43.2%	36	24.3%	22	14.9%		

Fuente: Encuestas

Simbología: p= nivel de significancia $p = < 0.05$, prueba de Kruskal Wallis.

Grafica 1: Nivel de depresión y conflictos familiares en adolescentes de bajo rendimiento escolar UMF 62



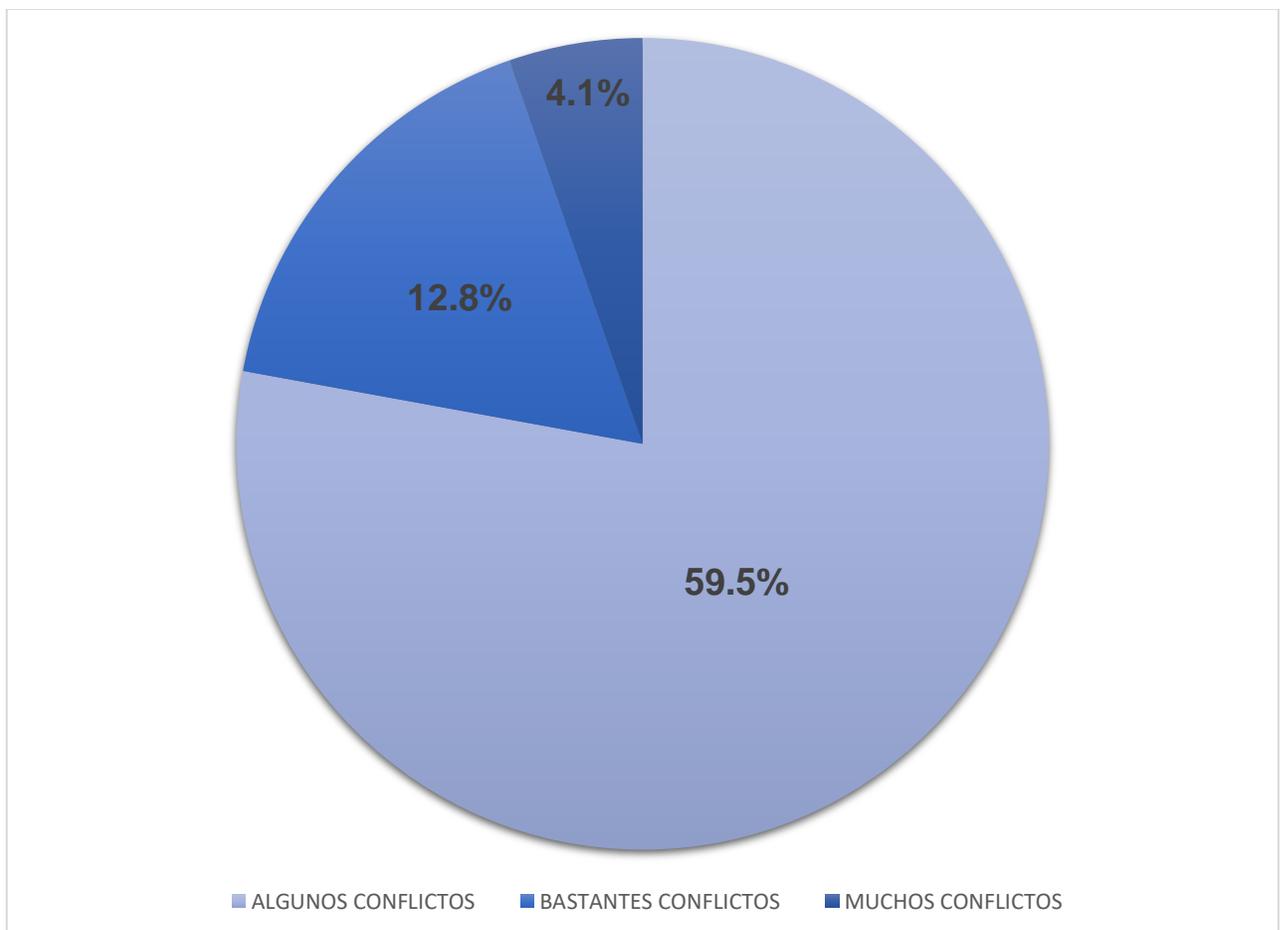
Fuente: Tabla 1

Tabla 2. Percepción del conflicto en adolescentes de bajo rendimiento escolar
UMF 62.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUN CONFLICTO	35	23.6 %
ALGUNOS CONFLICTOS	88	59.5 %
BASTANTES CONFLICTOS	19	12.8 %
MUCHOS CONFLICTOS	6	4.1 %
TOTAL	148	100 %

Fuente: Encuestas

Grafica 2. Percepción del conflicto en adolescentes de bajo rendimiento escolar
UMF 62.



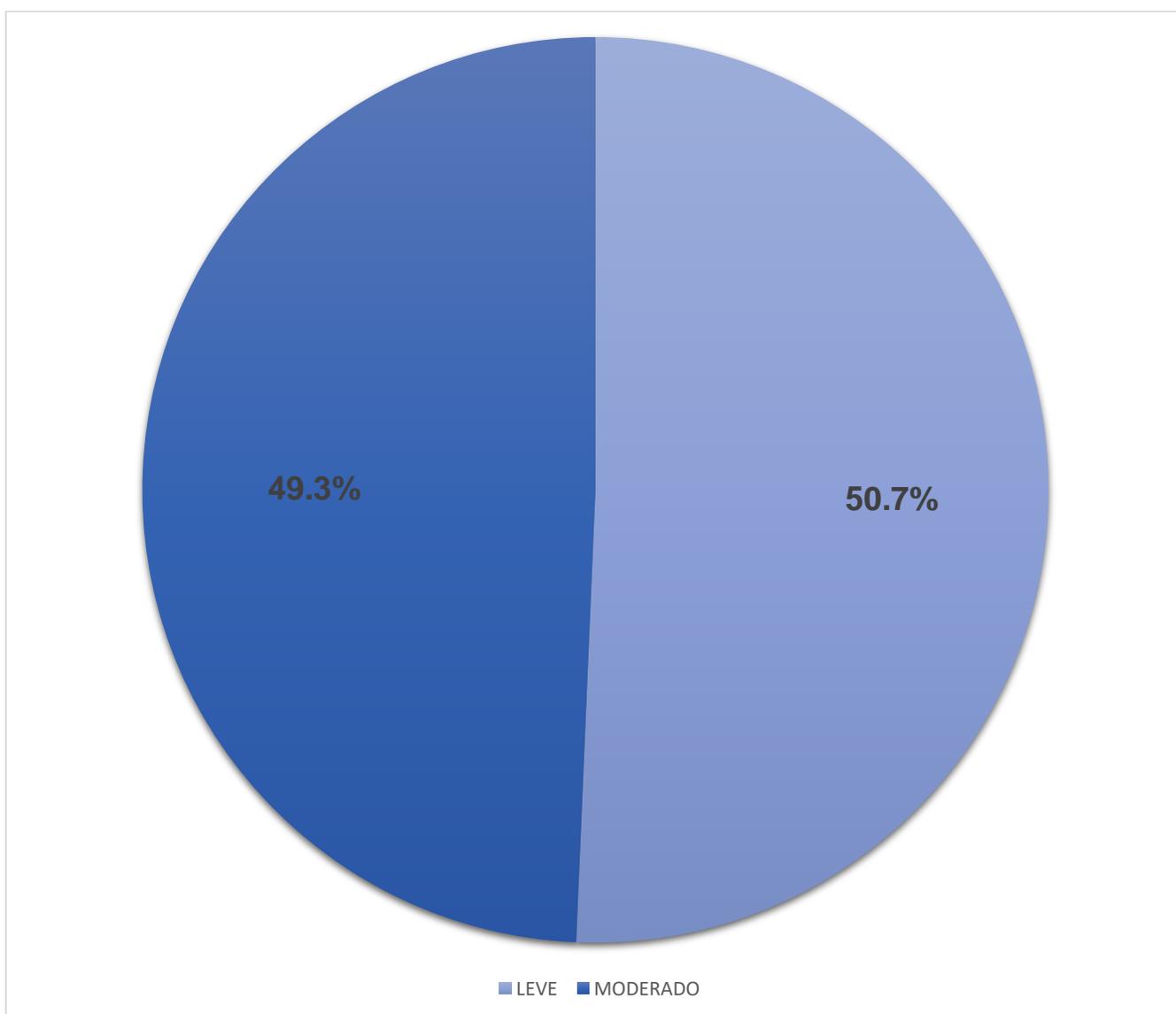
Fuente: Tabla 2

Tabla 3. Nivel del conflicto en adolescentes de bajo rendimiento escolar UMF 62.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LEVE	75	50.7 %
MODERADO	73	49.3 %
TOTAL	148	100 %

Fuente: Encuestas

Grafica 3. Nivel del conflicto en adolescentes de bajo rendimiento escolar UMF 62.



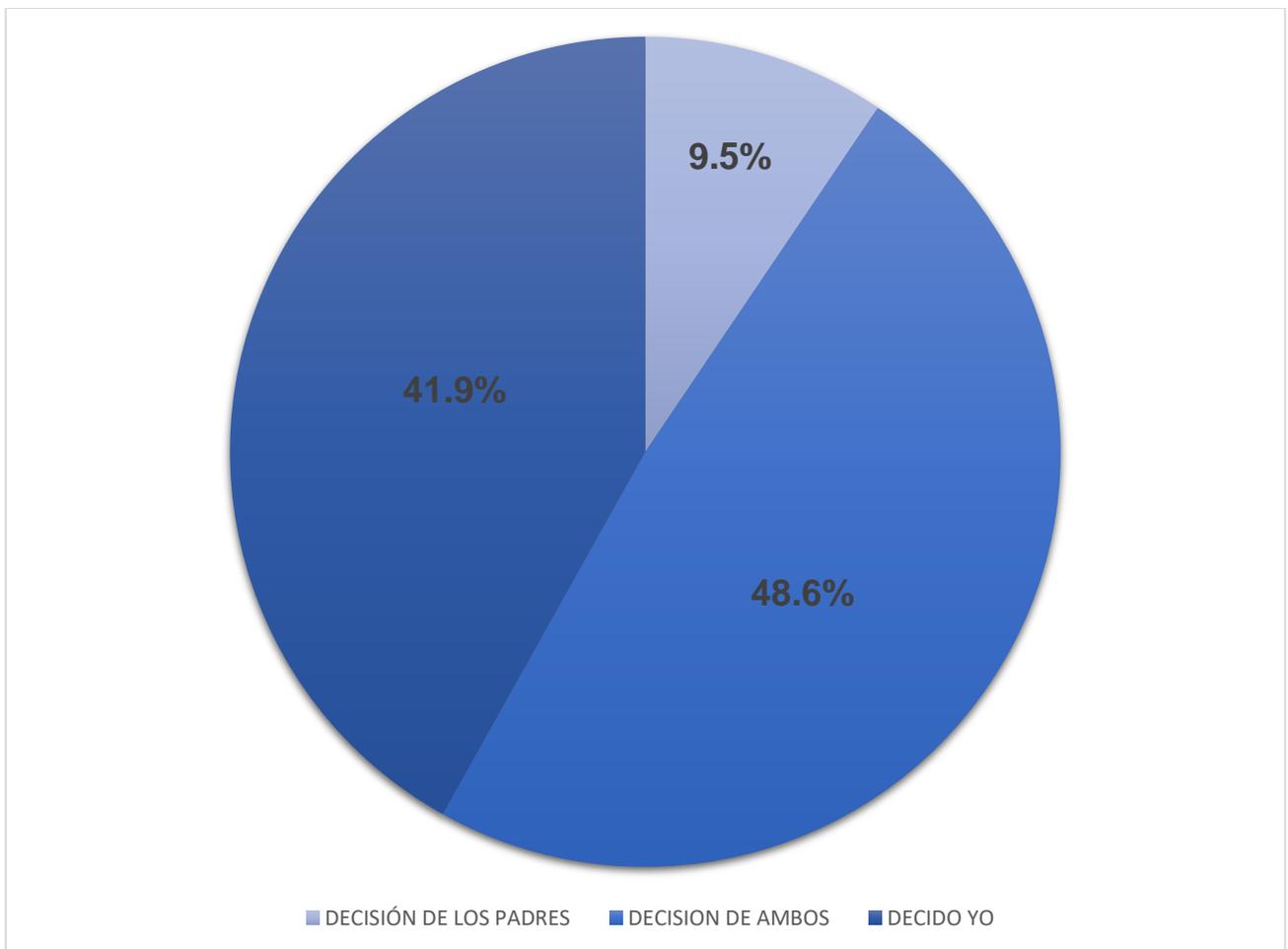
Fuente: Tabla 3

Tabla 4. Solución del conflicto en adolescentes de bajo rendimiento escolar UMF 62.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DECISIÓN DE LOS PADRES	14	9.5 %
DECISION DE AMBOS	72	48.6 %
DECIDO YO	62	41.9 %
TOTAL	148	100 %

Fuente: Encuestas

Grafica 4. Solución del conflicto en adolescentes de bajo rendimiento escolar UMF 62.



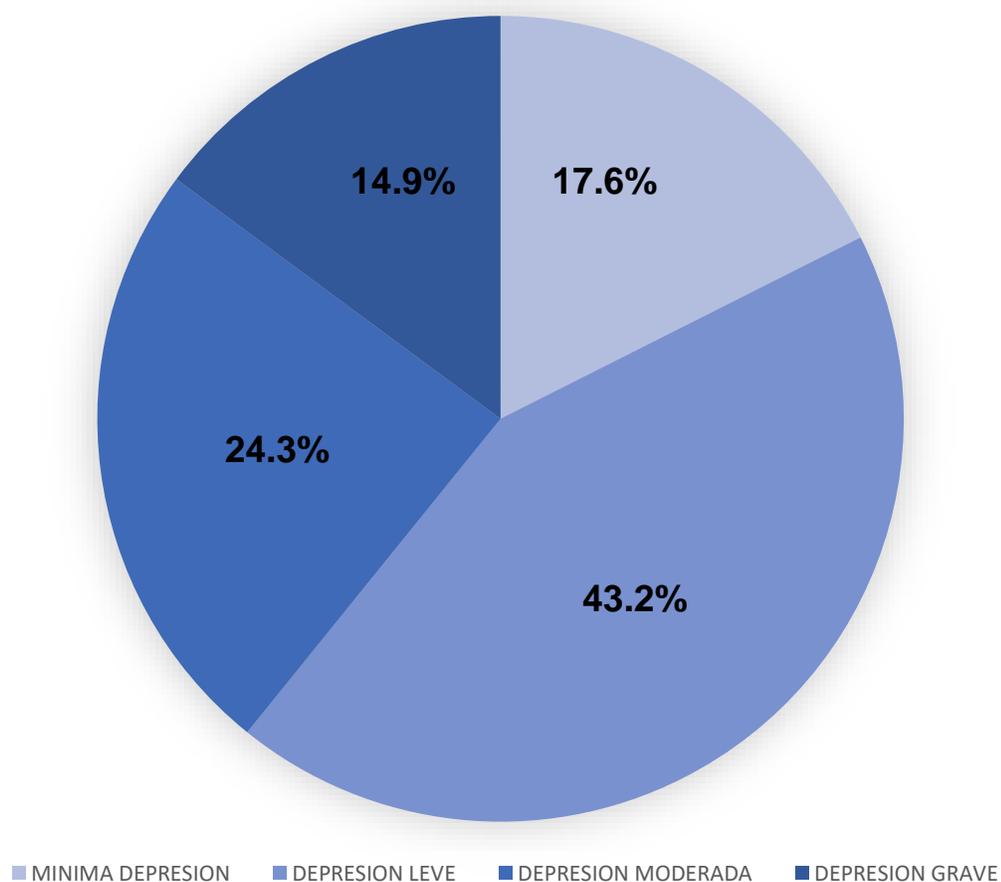
FUENTE: Tabla 4

Tabla 5. Nivel de depresión en adolescentes de bajo rendimiento escolar UMF 62.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MINIMA DEPRESION	26	17.6 %
DEPRESION LEVE	64	43.2 %
DEPRESION MODERADA	36	24.3 %
DEPRESION GRAVE	22	14.9 %
TOTAL	148	100 %

Fuente: Encuestas

Grafica 5. Nivel de depresión en adolescentes de bajo rendimiento escolar UMF 62.



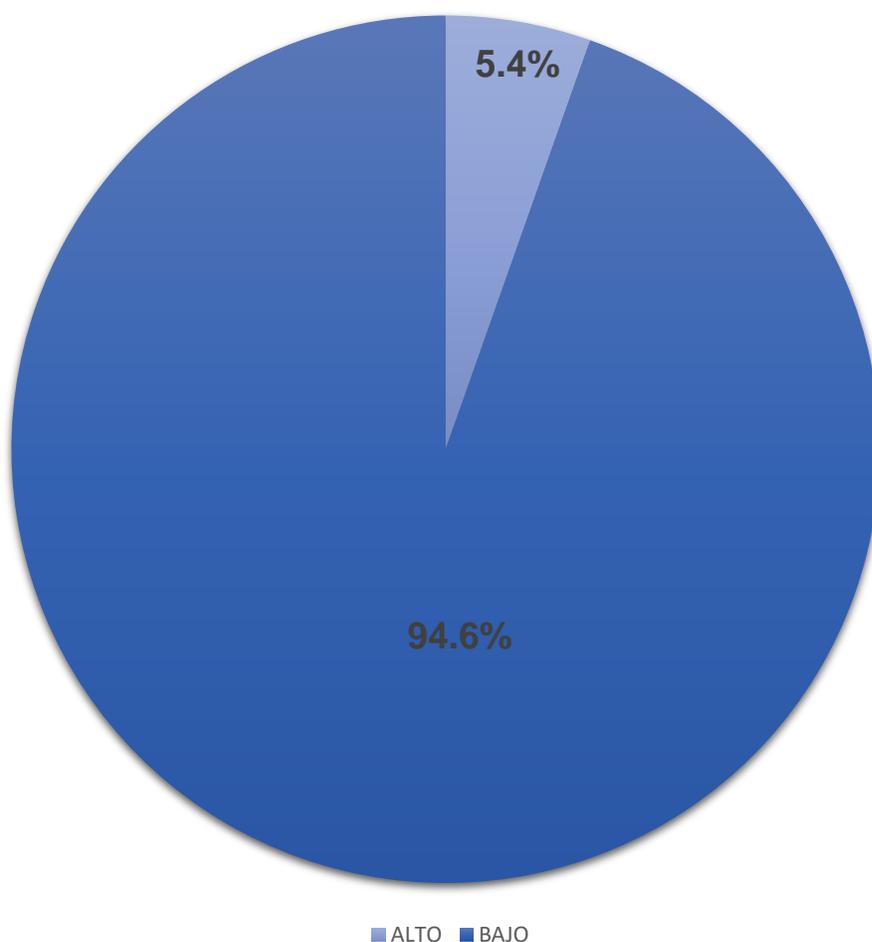
FUENTE: Tabla 5

Tabla 6. Rendimiento escolar en adolescentes de bajo rendimiento escolar UMF 62.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	8	5.4 %
BAJO	140	94.6 %
TOTAL	148	100 %

Fuente: Encuestas

Grafica 6. Rendimiento escolar en adolescentes de bajo rendimiento escolar UMF 62.



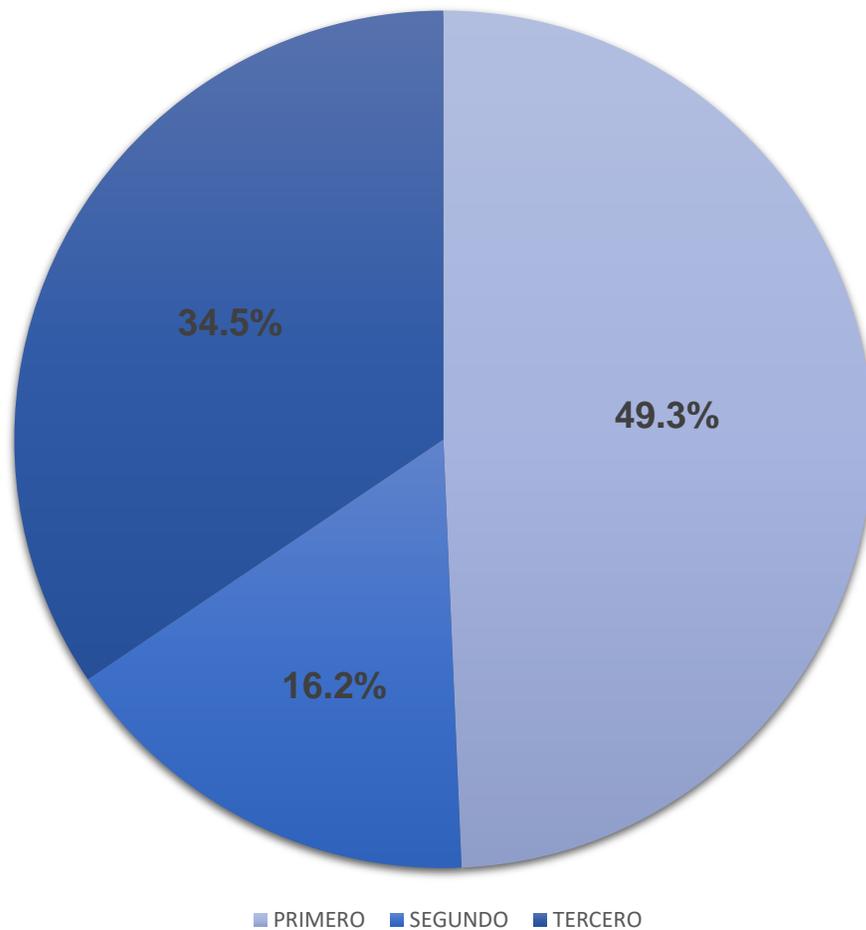
Fuente: Tabla 6

Tabla 7. Grado de escolaridad en adolescentes de bajo rendimiento escolar UMF 62.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMERO	73	49.3 %
SEGUNDO	24	16.2 %
TERCERO	51	34.5 %
TOTAL	148	100 %

Fuente: Encuestas

Grafica 7. Grado de escolaridad en adolescentes de bajo rendimiento escolar UMF 62.



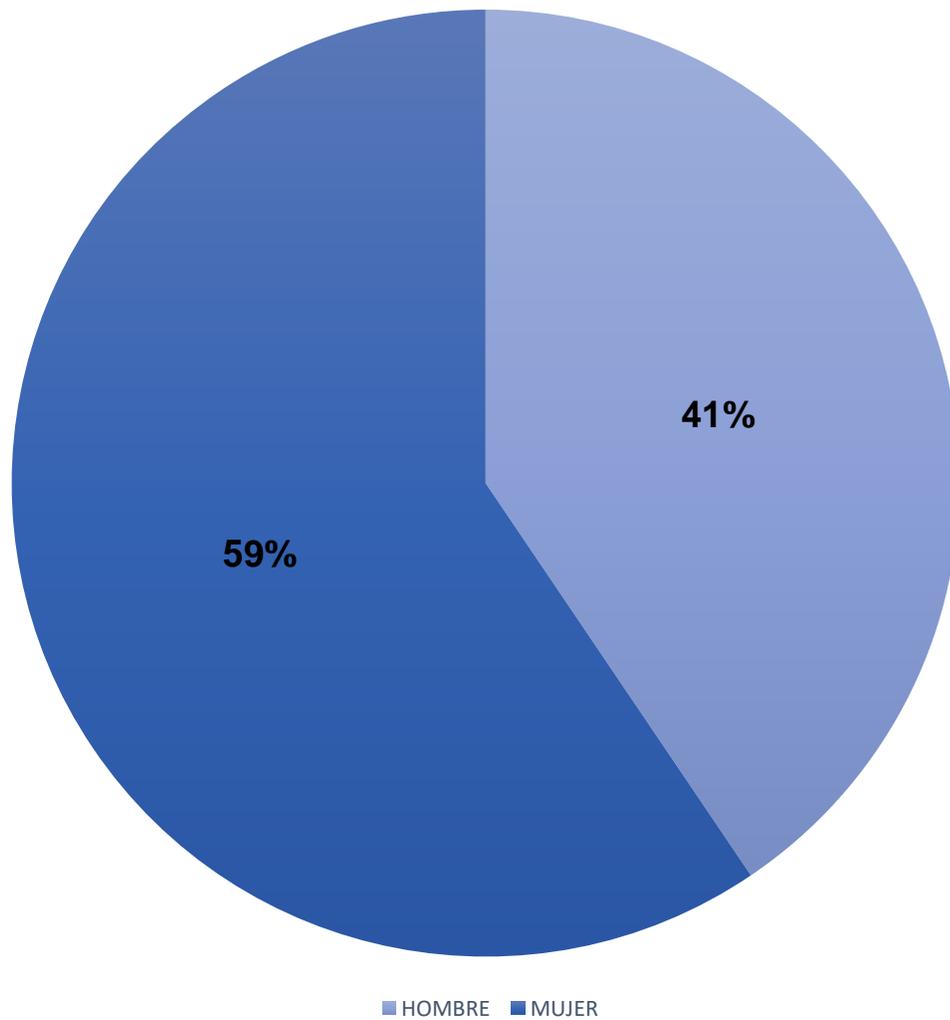
Fuente: Tabla 7

Tabla 8. Sexo en adolescentes de bajo rendimiento escolar UMF 62.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRE	60	41 %
MUJER	88	59 %
TOTAL	148	100 %

Fuente: Encuestas

Grafica 8. Sexo en adolescentes de bajo rendimiento escolar UMF 62.



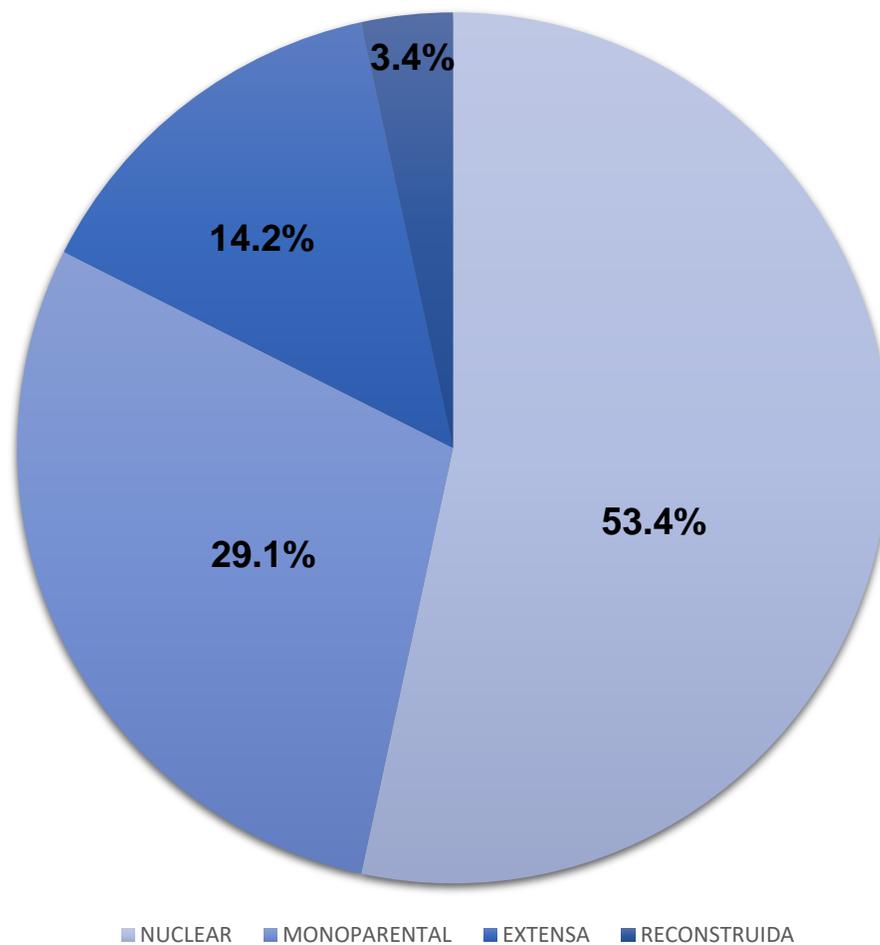
Fuente: Tabla 8

Tabla 9. Tipo de familia en adolescentes de bajo rendimiento escolar UMF 62.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUCLEAR	79	53.4 %
MONOPARENTAL	43	29.1 %
EXTENSA	21	14.2 %
RECONSTRUIDA	5	3.4 %
TOTAL	148	100 %

Fuente: Encuestas

Gráfica 9. Tipo de familia en adolescentes de bajo rendimiento escolar UMF 62.



Fuente: Tabla 9

VIII. DISCUSIÓN:

El presente estudio se realizó con la finalidad de observar el nivel de depresión y los conflictos familiares que se presenta en los adolescentes en el cual no se comprueba nuestra hipótesis de trabajo ya que se observa no hay una relación directa entre nuestras variables. Pero como bien sabemos en esta etapa se dan los cambios psicológicos y biológicos más drásticos, por lo que los adolescentes son susceptibles de presentar trastornos psicológicos. En México, la cifra asciende a 11,578 casos en adolescentes donde los accidentes, el homicidio y suicidio son las causantes del **53.44%** de fallecimientos (INEGI, 2017). Por ello es importante vigilar la etapa adolescente de tal forma que ésta se desarrolle de la mejor forma posible, según algunos estudios se ha observado que La mitad de todos los trastornos de salud mental en la edad adulta empiezan a manifestarse a los 14 años, pero la mayoría de los casos no se detectan ni son tratados (OMS, 2017). Alrededor de 2010, 17.4% de los estudiantes de 13 a 15 años, de más de veinte países de América Latina y el Caribe, pensó seriamente suicidarse.

Según la **OMS en 2017** los síntomas de los trastornos mentales se manifiestan alrededor de los 14 años en un **5%**, y que los adolescentes de entre 13 y 15 años de los países del caribe y América Latina pensaron en el suicidio. En el presente estudio pudimos ver que el nivel de depresión leve se asoció a algunos conflictos con **26.4%**, seguido de depresión grave con algunos conflictos **12.8%**. Este es un dato muy importante por el impacto que puede tener el hecho de tener algún trastorno ya que como bien se menciona en otros estudios (**De la Roca y Tapia 2020**) observaron que se correlaciona en un **34%** la depresión y la idea suicida.

Dentro de los factores que influyen para que se dé la depresión en casa y los conflictos familiares se encuentra la funcionalidad familiar que en el presente estudio pudimos ver que el 53.4% contaban con una familia nuclear y el 29.1% una familia monoparental, de acuerdo con algunos estudios (Andrade Sánchez 2020) la funcionalidad de la familia representa un factor determinante en la conservación de la salud física y mental entre sus miembros. Por lo que es importante saber cómo ellos perciben los conflictos en casa, 43% señalan que las decisiones importantes

se toman en conjunto, y 48% conversan de los problemas que tienen en casa, en contraste con lo que nosotros encontramos en el presente estudio el donde pudimos observar que la solución del conflicto en el 48.6% es decisión de ambos es decir del adolescente en acuerdo con sus padres, seguido de un 41.9% donde la decisión es únicamente del adolescente, siendo estas cifras muy parecidas entre ambos estudios.

Por lo tanto, podemos ver que en los diferentes estudios hay estadísticas donde se confirma que en el adolescente hay factores que influyen en el desarrollo del mismo y en su salud mental siendo estos datos muy parecidos a los que se obtuvieron en nuestro estudio. Es importante con ello poner especial atención desde la niñez con la finalidad de que llegada la etapa de la adolescencia podamos conducir de una manera positiva a nuestros adolescentes en su desarrollo psicológico y social.

IX. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACION:

En el presente estudio se observó que la relación entre nivel de depresión y conflictos familiares se dio en un porcentaje más alto entre la depresión leve y los conflictos percibidos por el adolescente como leves, con lo cual nos podemos dar cuenta de la importancia que tiene el trabajo de los médicos respecto a los adolescentes ya que si les llevamos un seguimiento adecuado podríamos tener adolescentes más saludables tanto física como emocionalmente, ya que en la actualidad podemos ver que las familias ya no se encuentran conformadas como en años anteriores en los cuales las familias tenían sus roles muy definidos por sexo y edades, actualmente los roles han cambiado lo que de alguna manera ha repercutido en la educación y desarrollo de los niños, lo que necesariamente tiene un impacto a lo largo de su desarrollo, y que de manera frecuente se puede ver dicho impacto en la etapa adolescente, esto por la cantidad de cambios que ello conlleva, ya que de manera obligada muchos niños y adolescentes se ven obligados a ser independientes desde muy temprana edad, es decir, que ellos adquieren responsabilidades dentro del núcleo familiar dadas las circunstancias de los padre que en muchas ocasiones trabajan o tienen que pasar la mayor parte del día fuera del hogar, por lo que los hijos son los directamente responsables de ellos mismos, lo que de alguna manera impacta en las decisiones o comportamiento que desarrollan en todos los ámbitos familiar, social y escolar, por lo que muchos de ellos comienzan a tener bajo rendimiento escolar, lo que necesariamente se convierte en un conflicto entre él y sus padres, ocasionando un círculo vicioso, ya que la pelea constante entre los padres y él, puede generar actitudes de rebeldía.

Por lo que podemos concluir que todos estos factores tienen una relación y un impacto para generar alteraciones en el comportamiento del adolescente.

Lo que podemos sustentar con los resultados obtenidos en el presente estudio ya que pudimos corroborar que la depresión leve y los conflictos familiares se relacionan en un porcentaje considerable, haciendo necesario estudiar más a fondo todos y cada uno de estos factores con la finalidad de conocer más acerca de la etapa adolescente y que tengamos las herramientas necesarias para hacer más

llevadera esta etapa, así como dirigirlos a una etapa adolescente sana evitando con ello que caigan en deserción escolar, y adicciones, así como en embarazos no deseados, es importante que en esta etapa sepamos como enseñarles a amarse a sí mismos, y respetarse, por ello sería importante continuar realizando estudios en este grupo de edad en los cuales podamos explorar todos los aspectos psicológicos del adolescente.

IX.1 RECOMENDACIONES:

De acuerdo con lo anterior podría resolverse esta situación si se aplican medidas preventivas desde la etapa escolar para enfrentar la adolescencia esto es enseñarle a los niños como enfrentar la adolescencia, explicándole y tratando de que entienda la serie de cambios físicos, psicológicos y sociales que conlleva esta etapa para así no caer en depresión, en el caso de las escuelas sería el profesor titular u orientadora quien tendría el papel importante en dirigir al adolescente, con ello se busca evitar el bajo rendimiento académico ya constituye una preocupación de primer orden, en conjunto con las unidades médicas y la ayuda de un psicólogo sería prudente la detección de estos casos para poder canalizarlos desde la escuela y puedan ser ayudados. En las escuelas sería importante que la orientadora o profesor tutor pudiera realizar un análisis del entorno familiar en que se desenvuelven los alumnos con la finalidad de canalizar a todos aquellos con problemas a la unidad médica correspondiente o directamente con el psicólogo.

En las unidades médicas de primer nivel de atención es necesaria la aplicación de los test de detección de estos trastornos psicológicos y en el caso muy puntual de la depresión, para así detectar a tiempo este trastorno y en su caso brindar la ayuda necesaria en el momento oportuno evitando llegar a una alteración del comportamiento de la personalidad o en el abuso de drogas, y / o suicidio. De igual manera deberá trabajarse de manera ardua e importante con el núcleo familiar para así cerrar el círculo y no permitir que los conflictos familiares influyan en la presencia de depresión, esto sería a través del desarrollo de una estrategia educativa que permita a los padres recibir una orientación profesional en cuanto al trato y

convivencia con los hijos adolescentes, a través de las enfermeras de medicina preventiva en el primer nivel de atención. Este problema se podría resolver en gran medida si se llevaran a cabo un programa bien estructurado y vigilado por personal calificado (Medico familiar, enfermera especialista en medicina familiar, Psicólogo o trabajadora social) para así detectar y poder evitar la depresión en este grupo de edad.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Palacios Ximena, Adolescencia: ¿Una etapa problemática del desarrollo humano?, Rev. Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia, Vol. 17, 2019, <http://www.scielo.org.co>, fecha de consulta 17/10/2020.
2. Moreno Gordillo Gerardo de Jesús, Trujillo Olivera Laura E., suicidio y depresión en adolescentes: una revisión de la literatura, Revista Chilena de Salud Pública, Vol.23, Núm.1, 2019, <https://ultimadecada.uchile.cl>, Fecha de consulta 20/10/2020.
3. P.J. Ruiz, L. *Psicología del adolescente y su entorno*, Formación continuada 2013 Ediciones Mayo SA, www.sietediasmedicos.com, fecha de consulta 17/10/2020
4. Botero Carbajal Alejandro, Características Clínicas de la Población con rendimiento escolar bajo, Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, vol. 38, Núm. 4, 2019, www.revistaavft.com, fecha de consulta 09/10/2020.
5. Olivera Andy Nataly, Rivera Edith Gissela,, Funcionalidad Familiar en la depresión de adolescentes de la institución educativa particular “Gran Amauta de Motupe” Lima 2018, Revista Estomatol Herediana, Vol.29, Núm.3, 2019, DOI: <https://doi.org/10.20453/reh.v29i3.3602>, Fecha de consulta 20/10/2020.
6. Pérez Fuentes María del Carmen, Molero Jurado Maria del Mar, Parenting Practices, Life Satisfaction, and the role of Self-Esteem in Adolescents, International Journal of Environmental Research and Public Health, vol.16, doi:10.3390/ijerph16204045, www.mdpi.com/journal/ijerph, fecha de consulta 21/10/2020.
7. Lemos Mariantonia, Vasquez Andrés Miguel, Potential Therapeutic Targets in People with Emotional Dependency, International Journal of Psychological Research, vol.12, núm.1, 2019, DOI:10.21500/20112084.3627, Fecha de consulta 21/10/2020.
8. Sánchez Mascaraque P., S. Cohen Daniel, Ansiedad y depresión en niños y adolescentes, revista de formación continuada de la sociedad Española de

- Medicina de la Adolescencia, vol. VIII, Núm. 1, 2020, <https://www.adolescenciasema.org>, fecha de consulta 17/10/2020.
9. Andrade Sánchez Adriana Isabel, Márquez Cabellos Norma Guadalupe, Percepción del apoyo social y función familiar en adolescentes con y sin aptitudes sobresalientes, Revista panamericana de pedagogía, saber y quehaceres del pedagogo, número 29, 2020, <http://portalderevistasdelaup.mx>, fecha de consulta 17/10/2020.
 10. De la Roca Chiapas José María, Tapia Ibarra Iliana Pamela, Suicide Ideation and Depression among Hig-School Students in Mexico, Pensando Psicología, vol.16, num.1, 2020, doi: <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2020.01.05>, fecha de consulta 21/10/2020.
 11. Loredó Aguilar Mara A., Satisfacción Familiar y relación con el afrontamiento de soledad en adolescentes 11 a 15 años, Rev. Enseñanza e investigación en psicología vol. 1, núm. 1, 2019, www.revistacneip.org, **fecha de consulta 17/10/2020.**
 12. Ruiz Cárdenas Claudia Teresita, Jiménez Flores Juan, Factores del ambiente Familiar predictores de depresión en adolescentes escolares: análisis por sexo, Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social, Vol. 6, Núm. 1, 2020, <http://cuved.unam.mx>, fecha de consulta 9/10/2020.
 13. Guerreiro San Martín Fabiola, Resolución de conflictos en familias con hijos adolescentes, Apuntes de Bioética, Vol. 2, Núm. 1, 2019, <http://revistas.usat.edu.pe>, fecha de consulta 09/10/2020.
 14. Saracostti Mahía, Santana Alejandra, La Relación entre familias y escuelas en Chile, Ril Editores, 2019, <https://www.researchgate.net/publication/335540862>, fecha de consulta 21/10/2020.
 15. Benarous X., Mazet P., Trastornos Psíquicos en la adolescencia, Elsevier Masson, vol. 24, Núm. 1, 2020, <https://www.sciencedirect.com>, fecha consultada 17/10/2020.
 16. Suarez Rodríguez Clara Ofelia, Mercerón Figarola Yolanda de la Paz, et. Col, Prácticas parenterales y sintomatología depresiva en adolescentes cubanos,

- Revista Iberoamericana de Psicología, Vol. 12, Núm. 1, 2019, <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co>, fecha de consulta 20/10/2020.
17. Paz Clara, Mascialino Guido, Psychological intervention change measurement in Latin America: Were from? Were to?, *Psychotherapy Research*, 2020, <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1750728>, fecha de consulta 21/10/2020.
 18. Robles Altamirano Adriana Lourdes, Naranjo Pinela Teresa Celeste, Factores Sociopedagógicos que inciden en el bajo rendimiento de los escolares de la “unidad educativa Paulino Milan Herrera”, *Revista Pedagógica de la Universidad de Cienfuegos*, Vol.15, Num.67, 2019, <http://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado>, fecha de consulta 20/10/2020.
 19. Soto Ovares Marta Emilia, Rodriguez Gomez Jaime, Clima Social Familiar y rendimiento académico en alumnos de sexto grado de algunas Escuelas Públicas y privadas del Noreste de México, Num.2, 2019, <https://doi.org/10.37354/riee.2019.193>, Fecha de consulta 20/10/2020.
 20. Alvarez Bermudez Javier, Barreto Trujillo Francisco Javier, Clima Familiar y su relación con el rendimiento académico en estudiantes de bachillerato, *Revista de Psicología y educación*, vol.15, Num.2, 2020, Doi: <https://doi.org/10.23923/rpye2020.20.194>, fecha de consulta 20/10/2020.
 21. Cerda Gamal, Perez Carlos, School Coexistence and its Relationship with Academic Performance Among Primary Education Students, *Revista de psicodidáctica*, vol.24, Num.1, 2019, <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2018.05.001>, fecha de consulta 21/10/2020.
 22. Sánchez Llanca, Balvino Billuy, Clima Social Familiar y autoconcepto en adolescentes de una institución de Lima Norte, *Revista de Investigación y casos en salud*, vol.5, Num.1, 2020, DOI: 10.35626/casus.1.2020.245, fecha de consulta 17/10/2020.
 23. Sánchez Álvarez Nicolás, Rey Lourdes, Frequency of Suicidal Ideation Inventory: Psychometric Properties of the Spanish Version, *Psicothema*, vol.32, num.2, DOI: 10.7334/psicothema2019.344, fecha de consulta 21/10/2020.

24. García García Pedro, Hinojosa Laura, Depresion y consumo de tabaco en adolescentes de secundaria, Health and Addictions, vol.20, num.2, 2020, <https://www.researchgate.net/publication/343726181>, Fecha de consulta 20/10/2020.
25. Arenas Lasndgrave Liliana, Escobedo Ortega Natalia, Guías de intervención para universitarios con depresión y riesgo de suicidio, Journal of Behavior, Health & Social Issues, vol.11, num.2, 2020, DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20070780.2019.11.2.72747>, fecha de consulta 21/10/2020.
26. Veleza, G. W., Lopes Molina, M., Silva, R. A., Jansen, K., Neufeld, C. B., & Souza, L. D. M. Effect of cognitive-behavioral therapy after treatment for adults with major depression. Psicología: Teoría e Práctica, 2019, vol. 21, num.3, doi:10.5935/psicologia.v21n3p345-365,
27. Marcusso Orsini Jessica María, Machado da Silva Joyce Karla, Evaluation of quality of life, depression and satisfaction in patients treated at the physiotherapy teaching clinic of the State University of Northern Paraná, Fisioter Mov., 2019, vol.32, DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.032.O39>, fecha de consulta 21/10/2020.
28. Sáez Abello Guillermo, Ariza Viviescas Andres, Crecimiento Físico y Rendimiento Escolar en adolescentes Chilenos, Revista Colombiana Salud libre, 2019, vol.14, num.1, <https://orcid.org/0000-0003-2711-4190>, fecha de consulta 20/10/2020.
29. Gonzalez Hernandez Juan, Ato-Gil Noelia, Relacion de los rasgos de personalidad y la actividad física con la depresión en adolescentes, Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes, Vol. 6, Núm. 1, 2019, www.revistapcna.com, fecha de consulta 20/10/2020.
30. Hermosillo de la Torre Alicia Edith, Méndez Sánchez Cecilia, Evidence for the Factorial Validity of the Beck Hopelessness Scale in Spanish with Clinical and non-Clinical Samples, Acta Colombiana de Psicología, 2020, vol.23, num.2, <http://www.doi.org/10.14718/ACP.2020.23.2.7>, fecha de consulta 21/10/2020.

31. Pedro Gutiérrez-Saldaña, Autoestima, Funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes, Unidad de Medicina Familiar N.º 16. Instituto Mexicano del Seguro Social. Querétaro. México, 2007, <https://doi.org/10.1157/13112196>, fecha de consulta 21/10/2020.
32. Pérez, Edgardo R., Delgado, María Florencia Inventario de autoeficacia para el estudio: desarrollo y validacion inicial. Avaliação Psicológica [en línea]. 2006, 5(2), 135-143[fecha de Consulta 23/11/ 2020]. ISSN: 1677-0471. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=335027180003>
33. Parra Jiménez, Águeda, Oliva Delgado, Alfredo Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. Anales de Psicología [en línea]. 2002, 18(2), 215-231[fecha de Consulta 23/ 11/ 2020]. ISSN: 0212-9728. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16718202>
34. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, Evaluación del inventario BDI-II, Madrid España 2011, Fecha de consulta 12/07/2020, disponible en: www.cop.es

XI. ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Instrucciones:

A continuación, se te solicitará llenar cada uno de los espacios con los datos correspondientes.

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Grado escolar: _____

¿Con quién o quienes vives en casa?

¿Quién se encarga de cuidar de ti?

¿Cuál fue la calificación que obtuviste al final de tu último ciclo escolar?

INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS CONFLICTOS CON LOS PROGENITORES

Nos gustaría que nos indicases si durante el último mes has tenido discusiones con tus padres acerca de los temas que aparecen en la lista de abajo y quién toma las decisiones respecto a dichos temas. En primer lugar, señala 1 si no has tenido ninguna discusión, 2 si has tenido algunas, 3 si han sido bastantes y 4 si han sido muchas. También nos gustaría que nos señalases si estas discusiones han sido: 1 leves, 2 de intensidad media o 3 muy intensas. Por último, indica si en los temas que aparecen listados, las decisiones al respecto las toman tus padres (1), las toman entre tus padres y tú tras hablar sobre ello (2), o si eres tu quien toma la decisión (3).

		Ningún conflicto	Algunos conflictos	Bastantes conflictos	Muchos conflictos	Conflictos leves	Conflictos de intensidad media	Conflictos fuertes	Mis padres deciden	Mis padres y yo decidimos	Yo decido
1	La hora de volver a casa	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3
2	A qué dedicas el tiempo libre	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3
3	El tiempo que dedicas a estudiar y las notas que sacas	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3
4	Los amigos con quien sales	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3
5	Los ligues que tienes	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3
6	Tu conducta sexual	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3
7	Como te vistes o arreglas	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3
8	Las tareas de casa (limpiar, ordenar tu cuarto..)	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3
9	Fumar y beber alcohol	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3
10	Tomar drogas	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3
11	Los sitios a dónde vas cuando sales	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3
12	En qué gastas el dinero	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3
13	Política o religión	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3
14	La carrera o profesión que prefieres seguir	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3

INVENTARIO DE BECK (BDI)

INSTRUCCIONES: En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente y escoja una oración de cada grupo, aquella que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió, pero asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

Fecha: _____ Folio: _____

(1) TRISTEZA

0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o tan desgraciado (a) que no puedo soportarlo.

(2) PESIMISMO

0. No me siento especialmente desanimado (a) de cara al futuro.
1. Me siento desanimado (a) de cara al futuro.
2. Siento que no hay nada porque luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

(3) FRACASO

0. No me siento como un (a) fracasado (a).
1. He fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.

(4) PERDIDA DE PLACER

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) con respecto a todo.

(5) SENTIMIENTOS DE CULPA

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.

2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente.

(6) SENTIMIENTOS DE CASTIGO

0. No creo que esté siendo castigado (a).
1. Siento que quizá esté siendo castigado (a).
2. Espero ser castigado (a).
3. Siento que estoy siendo castigado (a).

(7) DISCONFORMIDAD CON UNO MISMO

0. No estoy descontento (a) de mí mismo (a).
1. Estoy descontento (a) de mí mismo (a).
2. Estoy a disgusto conmigo mismo (a).
3. Me detesto.

(8) AUTOCRITICA

0. No me considero peor que cualquier otro (a).
1. Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

(9) PENSAMIENTOS O DESEOS SUICIDAS

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

(10) LLANTO

0. No lloro más de lo normal.
1. Ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

(11) AGITACION

0. No estoy especialmente irritado (a).

1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. Me siento irritado (a) continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

(12) PERDIDA DE INTERES

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado (a) en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. He perdido todo interés por los demás.

(13) INDECISION

0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

(14) DESVALORIZACION

0. No creo tener peor aspecto que antes.
1. Estoy preocupado (a) porque parezco envejecido (a) y poco atractivo (a).
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo (a).
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

(15) PERDIDA DE ENERGIA

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo (a) para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

(16) CAMBIOS EN LOS HABITOS DE SUEÑO

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.

17) IRRITABILIDAD

- 0. No me siento más cansado (a) de lo habitual.
- 1. Me canso más que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado (a) para hacer nada.

(18) CAMBIOS EN EL APETITO

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. He perdido completamente el apetito.

(19) DIFICULTAD DE CONCENTRACION

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de dos kilos.
- 2. He perdido más de cuatro kilos.
- 3. He perdido más de siete kilos.

(20) CANSANCIO O FATIGA

- 0. No estoy preocupado (a) por mi salud.
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, el malestar de estómago o los catarros.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado (a) por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

(21) PERDIDA DE INTERES EN EL SEXO

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado (a) por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual

Puntaje Total: _____



INVENTARIO DE AUTOEFICACIA PARA EL ESTUDIO (IDAPE)

Instrucciones:

En este cuestionario se presentan varias frases que mencionan estrategias de estudio. Examina cada una de ellas y responde en la columna de la derecha, utilizando una escala de 1 a 10. Un 1 indica que estás nada seguro de poder utilizar esa estrategia y un 10 indica que estás muy seguro de poder utilizarla adecuadamente. Puedes usar cualquier número comprendido entre 1 y 10 para evaluar tu grado de seguridad en poder utilizar exitosamente cada una de las estrategias mencionadas.

Así, por ejemplo, si un estudiante colocase un 3 o un 4 a la derecha de la frase “Subrayar las palabras desconocidas de un texto” estaría sugiriendo que se siente poco seguro de poder usar esa estrategia. Si, en cambio, hubiese colocado un 7 o un 8 estaría sugiriendo que se siente bastante seguro de poder emplearla. Responde, por favor, de la manera más sincera posible. La información que aportes será de mucha utilidad para una investigación sobre el uso de estrategias de estudio en la escuela secundaria.

Datos personales

Código Sexo: Masculino () Femenino () Edad: _____

Escuela: _____

Año que cursas: _____

ESCALA DE RESPUESTA:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada seguro		poco seguro		moderadamente seguro		bastante seguro		muy seguro	

DE PODER....

1. Atender en clase, aunque tenga alguna preocupación en ese momento
2. Preguntar en clase cuando no comprendo una explicación del profesor
3. Fijarme objetivos en la escuela (obtener una nota elevada, por ejemplo) y esforzarme para alcanzarlos
4. Finalizar los deberes, aunque tenga otras cosas atractivas para hacer (salir con mis amigos/as, por ejemplo)
5. Hacerme preguntas a mí mismo para comprobar si he comprendido un texto (usando los cuestionarios de los manuales, por ejemplo)
6. Relacionar los conceptos nuevos que estoy estudiando con otros que ya conozco (haciendo un esquema o gráfico, por ejemplo)
7. Planificar una redacción o un informe antes de escribir (realizando un listado de los principales temas a desarrollar, por ejemplo)
8. Dedicar más horas al estudio de las que había planificado (cuando se aproxima un examen, por ejemplo)



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

**Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación (padres o representantes legales de
niños o personas con discapacidad)**

Nombre del estudio:	CONFLICTOS FAMILIARES Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR EN LA UMF 62.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	Cuautitlán, México .
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Con este estudio queremos saber qué tipo de problemas tienes con tus padres en casa, así como los sentimientos que estos despertan en ti, es importante conocer cómo te afecta esto en relación con tus actividades diarias y escolares.
Procedimientos:	Se te solicitará contestar tres cuestionarios los cuales tiene preguntas relacionadas a los problemas que pudieras llegar a presentar en tu casa y cómo te sientes al respecto. Deberás contestarlas en un tiempo aproximado de 30 minutos siendo lo más sincero posible.
Posibles riesgos y molestias:	Nuestro estudio es con riesgos mínimos sin embargo podría presentarse incomodidad al responder las preguntas ya que nos dirás tu sentir en relación a los conflictos en tu casa.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al detectar síntomas que nos pudieran hablar de problemas en su entorno familiar se le canalizará con su médico familiar para derivarlo a trabajo social y poder obtener ayuda, si se considera necesario por medio del servicio de Psicología y/o psiquiatría realizando los envíos pertinentes.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Una vez concluida la prueba se les dará el resultado a los participantes y a su padre o tutor, con la finalidad de brindar atención oportuna en caso de detectar algún problema.
Participación o retiro:	Es libre de decidir en el momento que sea si participa o continua participando así como de retirarse de dicho estudio.
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrá a resguardo la información obtenida a través de los cuestionarios aplicados, en apego a la ley de manejo de información. (72 meses), durante la investigación se te otorgará un número de folio con el cual se te identificará sin que se conozcan tus datos personales.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigadora o Investigador Responsable: Doctor Rubén Ríos / matrícula 9231372 / correo: ruben.rios@imss.gob.mx

Colaboradores: Dra. Karina Sánchez Acosta / matrícula 98162728 / Correo karisanchez907@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del 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: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Karina Sánchez Acosta mat. 98162728

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-014



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

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

Nombre del estudio: CONFLICTOS FAMILIARES Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR EN LA UMF 62.

Número de registro institucional _____

Objetivo del estudio y procedimientos: A través de este estudio analizaremos la relación que existe entre los conflictos que hay en el hogar con los adolescentes, así como su posible impacto en ellos. Se aplicarán dos cuestionarios con los cuales evaluaremos el sentir de los adolescentes respecto a su entorno familiar, así como la presencia de sentimientos que pueden causar estos.

Hola, mi nombre es Karina Sánchez Acosta y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de conflictos en la etapa adolescente con su familia, así como los sentimientos que pueden llegar a provocar estos problemas y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en: llenar unos cuestionarios donde se te preguntara con respecto a tu familia y tus sentimientos.

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

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (Si se proporcionará información a los padres, favor de mencionarlo en la carta)

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

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: **Karina Sánchez Acosta mat. 98162728**

Fecha: _____



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación (adultos)**

Nombre del estudio:	CONFLICTOS FAMILIARES Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR EN LA UMF 62.
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Cuautitlán, México.
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	A través de este estudio queremos saber cómo es la percepción de su hijo con respecto a los problemas propios de su etapa adolescente y los sentimientos que experimenta derivado de ellos, así como su posible efecto sobre su desempeño escolar.
Procedimientos:	Se aplicarán dos cuestionarios con los cuales evaluaremos el sentir de su hijo respecto a su entorno familiar, así como el efecto en él.
Posibles riesgos y molestias:	Durante el estudio puede haber incomodad al expresar sus sentimientos con respecto a su etapa adolescente así como a la percepción que tiene acerca de los conflictos existentes en su entorno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al detectar síntomas que nos pudieran hablar de problemas en su entorno familiar se le canalizará con su médico familiar para derivarlo a trabajo social y poder obtener ayuda, si se considera necesario por medio del servicio de Psicología y/o psiquiatría realizando los envíos pertinentes.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Una vez concluida la prueba se le dará el resultado, con la finalidad de brindar atención oportuna en caso de detectar algún problema.
Participación o retiro:	Es libre de decidir en el momento que sea si participa o continua participando así como de retirarse de dicho estudio.
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrá a resguardo la información obtenida a través de los cuestionarios aplicados, en apego a la ley de manejo de información (72 meses).

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigadora o Investigador Responsable: Doctor Rubén Ríos / matricula 9231372 / correo: ruben.rios@imss.gob.mx

Colaboradores: Dra. Karina Sánchez Acosta / matricula 98162728 / Correo karisanchez907@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del 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: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Karina Sánchez Acosta mat. 98162728
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013