

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**DISFUNCION FAMILIAR Y SU RELACION CON LA FRECUENCIA DE
SINTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES POSTULANTES DE LA
ACADEMIA FLEMING AREQUIPA 2018**

Tesis presentada por la Bachiller:

Berlanga Arana, Katheryn Ruperta

Para optar el Título Profesional de Médica - Cirujana

Asesora: Dra. Llaza Loayza, Gloria

AREQUIPA- PERU

2018



129

Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS DECRETO N° 357 - FMH-2018

Visto el Borrador de Tesis titulado:

"DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES POSTULANTES DE LA ACADEMIA FLEMING AREQUIPA 2018"

Presentado por el (la) Sr. (ta):

KATHERYN RUPERTA BERLANGA ARANA

Nuestro dictamen es:

OBSERVACIONES:

APTO

Arequipa, *20 - 5 - 2018*

[Signature]
Dr. Ervis F. Alvarado Dueñas
MÉDICO - PSIQUIATRA
R.N.E. 9265
DR. ERVIS F. ALVARADO DUEÑAS

[Signature]
DR. JOSÉ ELISEO ALVARADO ACO
Dr. Jose E. Alvarado Aco
MÉDICO PSIQUIATRA
RNE 9805 CMP 14051

[Signature]
DRA. LILY MONTESINOS VALENCIA
Dra. LILY MONTESINOS VALENCIA
Médico Internista - Neuróloga
CMP 19295 RNE 11108

DEDICATORIA



A Dios

A mis padres que siempre me apoyaron

A mis hermanos que me animaron

A mi tutor y mis jurados que me brindaron su ayuda

Mi más sincero agradecimiento

A Dios, por guiar mi camino en cada fase de mi vida.

A la Universidad Católica de Santa María, en especial a la Facultad de Medicina Humana por contribuir en mi formación como profesional.

A Dra. Gloria Llaza Loayza, por brindarme su apoyo y orientación constante en la presente investigación.

A mis jurados por dedicar su tiempo a la revisión de la presente investigación, permitiendo de esta forma la realización de la tesis.

PREAMBULO

Sabemos que desde que nacemos la familia es la base en todo, ellos son los primeros individuos con quienes nos relacionamos, de quienes adquirimos muchos comportamientos, formamos parte de la autoestima, sin embargo a veces algunas familias son disfuncionales y presentan conflictos por malas actitudes, incluso abuso por parte de los miembros de la familia, que llevan a los jóvenes a acomodarse y a tomar acciones incorrectas. A veces los niños crecen en climas familiares con el entendimiento que tal disposición es lo correcto y esta mal; es a lo que llamamos disfunción familiar, y lo que plantea problemas en el futuro, afecciones mentales, como depresión, ansiedad.

Es por eso que debemos desarrollar las habilidades de observación y no dejar pasar pequeños estigmas que nos pueden estar dando signos de alarma e indicarnos que se aproxima un cuadro que puede cobrar la vida de esos seres queridos y mucho más si se tratan de niños y jóvenes que aún tienen oportunidades para ser felices.

La función de un médico, en un medio donde no contamos con muchos recursos, ni mucha tecnología para la precisión diagnóstica, es muy importante, debemos desarrollar nuestras habilidades clínicas y tener conocimientos adecuados, que nos ayuden a resolver a tiempo y en forma adecuada el cuadro clínico de nuestros pacientes, pero no es suficiente, sin embargo también debemos aprender a ver a los pacientes como un todo, no solo verlo desde ese punto de vista físico por el que acude a nosotros, sino en su totalidad, puede ser que este viniendo por una herida en el brazo, pero no sabemos como realmente esta en su interior, como van las cosas en la familia, o en su entorno, o el simple hecho de como es que se produjo la herida.

Este tema tan apasionante para mí, como es la relación entre disfunción familiar y depresión, coincidí que es demasiado importante reconocerlo a tiempo, ya que podría darnos la salud y la vida. Por ello es mi deseo primero profundizar mi conocimiento sobre este tema y posteriormente hacer el estudio mucho más profundo a través de una investigación para saber el grado de afectación en estos casos.

Con esta investigación deseo contribuir de alguna manera sobre el tema al que hago referencia, y significa un reto más en mi vida profesional; es más, es uno de los temas que me inclina por seguir la hermosa rama de la Psiquiatría.

.

INTRODUCCION

Depresión es un trastorno psiquiátrico del estado de ánimo, que implica predominantemente un sentimiento psicopatológico de tristeza; Están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático; motivo por el cual se considera como una afectación global psíquica y física, con especial énfasis en la esfera afectiva ¹ La prevalencia de la depresión es de las más elevadas dentro de las enfermedades psiquiátricas ²

En los últimos años se ha asistido a un importante aumento de la prevalencia de la depresión a nivel mundial y, de forma paralela, a una disminución de su edad de comienzo, de modo que se ha convertido, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en un importante problema de salud pública ³ La prevalencia de depresión mayor en otros países se ha estimado del 2,3% en adolescentes de 13 y 14 años y del 3,4% en jóvenes de 18 años. Otros trabajos también correlacionan positivamente la depresión con la edad

Estudios revelan que entre el 20% y el 33% de los que cumplen criterios para el diagnóstico de la depresión mayor presentaron un primer episodio antes de los 21 años, con una edad media de 15 años ⁴ En Perú, la prevalencia de depresión en adolescentes varía ampliamente, según sea los instrumentos de evaluación empleados y los grupos de poblaciones estudiadas, oscilando entre un 1.2% y 66% ; mientras que la prevalencia del deseo de morir y del pensamiento suicida en adolescentes son del 21,4% y 7,4% respectivamente ⁵

Las diferentes formas de clasificación de depresión han sido englobadas según criterios diagnósticos en el DSM-V y el Sistema de Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Entre ellas se encuentran el episodio depresivo (depresión leve, moderada y severa), así como sus variantes según presencia de síntomas psicóticos; y el trastorno depresivo mayor ⁶

Por otro lado, existen numerosos instrumentos que evalúan la depresión, siendo los más usados la Escala de Autoevaluación de Zung para Depresión (Zung Self-Assessment Depression Scale, SDS), el Center for Epidemiologic Studies Depresión Screen (CES-D) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI); siendo instrumentos comparables al no existir diferencias estadísticamente significativas entre sus resultados. Además, el BDI es un instrumento que permite valorar la gravedad de la depresión; así mismo, ésta validado en su versión traducida al castellano y presenta altas cifras de fiabilidad tanto en términos de consistencia interna como de estabilidad temporal. ⁷

Como segundo punto importante tenemos a la familia que es la institución básica que influye en el desarrollo emocional y brinda los cimientos para el desarrollo social de cada uno de los integrantes. De su funcionamiento depende gran parte del bienestar de sus miembros, ya que es inevitable aceptar que cuando dentro del contexto familiar algo anda

mal, cualquiera de sus integrantes puede verse afectado, lo cual tendrá repercusiones en diversas áreas de su vida ⁸

Las familias funcionales promueven el desarrollo integral de sus miembros y permiten que se mantengan estados de salud física, emocional y social favorables en cada uno de ellos. A diferencia de una familia disfuncional que constituye un factor de riesgo para la aparición de síntomas y enfermedades psíquicas y somáticas en sus miembros⁹. Las familias funcionales tienen mayores probabilidades de cumplir exitosamente la satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros, así mismo contribuyen al equilibrio ante las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital¹⁰

La adolescencia es una etapa trascendental en el desarrollo del individuo y es una de las épocas de mayor vulnerabilidad donde el apoyo, la orientación y los recursos que ofrecen la familia y las instituciones educativas deberían dar el soporte adecuado en esta etapa de vulnerabilidad. Sin embargo, existen estudios donde reportan que más del 50% de los adolescentes mencionan haberse sentido muy tristes con mucha frecuencia en esta etapa, y que más del 80% de ellos han pensado de forma fugaz en el suicidio¹¹



RESUMEN

La depresión es un problema de salud pública, siendo importante su identificación en etapas tempranas de la vida y sobretodo en población vulnerable como son los adolescentes, donde el funcionamiento familiar puede influir de forma positiva o negativa en el desarrollo de afecciones mentales, como es la depresión. **Objetivos:** Determinar si la disfunción familiar está asociado a un aumento en la frecuencia de los síntomas depresivos en adolescentes postulantes a la academia Fleming Arequipa 2018. **Diseño:** Estudio analítico de corte transversal. **Muestra:** Participaron 242 adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** Se encontró que de los 242 adolescentes evaluados solo representaban depresión un porcentaje del 35.9%, evidenciándose asociación significativa entre disfunción familiar y depresión en los alumnos, al encontrarse en ellos una disfunción familiar del 83.9%. Además se encontró que los alumnos con síntomas depresivos se da más en las mujeres con un 58.6%, comparándolo con los hombres que representaron el 41.3%; El colegio de procedencia, como otro factor de exposición, revelo que la mayoría de los alumnos, con un 59.77% pertenecieron a colegio nacional, y que la mayoría postulaba a biomédicas con un porcentaje de 36.78%, seguido de ingenierías y sociales. Para evaluar la asociación con relación de dependencia se realizó en primera instancia el análisis bivariado. Para la comparación de frecuencias de las variables categóricas entre dos grupos independientes de uso la prueba X^2 de Pearson. El valor de P considerado de significación estadística fue de 0.05. El análisis multivariado para la identificación de factores de exposición (riesgo) se realizó con la regresión logística con remoción escalonada condicional. **Conclusiones:** Existe asociación entre disfunción familiar y depresión en estudiantes adolescentes independientemente de tener sexo femenino. Así mismo, la probabilidad de presentar depresión se ve incrementada al tratarse de depresión moderada-severa en adolescentes con disfunción familiar.

Palabras clave: Depresión, disfunción familiar, adolescentes

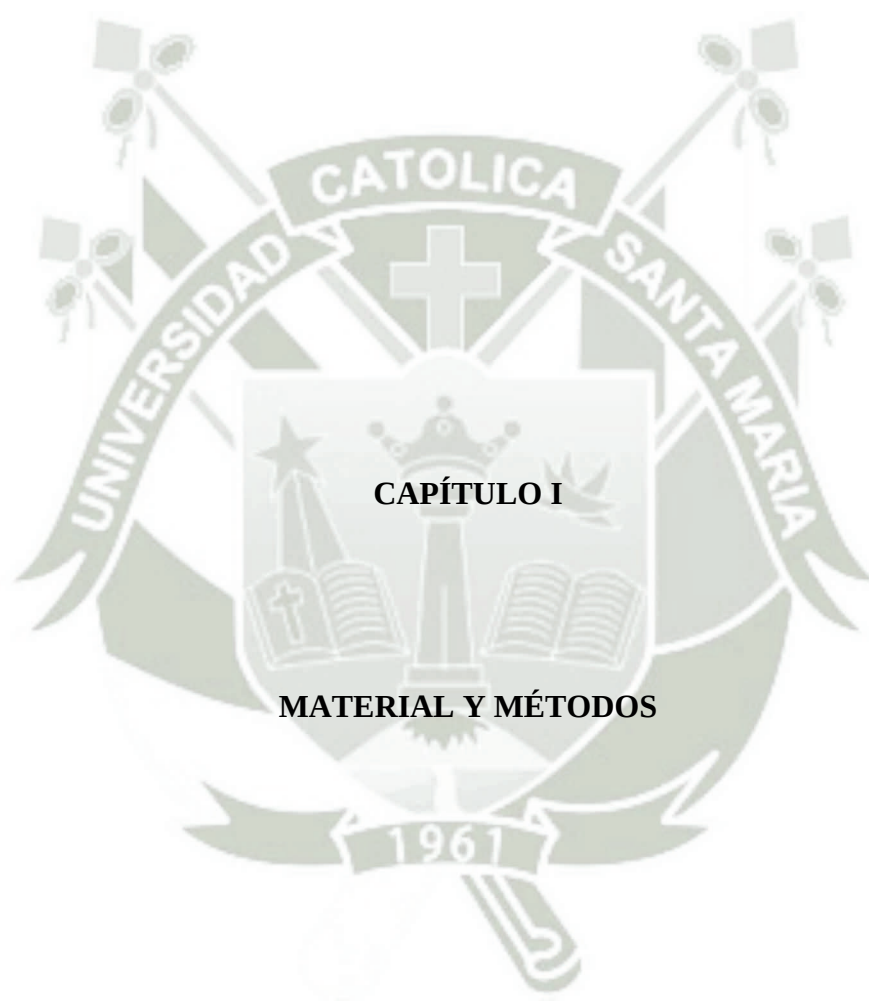
ABSTRACT

Depression is a public health problem, being important its identification in early stages of life and especially in vulnerable population such as adolescents, where family functioning can positively or negatively influence the development of mental disorders, such as depression. Objectives: To determine if family dysfunction is associated with an increase in the frequency of depressive symptoms in adolescents applying to the Fleming Arequipa 2018 academy. Design: Analytical cross-sectional study. Sample: 242 adolescents who met the inclusion criteria participated. Results: It was found that of the 242 adolescents evaluated, only a percentage of 35.9% represented depression, evidencing a significant association between family dysfunction and depression in the students, since they had a family dysfunction of 83.9%. In addition, it was found that students with depressive symptoms are more in women with 58.6%, comparing it with men who represented 41.3%; The school of origin, as another factor of exposure, revealed that the majority of students, with 59.77% belonged to a national college, and that most postulated biomedical with a percentage of 36.78%, followed by engineering and social. To evaluate the association with dependency relationship, the bivariate analysis was carried out in the first instance. For the comparison of frequencies of the categorical variables between two independent groups of use the Pearson X² test. The value of P considered with statistical significance was 0.05. The multivariate analysis for the identification of exposure factors (risk) was carried out with logistic regression with conditional staged removal. Conclusions: There is an association between family dysfunction and depression in adolescent students regardless of having a female gender. Likewise, the probability of presenting depression is increased when dealing with moderate-severe depression in adolescents with family dysfunction.

Key words: Depression, family dysfunction, adolescents.

INDICE

PREAMBULO	
INTRODUCCION	
RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I	1
MATERIAL Y MÉTODOS	
CAPÍTULO II	7
RESULTADOS	
CAPITULO III	20
DISCUSION Y COMENTARIOS	
CAPITULO IV	24
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
BIBLIOGRAFIA.....	27
ANEXOS.....	30
Anexo 1: Consentimiento informado.....	31
Anexo 2: Inventario de depresión de Beck.....	33
Anexo 3: Cuestionario Apgar Familiar.....	38
Anexo 4: Base de datos.....	39



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICAS

Se utilizara como técnica la encuesta.

1.2. INSTRUMENTOS

Se aplicaran un instrumento para la medición de la Depresión y una ficha de APGAR familiar

1.2.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI):

El BDI consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos según la alternativa escogida en función a la gravedad. Según el puntaje obtenido se clasifica de 0 a 9 como Ausente, de 10 a 18 Leve, de 19 a 29 Moderada y de 30 a 63 es considerada como depresión grave.

El BDI fue traducida, adaptada al castellano y validada en estudios previos, siendo actualmente una de las más utilizadas para valorar específicamente depresión. Así mismo, presenta altas cifras de confiabilidad y consistencia interna; de igual manera estudios previos han evidenciado que sus resultados son comparables con resultados de otras escalas como la Escala de Autoevaluación de Zung y el Center for Epidemiologic Studies Depresión Screen que son usadas en otros estudios ¹²

El inventario de depresión de Beck tiene como componentes analizados los siguientes:

Nº	ITEM	Nº	ITEM
1	Tristeza	12	Desinterés social
2	Pesimismo	13	Indecisión
3	Sentimiento de fracaso	14	Pobre imagen corporal
4	Insatisfacción	15	Dificultad laboral
5	Culpabilidad	16	Insomnio
6	Sentimiento de castigo	17	Fatiga
7	Auto decepción	18	Pérdida de apetito
8	Auto culpación	19	Pérdida de peso
9	Ideas suicidio	20	Hipocondría
10	Llanto	21	Desinterés por el sexo

11	Irritación		
----	------------	--	--

1.2.3. Ficha de registro de los datos el APGAR familiar:

Fue elaborada por el investigador para fines del presente estudio, para obtener datos de cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar en forma global según cada caso a los encuestados, las cuales han sido definidas en el presente estudio.

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia.

El APGAR familiar es un instrumento que muestra **cómo perciben** los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil.

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor: **Adaptación**, **Participación**, **Gradiente de recurso personal**, **Afecto**, y **Recursos**, cuyas características son las siguientes:

- Funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada.
- La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index)

13

1.2.4 Ficha de recolección de datos:

Fue elaborada por fines del presente estudio, para obtener los datos tanto edad y sexo; como el colegio de procedencia y el programa al que se presentaran de los encuestados, las cuales han sido definidas en el presente estudio.

La presente hoja de recolección de datos no es un cuestionario de evaluación, ya que no se ha consignado puntajes para su valoración de cada ítem; por lo cual, no requiere de validación. El presente instrumento solo es una herramienta para posteriormente describir las características tan de los adolescentes encuestados.

1.2.5. Validación del instrumento:

El instrumentos a emplear BDI cuentan con estudios de validación previos tanto a nivel internacional como nacional, presentando altas cifras de fiabilidad del BDI tanto en términos de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0,83) como de estabilidad temporal (las correlaciones test-retest). Mientras que, la Ficha de recolección de datos del

Apgar familiar validación también cuenta con estudios de investigación donde también se vio que es válido y fiable. APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades.

1.2.5. Materiales:

- Material de escritorio: Hojas bond (1 millar), 7 lapiceros.
- Servicios: Pasaje Urbano, servicio de impresiones y fotocopiado, servicio de anillado, servicio de internet.

Financiamiento: autofinanciado.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

El estudio de investigación será realizado en las aulas del establecimiento de la Academia Fleming previa coordinación con el director.

2.2. Ubicación temporal

Estudio se realizará en el período de febrero del 2018

2.3. Unidades de estudio

Adolescentes entre 15 a 18 años

2.4. Población:

Por conveniencia se tomó un grupo de estudio de 266 adolescentes postulantes a la academia Fleming que cumplan con los criterios de inclusión

2.5. Muestra

Para el desarrollo del estudio se tomó como conveniencia solo 242 adolescentes postulantes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión que se mencionarán a continuación, y 24 estudiantes que se les tuvieron que excluir por no contar con los siguientes criterios:

De inclusión:

- Jóvenes que tengan entre 15 a 18 años de edad.
- Jóvenes postulantes dentro de las edades ya mencionadas que acepten participar en el estudio mediante consentimiento informado

De exclusión:

- Jóvenes que decidan retirarse del estudio.
- Jóvenes que tengan mayor edad a 18 años de edad y menor a la indicada.
- Jóvenes que se rehúsen a firmar el consentimiento informado
- Jóvenes que no resuelvan los instrumentos de manera adecuada.
- Jóvenes que actualmente se encuentren en tratamiento para la depresión.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Previo aprobación de los jurados evaluadores del proyecto de tesis y del comité institucional de ética en la investigación de la Universidad Católica de Santa María-Arequipa, se solicitará el permiso a la Academia Fleming de Arequipa para poder realizar el estudio.

La investigadora, previa coordinación con el **Director académico Sr. Cesar Dávila Álvarez** quien invitara a participar en el estudio a los jóvenes que cumplan con los requisitos mediante consentimiento informado (ver anexo 1) y poder aplicar el instrumento de evaluación de depresión y disfunción familiar a los jóvenes postulantes. De los participantes se seleccionaran a los que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Posterior a la aceptación de los participantes, se les entregara y explicara como contestar el instrumento de evaluación (ver anexo 2) así como el cuestionario para ver la funcionalidad de la familia, Apgar familiar, (ver anexo 3), los cuales serán respondidos de forma personal y confidencial asignando un código. Luego de obtener los resultados se les brindara los resultados a los participantes de forma personal y se brindara recomendaciones de ser necesario para que pueda continuar una atención.

Cuando se haya concluido la recolección de datos, se construirá una base de datos en el Programa Excel, se procesarán los datos identificando disfunción familiar y a la vez factores asociados a depresión. Posteriormente, se procederá a elaborar el informe de investigación.

3.2. Recursos

Humanos:

El investigador: Katheryn Berlanga Arana

Alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Asesora: Dra Gloria Llaza Loayza

Material de escritorio:

Hojas bond (1 millar), 7 lapiceros

Servicios: Servicio de impresiones y fotocopiado, servicio de anillado, servicio de internet, pasaje urbano.

3.3. Criterios para manejo de resultados

Los datos fueron analizados con técnicas de estadística descriptiva para calcular valores de resumen de tendencia central: media aritmética y mediana, y de dispersión: desviación estándar, rango y coeficiente de variación en el caso de comparación entre grupos. Las variables cuantitativas: escala de Beck y Dinámica familiar, se exploró la normalidad de su distribución con la técnica de Kolmogorov Smirnov y Shapiro Wilk W, las cuales presentan un pronunciado sesgo positivo y negativo respectivamente, y para la detección de valores extremos se empleó con el test de la desviación extrema studentizada. Para las variables categóricas se calcularon frecuencias absolutas y relativas (%). Para objetivar algunas características de la distribución de frecuencias se utilizó histogramas.

Para evaluar la asociación con relación de dependencia se realizó en primera instancia el análisis bivariado. Para la comparación de frecuencias de las variables categóricas entre dos grupos independientes de uso la prueba X^2 de Pearson. El valor de P considerado con de significación estadística fue de 0.05

El análisis multivariado para la identificación de factores de exposición (riesgo) se realizó con la regresión logística con remoción escalonada condicional. Dicha prueba entrega al final, para cada variable incluida en el modelo: El coeficiente de regresión (b), el error estándar o típico, el intercepto (a), el X^2 , el valor de P, la razón de probabilidad (Odds Ratio).

Para el análisis descriptivo y de inferencia se usó los paquetes estadísticos: Excel 2010 (base de datos), Statistica 8.0 y SPSS 19.0 (análisis descriptivo y de inferencia).



CAPÍTULO II

RESULTADOS

DISFUNCION FAMILIAR Y SU RELACION CON LA FRECUENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES POSTULANTES DE LA ACADEMIA FLEMING AREQUIPA 2018

4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Tabla 1. Frecuencia de edad por sexo.

Grupos de edad (años)	Hombre (108)		Mujer (134)	
	Nº	%	Nº	%
15	14	12,96	19	14,18
16	45	41,67	48	35,82
17	31	28,70	46	34,33
18	18	16,67	20	14,93

En la tabla 1 se muestra el grupo de estudio conformado por 242 adolescentes postulantes a la academia Fleming que cumplieron con los criterios de inclusión, de los cuales 108 son hombres y 134 mujeres. Respecto a las edades según el sexo, se encontró que en hombres un 41.6% correspondían a los 16 años de edad, seguido con 28.7% de 17 años, un 16.6% correspondiente a los 18 años y un 12.9% con 15 años; En cuanto a las mujeres se encontró que un 35.8% correspondían a las edades de 16 años, un 34.33% con 17 años, 14.9% con 18 años y 14.1% de 15 años de edad, 14.9% con 18 años y 14.1% de 15 años de edad.

DISFUNCION FAMILIAR Y SU RELACION CON LA FRECUENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES POSTULANTES DE LA ACADEMIA FLEMING AREQUIPA 2018

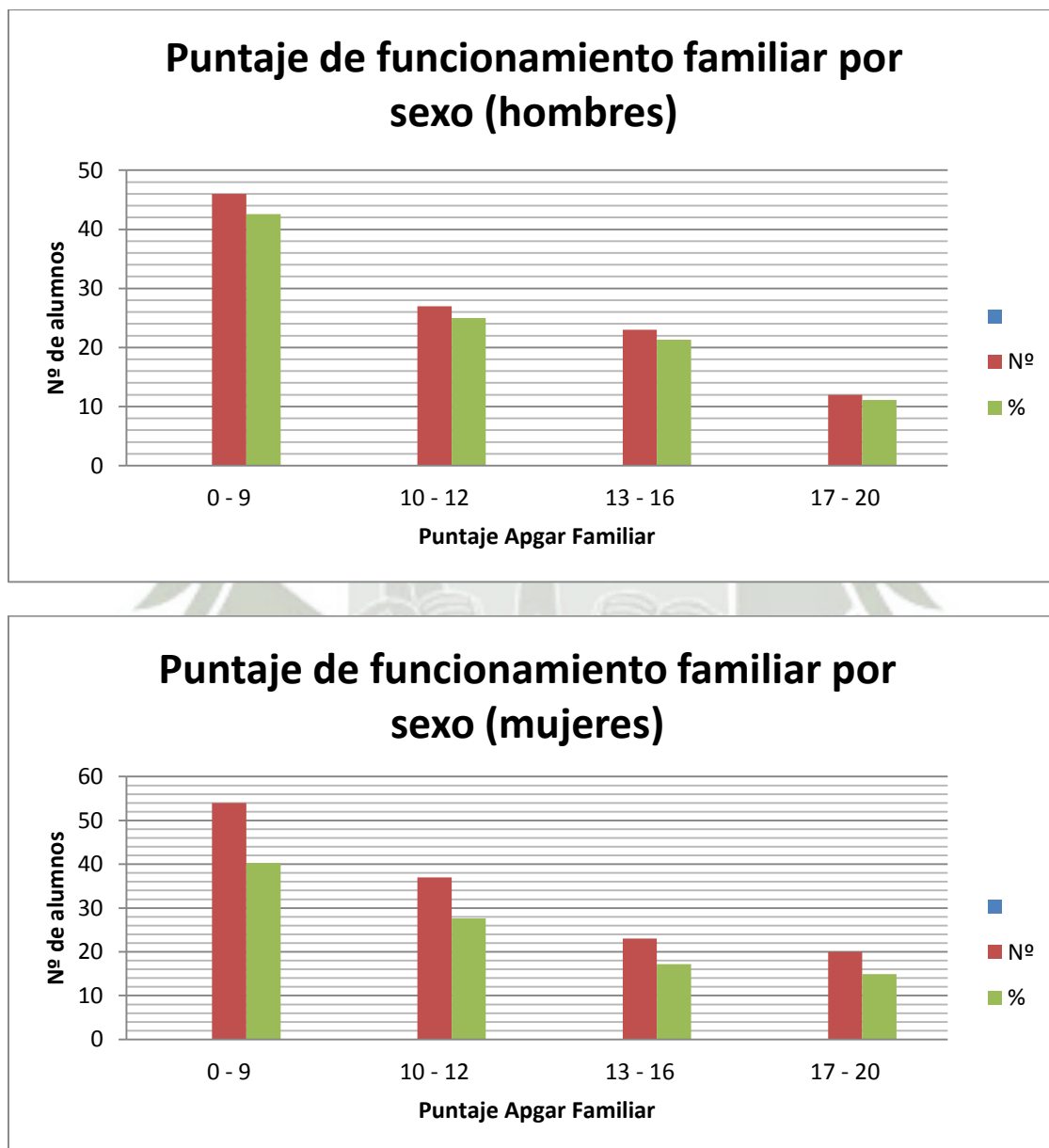
Tabla 2. Frecuencia y valores de resumen del puntaje de funcionamiento familiar por sexo.

Intervalos / Valores de resumen	Hombre (108)		Mujer (134)	
	Nº	%	Nº	%
<i>Intervalos heterogéneos*</i>				
0 – 9	46	42,59	54	40,30
10 – 12	27	25,00	37	27,61
13 – 16	23	21,30	23	17,16
17 – 20	12	11,11	20	14,93
<i>Valores de resumen</i>				
Número de participantes	108		134	
Media	14,55		14,22	
Mediana	15		15	
D. estándar	4,64		4,74	
Coefficiente de variación	31,87%		33,31%	
Valor mínimo – máximo	0 – 20		0 – 20	

En la tabla 2 utilizando el Apgar familiar se obtuvo que un 42,59% de los hombres presentaban una disfunción familiar severa, seguido de una disfunción familiar moderada, con un 25%, con disfunción familiar leve un 21,3% y sin disfunción familiar un 11,11% ; En caso de las mujeres se encontró que un 40,3% presenta disfunción familiar severa, un 27,6% disfunción moderada , un 17,1% disfunción leve y un 14,9% que no presenta disfunción familiar

DISFUNCION FAMILIAR Y SU RELACION CON LA FRECUENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES POSTULANTES DE LA ACADEMIA FLEMING AREQUIPA 2018

Grafico 1. Distribución de frecuencia de las categorías de funcionamiento familiar, por sexo.



En el grafico 1. Se evidencia ya lo mencionado donde se indica que en ambos grupos de estudio, se ve una predominancia por disfunción familiar severa, seguida por la moderada y leve en cada grupo de estudio.

DISFUNCION FAMILIAR Y SU RELACION CON LA FRECUENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES POSTULANTES DE LA ACADEMIA FLEMING AREQUIPA 2018

Tabla 3. Frecuencia y valores de resumen del puntaje de la escala de BECK por sexo.

Intervalos / Valores de resumen	Hombre (108)		Mujer (134)	
	Nº	%	Nº	%
Intervalos heterogéneos*				
0 – 13	72	66,67	83	61,94
14 – 19	22	20,37	29	21,64
20 – 28	10	9,26	14	10,45
29 – 50	4	3,70	8	5,97
Valores de resumen				
Número de participantes	108		134	
Media	11,14		12,27	
Mediana	10		10	
D. estándar	7,76		8,92	
Coefficiente de variación	69,66%		72,69%	
Valor mínimo – máximo	0 – 34		0 – 50	

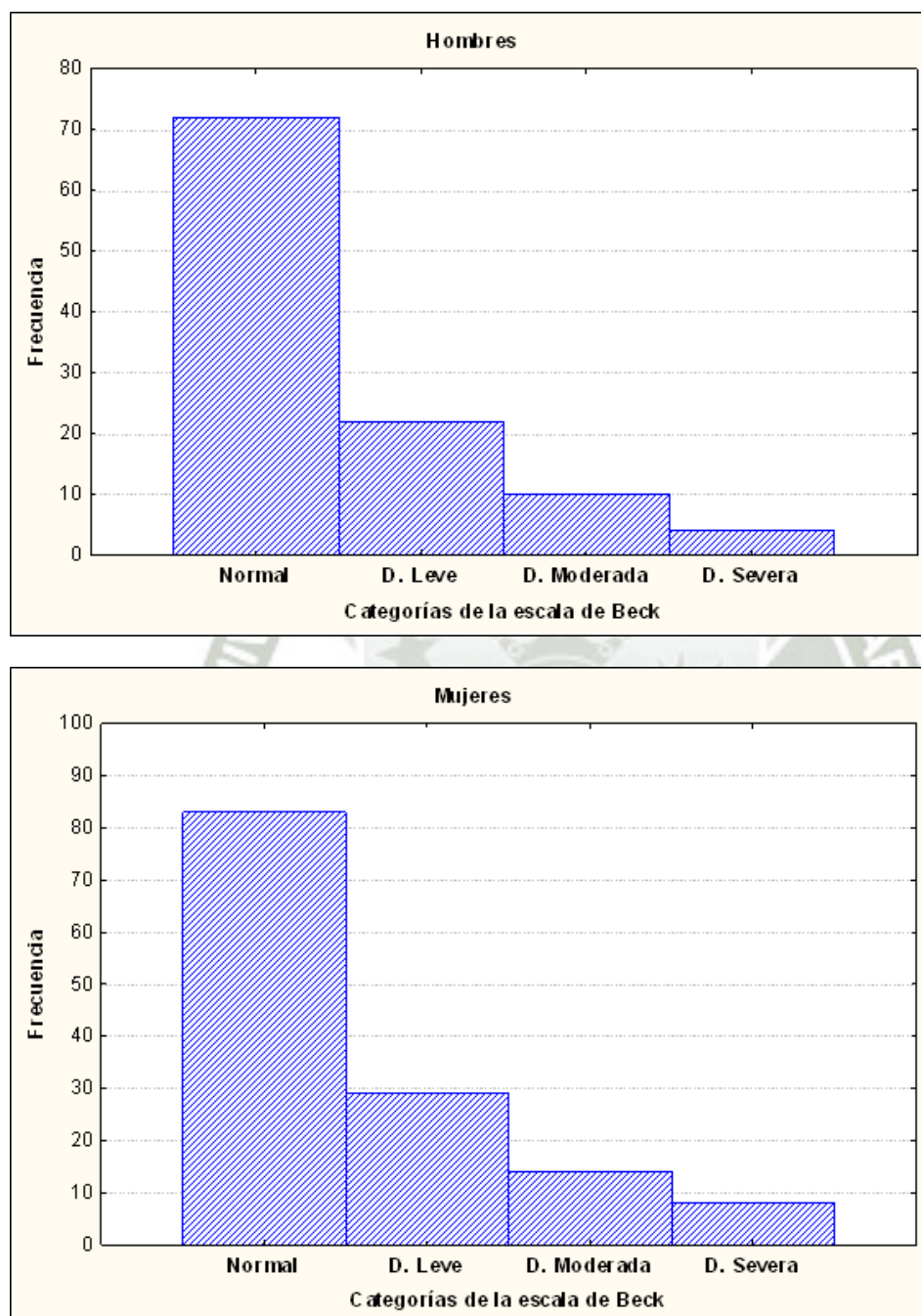
(*) A los intervalos heterogéneos se denominan “categorías”.

En la tabla 3 utilizando el puntaje de la escala de Beck para depresión se obtuvo que en caso de los hombres solo un 3.7% presentan depresión severa, seguida de un 9.26 % depresión moderada , un 20.37% depresión leve y un 66.6% no tiene depresión ; En caso de las mujeres se encontró algo similar , donde el valor de menos frecuencia es la depresión severa representando un 5.97% , seguida de una depresión moderada con un 10.45% , luego una depresión leve con un 21.6% y se encontró un 61.94% sin depresión.

También se evidencia los valores de media, que es el valor característico de una serie de datos cuantitativos, encontrándose en varones un valor de 11.14 y en mujeres de 12.27. Así mismo la mediana, que representa el valor de la variable de posición central en un conjunto de datos ordenados, con un valor de 10 en ambos grupos de estudio. Una desviación estándar en varones de 7.76 y 8.92 en caso de las mujeres, y un coeficiente de variación de 69.66% en varones y 72.69% en mujeres.

DISFUNCION FAMILIAR Y SU RELACION CON LA FRECUENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES POSTULANTES DE LA ACADEMIA FLEMING AREQUIPA 2018

Grafico 2. Distribución de frecuencia de las categorías de la escala de BECK, por sexo.



En el grafico 2 utilizando el puntaje de la escala de Beck para depresión se observa que en ambos grupos de estudio se evidencia una depresión severa en menor porcentaje, seguida de la moderada, leve y por último los que no presentan depresión con un porcentaje mayor.

DISFUNCION FAMILIAR Y SU RELACION CON LA FRECUENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES POSTULANTES DE LA ACADEMIA FLEMING AREQUIPA 2018

Tabla 4. Frecuencia de colegio de procedencia y opciones de postulación de los adolescentes por sexo.

Antecedentes	Hombre (108)		Mujer (134)	
	Nº	%	Nº	%
Colegio de procedencia				
<i>Estatad</i>	46	42,59	56	41,79
<i>Parroquial</i>	43	39,81	55	41,04
<i>Particular</i>	19	17,59	23	17,16
Área académica de postulación				
<i>Biomédicas</i>	33	30,56	41	30,60
<i>Ingenierías</i>	39	36,11	46	34,33
<i>Ciencias Sociales</i>	36	33,33	47	35,07

Tabla 4 Se muestra como factores que en ambos grupos de estudio hay un mayor porcentaje que indica que la mayoría de los alumnos encuestados pertenecían a colegio estatal, seguido por pertenecer a un colegio parroquial y en menor porcentaje están los alumnos que provenían de colegio particular; Así mismo se evidencia que el mayor porcentaje de alumnos en ambos grupos de estudio postularan al área de ingenierías con un 36,11 % y 34,33%, seguido del área de sociales y biomédicas.

DISFUNCION FAMILIAR Y SU RELACION CON LA FRECUENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES POSTULANTES DE LA ACADEMIA FLEMING AREQUIPA 2018

Tabla 5. Frecuencia de disfunción familiar por sexo en los adolescentes estudiados.

Condición	Hombres (108)			Mujeres (134)		
	Nº	%	% Parcial	Nº	%	% Parcial
Con disfunción familiar	62	57,41		80	59,70	
<i>D. F. Severa</i>	27		43,55	37		46,25
<i>D. F. Moderada</i>	23		37,10	23		28,75
<i>D. F. Leve</i>	12		19,35	20		25,00
Sin disfunción familiar	46	42,59		54	40,30	

Tabla 5 Se muestra que existe un mayor porcentaje de alumnos que presentan disfunción familiar en ambos grupos de estudio, representando un 57.41% en los varones, y un 59.7% en mujeres; Se evidencia también los diferentes grados de severidad según el sexo.

DISFUNCION FAMILIAR Y SU RELACION CON LA FRECUENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES POSTULANTES DE LA ACADEMIA FLEMING AREQUIPA 2018

Tabla 6. Frecuencia de depresión por sexo en los adolescentes estudiados.

Condición	Hombres (108)			Mujeres (134)		
	N°	%	% Parcial	N°	%	% Parcial
Con depresión	36	33,33		51	38,06	
<i>D. leve</i>	22		61,11	29		56,86
<i>D. Moderada</i>	10		27,78	14		27,45
<i>D. Severa</i>	4		11,11	8		15,69
Sin depresión	72	66,67		83	61,94	

En la tabla 6 Se demuestra que existe un menor porcentaje de alumnos de la academia Fleming con depresión constituyéndolo solo un 33.33% en varones y un 38,06% en mujeres. Se evidencia también los diferentes grados de severidad según el sexo, donde se encontró en mayor porcentaje una depresión leve en ambos grupos de estudio, seguido de depresión moderada y severa.

DISFUNCION FAMILIAR Y SU RELACION CON LA FRECUENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES POSTULANTES DE LA ACADEMIA FLEMING AREQUIPA 2018

4.2 ANÁLISIS COMPARATIVO BIVARIADO.

Tabla 7. Frecuencia de depresión según los factores de exposición.

Factores de exposición	Con depresión (87)		Sin depresión (155)		X ²	P
	Nº	%	Nº	%		
Edad					1,03	0,79
14	0		1	0,65		
15	10	11,49	23	14,84		
16	32	36,78	61	39,35		
17	31	35,63	46	29,68		
18	14	16,09	24	15,48		
Sexo					0,58	0,45
Hombre	36	41,38	72	46,45		
Mujer	51	58,62	83	53,55		
Colegio de procedencia					48,36	3.11 E-11
Estatad	52	59,77	50	32,26		
Parroquial	10	11,49	88	56,77		
Privado	25	28,74	17	10,97		
Área de postulación					3,5	0,17
Biomédicas	32	36,78	42	27,10		
Ingenierías	31	35,63	54	34,84		
Ciencias sociales	24	27,59	59	38,06		
Disfunción familiar					35,66	2.34 E-9
Si	73	83,91	69	44,52		
No	14	16,09	86	55,48		

Tabla 7 En el análisis comparativo bivariado se evidencia el grado de depresión según los diferentes factores de exposición; Se encontró que de los 242 adolescentes evaluados, 87 (35.95%) presentan síntomas depresivos y 155 (64.04%) alumnos no. Además se evidencia que los alumnos con síntomas depresivos se da más en las mujeres con un 58.6%, comparándolo con los hombres que representaron el 41.3%; El colegio de procedencia, como otro factor de exposición, revelo que la mayoría de los alumnos con un 59.77% pertenecieron a colegio nacional, y que la mayoría de los alumnos con depresión postulaban a biomédicas con un porcentaje de 36.78%, seguido de ingenierías con 35.6% y sociales con 27.59%. En cuanto a disfunción familiar, se vio que si hay relación con depresión, ya que se evidencio que un 83.91% de alumnos con depresión presentaban disfunción familiar y un 16.09% no presentaba disfunción familiar.

DISFUNCION FAMILIAR Y SU RELACION CON LA FRECUENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES POSTULANTES DE LA ACADEMIA FLEMING AREQUIPA 2018

Tabla 8. Frecuencia de grado de depresión según el factor de exposición.

Factor de exposición	NO	Depresión			Total
		Leve	Moderada	Severa	
Colegio de Procedencia					
Nacional	50	31	12	9	102
Parroquial	88	7	3	0	98
Privado	17	13	9	3	42
Disfunción familiar					
NO	86	13	2	0	101
Leve	42	13	6	1	62
Moderada	19	15	9	4	47
Severa	8	10	7	7	32
Total	155	51	24	12	242

Tabla 8. Se demuestra que la mayoría de los alumnos que presentaban depresión provenían de colegio nacional, seguido de colegio parroquial. Además se evidencia que de los alumnos que presentan depresión se encontró que también pertenecían a una familia con disfunción, con mayor proporción presentaban disfunción familiar leve y moderada.

DISFUNCION FAMILIAR Y SU RELACION CON LA FRECUENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES POSTULANTES DE LA ACADEMIA FLEMING AREQUIPA 2018

Tabla 9. Colegio de procedencia y disfunción familiar.

Colegio de procedencia	Disfunción familiar				Total
	Si	% H*	No	% H*	
<i>Nacional</i>	61	59,80	41	40,2	102
<i>Parroquial</i>	55	56,12	43	43,88	98
<i>Privado</i>	26	61,91	16	30,09	42
Total	142		100		242

(*) **Porcentaje horizontal.**

Tabla 9 Se evidencia relación de disfunción familiar y colegio de procedencia en los alumnos postulantes de la academia Fleming. De los alumnos con disfunción familiar un mayor porcentaje pertenecían a colegio nacional, seguido de parroquial y privado.

Como en la Tabla 7 (análisis bivariado) son dos factores que tiene influencia estadísticamente significativa ($P < 0.05$): Colegio de procedencia y disfunción familiar. Entonces hay que clarificar: en cuál de ellos la disfunción familiar es más frecuente. Si se opta por el cálculo del porcentaje vertical (%V) de la disfunción familiar se obtendrá un valor que pueden inducir a una afirmación equivocada, (Nacional: $61 / 142 = 42.95\%$; Parroquial: $55 / 142 = 38.73\%$; y Privado: $26 / 142 = 18.31\%$), que la DF es menos frecuente en los colegios privados. Ello ocurre porque el número de 42 participantes provenientes de colegio privado es pequeño con respecto a los 102 y 98 de colegios nacional y parroquial respectivamente. Para evitar este riesgo se opta por el cálculo del porcentaje horizontal (%H), que permite objetivar que la DF, es mayor en los que proviene de colegio privado (61.91%). Obviamente si las frecuencias absolutas de las casillas SI / NO con respecto a Nacional / Parroquial / Privado son diferentes, los porcentajes V u H también los serán.

DISFUNCION FAMILIAR Y SU RELACION CON LA FRECUENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES POSTULANTES DE LA ACADEMIA FLEMING AREQUIPA 2018

4.3. Análisis comparativo multivariado (regresión logística)

MODELO / FACTORES	Coefficiente de regresión (b)	Error estándar	X ²	P*	ODDS RATIO (OR)
MODELO INICIAL					
<i>APBiomédicas</i>	,084	,426	,039	,843	1,088
<i>APIngenierías</i>	,161	,421	,146	,703	1,174
<i>CENacional</i>	2,554	,432	34,947	3.387 E-9	12,853
<i>CEPrivado</i>	3,027	,520	33,822	6.038 E-9	20,635
<i>Edad</i>	,126	,183	,470	,493	1,134
<i>Sexo</i>	,434	,346	1,573	,210	1,543
<i>Gdisfunción Familiar</i>	2,188	,386	32,199	1.391 E-9	8,914
<i>Constante (a)</i>	-6,248	3,072	4,137		
MODELO FINAL					
<i>CENacional</i>	2,505	,421	35,425	2.650 E-9	12,249
<i>CEPrivado</i>	2,967	,515	33,179	8.404 E-9	19,429
<i>Gdisfunción Familiar</i>	2,168	,372	33,966	5.609 E-9	8,737
<i>Constante (a)</i>	-3,792	,477	63,195		

En el análisis comparativo multivariado se encontró altos valores en lo que representa el odds ratio, referente al centro de educación al que pertenecían, encontrándose la mayor probabilidad los de colegio nacional, privado y en el grado de disfunción familiar, Como sabemos el odd radio es una medida de asociación entre dos variables que indica la fortaleza de relación entre dos variables, donde los valores menores de 1 señalan una asociación negativa entre las variables y los valores mayores de 1 indican asociación positiva entre las variables. Así, un adolescente proveniente de un colegio nacional tiene 12 veces mayor probabilidad de desarrollar depresión. Debemos recordar también que una desviación estándar más grande se traducirá en un mayor error estándar de la media y una estimación menos precisa de la media de la población.



CAPITULO III

DISCUSION Y COMENTARIOS

DISCUSION Y COMENTARIOS

La depresión constituye un grave problema de salud pública que requiere mayor y mejor atención¹⁴ Globalmente esta enfermedad afectó en 2016 a más de 322 millones de personas, lo que equivale al 4,4 % de la población mundial.¹⁵

Según los resultados obtenidos en el presente estudio, cabe mencionar que la hipótesis ha sido aceptada, es decir, se determinó que si existe asociación entre disfunción familiar y depresión en adolescentes postulantes a la academia Fleming de Arequipa, si bien en el presente trabajo solo se encontró depresión en un grupo menor de estudio, un 35.9% se determinó asociación significativa entre disfunción familiar y depresión, al encontrarse en ellos una disfunción familiar del 83.9%. Así Arenas en el 2009 realizó una investigación en Lima-Perú, cuyo objetivo fue determinar la relación existente entre la funcionalidad familiar y la depresión en los adolescentes atendidos en el departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue. La muestra estuvo compuesta por 63 pacientes. La investigación fue de tipo descriptiva y explicativa. Los instrumentos utilizados fueron el “Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales III” (FACES III) y el “Cuestionario Estructural tetradimensional” para la Depresión. Los resultados indicaron que no existe una relación significativa en la muestra entre los niveles de funcionalidad familiar y niveles de depresión; en cuanto a la relación entre la presencia o ausencia de depresión según el sexo, tampoco se hallaron diferencias significativas. No obstante llegaron a la conclusión que es importante tener en cuenta que el diagnóstico de depresión propiamente dicho siempre ha sido difícil de catalogar en los adolescentes por los diversos cambios emocionales que experimentan y se recomienda investigar a profundidad el comportamiento de adolescentes y su relación con el entorno, para conocer si la depresión es una causal de su conducta ¹⁶

Sin embargo en otro trabajo también realizado en Lima el 2016 se evidencio que si existe relación entre disfunción familiar y depresión en adolescentes, el trabajo de investigación realizado tuvo un diseño no experimental, de tipo correlacional. Para la evaluación de los tipos de Cohesión y Adaptabilidad Familiar se utilizó la escala FACES III y para la evaluación de la depresión se usó la escala Birlson, los cuales fueron aplicados a 288 adolescentes de entre 13 y 17 años de edad. En cuanto a los resultados se obtuvo que del total de adolescentes evaluados, el 36% presentara síntomas depresivos y el 11% se encontró con depresión mayor; el tipo de Cohesión Familiar que predominó fue el tipo Conectada (41%), seguido del tipo Aglutinada (35%), respecto al tipo de Adaptabilidad Familiar, predominó el tipo Estructurada (43%), seguido del tipo Flexible (28%) y el tipo Rígida (20%). Finalmente, se halló relación estadísticamente significativa entre el tipo de Cohesión Familiar y la depresión.¹⁷

En el presente estudio además se evidencia que los alumnos con síntomas depresivos se da más en las mujeres con un 58.6%, comparándolo con los hombres que representaron el 41.3%. Gómez-Bustamante, Castillo-Ávila y Cogollo realizaron una investigación en Colombia el año 2009 cuyo objetivo era conocer los predictores de disfunción familiar en

adolescentes estudiantes de secundaria en la ciudad de Cartagena. La muestra estuvo compuesta por 1730 estudiantes que se encontraban entre 13 y 17 años de edad, de los cuales el 52% era del sexo femenino y el 48% del sexo masculino, los cuales fueron seleccionados por un muestreo probabilístico. Para medir la disfunción familiar se utilizó el cuestionario de APGAR familiar y se ajustaron los predictores mediante la regresión logística binaria. Como resultados se obtuvo que el 51,8% de la muestra cuenta con un nivel de disfunción familiar, siendo sus predictores: los síntomas depresivos con importancia clínica, baja religiosidad, vivir con la familia no nuclear, consumo de alguna sustancia, pertenecer al estrato social bajo y tener un bajo rendimiento académico. Como conclusiones se obtuvo que los síntomas depresivos con importancia clínica, la baja religiosidad y vivir con la familia no nuclear son los principales predictores para la disfunción familiar en estudiantes adolescentes de la ciudad de Cartagena, Colombia y que es posible que esta asociación sea bidireccional.¹⁸

En este estudio realizado encontramos que existe una mayor frecuencia de disfunción familiar entre los estudiantes adolescentes aplicando el instrumento APGAR familiar (83%). De igual forma en estudios previos desarrollados por Torres y col. y Gonzales y col. han reportado una mayor frecuencia de disfunción familiar en adolescentes, reportando incluso cifras mayores a las encontradas en el presente estudio. Torres y col. han reportado un 83.8% de disfunción familiar en adolescentes utilizando como instrumento el APGAR familiar¹⁹

Al realizar los respectivos análisis bivariados y multivariados para identificar la probabilidad de presentar depresión considerando como factores de exposición a la disfunción familiar y el sexo femenino encontramos que persiste la asociación entre depresión y disfunción familiar, así como entre depresión y sexo femenino.

En el presente estudio realizado también se evidencio dentro de los factores de exposición que el colegio de procedencia, en nuestro estudio, demostró que la mayoría de los alumnos con depresión, un 59.77% pertenecieron a colegio estatal, y que la mayoría postulaba a biomédicas con un porcentaje de 36.78%, seguido de ingenierías con 35.6% y sociales con 27.59%. Así se encontró también en un estudio realizado por María Jesús Escobar Sáez (2015) en su trabajo titulado “Disfunción familiar en adolescentes de quinto de secundaria de un colegio público y un colegio privado en el distrito de la Molina” Se obtuvo como resultado que existen diferencias significativas en el nivel de disfunción según el colegio de procedencia y según el sexo, sin embargo, no se encontraron diferencias según la presencia de uno o ambos de los progenitores en el hogar. La investigación tuvo como objetivo analizar las diferencias en el nivel de disfunción familiar en adolescentes de quinto de secundaria de un colegio privado y un colegio público en el distrito de La Molina. Además, determinar si existen diferencias según el sexo y según la presencia de padres en el hogar en los niveles de disfunción. La muestra estuvo compuesta de 214 alumnos entre 15 y 19 años de edad, donde 106 de ellos eran del colegio público y 107 del privado. Se utilizó el Inventario de Disfunción Familiar (IDF) para determinar el nivel de disfunción familiar.²⁰

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe esos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitado, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta.²¹





CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

PRIMERO

Se encontró que los alumnos de la Academia Fleming de la ciudad de Arequipa solo representaban depresión un porcentaje del 35.9%

SEGUNDO

Se determinó asociación significativa entre disfunción familiar y depresión en alumnos adolescentes de la Academia Fleming de la ciudad de Arequipa, al encontrarse en los alumnos con depresión una disfunción familiar del 83.9%

TERCERO

Los estudiantes adolescentes, de la academia Fleming de la ciudad de Arequipa, son en su mayoría de sexo femenino, se evidencia que los alumnos con síntomas depresivos se da más en las mujeres con un 58.6%, comparándolo con los hombres que representaron el 41.3%. Además tienen en promedio 16 años de edad en ambos grupos de estudio

CUARTO

Los estudiantes adolescentes, de la Academia Fleming de la ciudad de Arequipa, presentan depresión, con una frecuencia del 35.9%; siendo con mayor frecuencia depresión leve (21.6%) seguido de la depresión moderada (10.45%) y en menor frecuencia la depresión grave (5.97%) en las mujeres; En caso de los hombres también se evidencio un mayor porcentaje de frecuencia la depresión leve con 20.37%.

QUINTO

Existen diferencias significativas al comparar grupos de estudiantes adolescentes, de la Academia Fleming de la ciudad de Arequipa, con depresión y sin depresión respecto a las características de disfunción familiar y sexo femenino, encontrándose mayormente estas características en estudiantes adolescentes con depresión.

RECOMENDACIONES

1. El departamento de psicología de la Academia Fleming de la ciudad de Arequipa deberá realizar el soporte y orientación especializada según corresponda a cada estudiante adolescente según hallazgos encontrados sobre el funcionamiento familiar y la depresión en estudiantes.
2. El Director de la academia Fleming de la ciudad de Arequipa, a través del departamento de psicología, debe coordinar la identificación de casos de estudiantes con depresión para su derivación y tratamiento oportuno por el especialista, y así brindar el soporte adecuado para el buen desempeño estudiantil
3. El departamento de Psicología de la academia Fleming de la ciudad de Arequipa debe realizar periódicamente tamizajes de depresión y disfunción familiar entre los estudiantes adolescentes para obtener un mayor control de los casos presentados.



BIBLIOGRAFIA

- ¹ Article title:Guia de Practica Clínica sobre el Manejo de la Depresión
Website title: Guiasalud.es
URL:http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/apartado04/definicion_diagnostico.html
- ² Website title: Nimh.nih.gov
URL:https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf
- ³ Article title: Guía Salud. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia.
Website title: Guiasalud.es
URL:http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/apartado01/introduccion.html
- ⁴ Smith D, Muir W, Blackwood D: Genetics of early-onset depression. Br J Psychiatry.2003, 182:363
- ⁵ Bazán-López José L, Olórtogui-Malaver Víctor M, Vargas-Murga Horacio B, Huayanay-Falconí Leandro. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. Rev. Neuropsiquiatr [Internet]. 2016 [citado 2017 Nov 27]; 79(1): 3-16. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-85972016000100002&lng=es
- ⁶ Website title: Guiasalud.es
URL:
http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/documentos/apartado04/apartado04.pdf
- ⁷ Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. Am J Psychiatry. 2000; 157(10):1552-62
- ⁸ Article title: funcionalidad y disfuncionalidad familiar
website title: revistabiendesalud.com
url: <http://www.revistabiendesalud.com/articulos/funcionalidad-y-disfuncionalidad-familiar/>
- ⁹ Paz S. Problemas en el desempeño escolar y su relación con el funcionalismo familiar en alumnos de EGB 1. Revista de la Facultad de Medicina 2007; 8 (1):234 – 239
- ¹⁰ Zaldívar D. Funcionamiento familiar saludable. 2006. Obtenido de: <http://www.Sld.cu>. (Fecha de consulta: 15 – 01 – 16)
- ¹¹ Ospina-Ospina F, Hinestrosa-Upegui M, Paredes M, Guzmán Y, Granados C. Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. Rev. salud pública. 13 (6): 908-920, 2011

- 12 Article title: Test de Beck Depresión
Webside title: Depresion.psicomag.com
URL: http://www.depresion.psicomag.com/test_beck.php
- 13 Suarez Cuba Miguel A., Alcalá Espinoza Matilde. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2014 [citado 2018 Feb 19]; 20(1): 53-57. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es
- 14 Catalina González-Forteza, Alicia Edith Hermosillo de la Torre b , María de los Ángeles Vacío-Muro b , Robert Peraltac y A. Wagner; Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica 2015 ; 149 URL:[file:///F:/Documents%20and%20Settings/PC/Mis%20documentos/Downloads/S1665114615000659_S300_es%20\(1\).pdf](file:///F:/Documents%20and%20Settings/PC/Mis%20documentos/Downloads/S1665114615000659_S300_es%20(1).pdf)
- 15 Webs EFE.com; Salud mental: En España 2,4 millones de personas sufren depresión, el 5,2 % de la población; Ginebra23 feb. 2017 Disponible:
<https://www.efe.com/efe/espana/sociedad/en-espana-2-4-millones-de-personas-sufren-depresion-el-5-la-poblacion/10004-3188014>
- 16 Sully Carolina Arenas Ayllón. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. Tesis para optar el título profesional de Psicóloga; Lima. universidad nacional mayor de san marco;2009 url:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2562/arenas_as.pdf;jsessionid=34a0d6bd43becf1d5d20d1e6685c5c82?sequence=1
- 17 Araujo Oré Lizbeth Octavia. Cohesión y adaptabilidad familiar y depresión en adolescentes de una i.e de Lima Tesis para optar el grado de Psicología.Lima: Universidad Señor de sipan facultad de humanidades:2016
url:<http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/3092/1/cohesi%c3%93n%20y%20adaptabilidad%20familiar%20y%20depresi%c3%93n%20en%20adolescentes%20de%20una%20i.e%20de%20lima.pdf>
- 18 Gómez-Bustamante, Castillo-Ávila y Cogollo; Predictores de disfunción familiar en adolescentes estudiantes de secundaria en la ciudad de Cartagena; Colombia; 2009 URL: www.scielo.org.co/pdf/cesp/v9n2/2011-3080-cesp-9-02-00167.pdf
- 19 Torrel M, Delgado M. Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla - Tumbes, 2013. Ciencia y Desarrollo. 2014; 17 (1): 47-54.
- 20 Escobar Sáez, María Jesús; Disfunción familiar en adolescentes de quinto de secundaria de un colegio público y un colegio privado en el distrito de la molina. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología; Lima. Universidad de Lima escuela de Humanidades; 2015. URL:
http://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/ulima/1721/Escobar_Saez_Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- ²¹ El Mostrador; Altos índices de depresión y suicidios de niños en Chile levantan alerta de la OMS; Chile; 15 abril, 2016; Disponible: <http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2016/04/15/altos-indices-de-depresion-y-suicidios-de-ninos-en-chile-levantan-alerta-de-la-oms/>





ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente se le invita a en un estudio de investigación, que tiene como propósito conocer los factores asociados a depresión en adolescentes postulantes a la academia Fleming relacionado a disfunción familiar de Arequipa, año 2018.

Participación voluntaria

Luego de terminar de revisar este consentimiento, usted es la única persona que decide si acepta participar en el estudio. Su participación es completamente voluntaria.

Procedimientos

1. Se tomarán una encuesta para valorar la disfunción familiar y su relación a síntomas depresivos, para ello se le explicara el correcto llenado y se codificaran sus instrumentos de evaluación a fin de garantizar la confidencialidad.
2. Se espera poder contar con la participación de jóvenes postulantes de la Academia Fleming
3. Se evaluarán los resultados obtenidos en la encuesta, y se les brindara sus resultados de forma confidencial y orientación respectiva.

Riesgos y procedimientos para minimizar los riesgos

No existen riesgos en esta investigación.

Costos

Usted no deberá asumir ningún costo económico para la participación en este estudio, el costo de las encuestas serán asumidos por el investigador.

Beneficios

Puede ser que no haya un beneficio inmediato para usted por participar de este estudio. Sin embargo, usted estará contribuyendo decisivamente a conocer los factores asociados a depresión en relación a disfunción familiar de los participantes asociados a la academia Fleming de Arequipa. Así mismo, contara con los resultados de la evaluación respectiva de depresión.

Confidencialidad

Todos sus resultados que se generen serán tratados con la más estricta confidencialidad, para ello serán registrados mediante códigos que solo el investigador conoce y no serán compartidos sin su autorización.

Contacto

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio el personal asignado a coordinar este estudio puede responder preguntas adicionales sobre la encuesta, o cualquier procedimiento

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO/AUTORIZACION

Yo he tenido oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas mis preguntas han sido contestadas.

He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Además, entiendo que estando de acuerdo de participar en este estudio estoy dando permiso para que se procese la información que haya sido respondida en los cuestionarios aplicados.

En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo de participar en este estudio.

Nombre del participante	
DNI:	

Firma y/o huella digital del participante	
---	--

Nombre del Investigador principal	
Documento de identidad	

Fecha:

ANEXO 2

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Colegio de procedencia:

Carrera profesional a la q postula

CÓDIGO N°.....

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1).

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2).

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3).

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4).

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 - No disfruto de las cosas tanto como antes.
 - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 - Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 5).
- No me siento especialmente culpable.
 - Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - Me siento culpable constantemente.
- 6).
- No creo que esté siendo castigado.
 - Me siento como si fuese a ser castigado.
 - Espero ser castigado.
 - Siento que estoy siendo castigado.
- 7).
- No estoy decepcionado de mí mismo.
 - Estoy decepcionado de mí mismo.
 - Me da vergüenza de mí mismo.
 - Me detesto.
- 8).
- No me considero peor que cualquier otro.
 - Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
 - Continuamente me culpo por mis faltas.
 - Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9).
- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 - A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 - Desearía suicidarme.
 - Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10).
- No lloro más de lo que solía llorar.

- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

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

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.



ANEXO 3

CÓDIGO N°.....

Por favor, responda con sinceridad a las siguientes preguntas, marcando con un aspa o cruz:

1. Edad: _____ Sexo: F M

APGAR FAMILIAR.

FUNCIÓN	Nunca (0 puntos)	Casi Nunca (1 puntos)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero.					

M.E.P

ANEXO 4: BASE DE DATOS



[illegible]

27	17	2	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	22	1	0	1	0	0	6	1	0	0	1
28	16	2	0	0	1	2	0	1	0	2	0	1	22	1	0	1	0	0	14	1	1	0	0
29	17	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	22	1	0	1	0	0	13	1	1	0	0
30	18	2	1	0	0	2	0	1	0	2	0	1	25	1	0	1	0	0	12	1	0	1	0
31	15	1	1	0	0	3	0	0	1	3	0	0	24	1	0	1	0	0	10	1	0	1	0
32	16	2	0	0	1	2	0	1	0	2	0	1	21	1	0	1	0	0	12	1	0	1	0
33	17	2	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	28	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1
34	16	2	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	20	1	0	1	0	0	11	1	0	1	0
35	16	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	21	1	0	1	0	0	13	1	1	0	0
36	18	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	21	1	0	1	0	0	5	1	0	0	1
37	16	2	1	0	0	2	0	1	0	2	0	1	14	1	1	0	0	0	15	1	1	0	0
38	17	2	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	16	1	1	0	0	0	8	1	0	0	1
39	17	1	0	0	1	2	0	1	0	2	0	1	15	1	1	0	0	0	12	1	0	1	0
40	16	2	1	0	0	3	0	0	1	3	0	0	15	1	1	0	0	0	14	1	1	0	0
41	17	2	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	16	1	1	0	0	0	15	0	0	0	0
42	16	2	0	0	1	2	0	1	0	2	0	1	15	1	1	0	0	0	17	0	0	0	0
43	16	2	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	14	1	1	0	0	0	19	0	0	0	0
44	16	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	15	1	1	0	0	0	4	1	0	0	1
45	17	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	17	1	1	0	0	0	10	1	0	1	0
46	16	2	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	17	1	1	0	0	0	19	0	0	0	0
47	17	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	14	1	1	0	0	0	15	1	1	0	0
48	16	2	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	15	1	1	0	0	0	11	1	0	1	0
49	18	2	1	0	0	2	0	1	0	2	0	1	18	1	1	0	0	0	18	0	0	0	0
50	16	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	17	1	1	0	0	0	9	1	0	0	1
51	16	1	0	0	1	2	0	1	0	2	0	1	17	1	1	0	0	0	20	0	0	0	0
52	16	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	16	1	1	0	0	0	14	1	1	0	0
53	16	2	0	0	1	2	0	1	0	2	0	1	15	1	1	0	0	0	15	1	1	0	0
54	18	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	18	1	1	0	0	0	12	1	0	1	0
55	18	2	1	0	0	2	0	1	0	2	0	1	14	1	1	0	0	0	17	0	0	0	0
56	16	1	1	0	0	2	0	1	0	2	0	1	18	1	1	0	0	0	17	0	0	0	0
57	17	2	0	1	0	2	0	1	0	2	0	1	14	1	1	0	0	0	15	1	1	0	0
58	17	2	1	0	0	3	0	0	0	3	0	0	14	1	1	0	0	0	10	1	0	1	0
59	17	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	19	1	1	0	0	0	17	0	0	0	0

60	17	2	1	0	0	1	1	0	0	15	1	1	0	0	0	19	0	0	0
61	17	2	1	0	0	3	0	0	1	14	1	1	0	0	0	11	1	0	1
62	17	2	0	0	1	1	1	0	0	16	1	1	0	0	0	16	1	1	0
63	16	2	1	0	0	1	1	0	0	19	1	1	0	0	0	18	0	0	0
64	15	1	1	0	0	2	0	1	0	15	1	1	0	0	0	10	1	0	1
65	16	2	1	0	0	1	1	0	0	18	1	1	0	0	0	12	1	0	1
66	18	1	1	0	0	2	0	1	0	18	1	1	0	0	0	11	1	0	1
67	18	2	1	0	0	1	1	0	0	15	1	1	0	0	0	11	1	0	1
68	16	1	1	0	0	1	1	0	0	17	1	1	0	0	0	5	1	0	1
69	15	2	1	0	0	2	0	1	0	15	1	1	0	0	0	10	1	0	1
70	18	2	1	0	0	2	0	1	0	16	1	1	0	0	0	14	1	1	0
71	16	1	1	0	0	1	1	0	0	16	1	1	0	0	0	14	1	1	0
72	16	2	1	0	0	3	0	0	1	16	1	1	0	0	0	10	1	0	1
73	17	2	1	0	0	3	0	0	1	14	1	1	0	0	0	14	1	0	1
74	15	2	1	0	0	1	1	0	0	15	1	1	0	0	0	14	1	1	0
75	18	1	0	0	1	1	1	0	0	16	1	1	0	0	0	10	1	0	1
76	17	2	1	0	0	2	0	1	0	14	1	1	0	0	0	9	1	0	1
77	17	2	0	0	1	3	0	0	1	17	1	1	0	0	0	17	0	0	0
78	15	2	0	1	0	3	0	0	1	17	1	1	0	0	0	7	1	0	1
79	17	1	1	0	0	2	0	1	0	15	1	1	0	0	0	13	1	1	0
80	17	1	1	0	0	2	0	1	0	15	1	1	0	0	0	8	1	0	1
81	15	1	1	0	0	3	0	0	1	18	1	1	0	0	0	11	1	0	1
82	16	1	1	0	0	2	0	1	0	18	1	1	0	0	0	16	1	1	0
83	18	2	0	1	0	3	0	0	1	15	1	1	0	0	0	9	1	0	1
84	17	1	0	0	1	2	0	1	0	18	1	1	0	0	0	9	1	0	1
85	17	1	0	0	1	3	0	0	1	19	1	1	0	0	0	17	0	0	0
86	17	2	0	0	1	1	1	0	0	19	1	1	0	0	0	4	1	0	1
87	16	1	1	0	0	3	0	0	1	19	1	1	0	0	0	14	1	1	0
88	15	1	1	0	0	2	0	1	0	5	0	0	0	0	0	19	0	0	0
89	17	1	1	0	0	2	0	1	0	4	0	0	0	0	0	14	1	1	0
90	15	1	1	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	19	0	0	0
91	16	1	0	0	1	1	1	0	0	6	0	0	0	0	0	14	1	1	0
92	16	1	1	0	0	1	1	0	0	9	0	0	0	0	0	17	0	0	0

93	18	1	1	0	0	0	3	0	0	1	8	0	0	0	0	0	15	1	1	0	0
94	15	2	0	0	1	1	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	19	0	0	0	0
95	15	2	1	0	0	3	0	0	0	1	10	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0
96	16	1	1	0	0	3	0	0	0	1	10	0	0	0	0	0	19	0	0	0	0
97	16	1	1	0	0	2	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	14	1	1	0	0
98	16	2	0	0	1	3	0	0	0	1	9	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
99	15	1	1	0	0	2	0	0	1	0	5	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0
100	16	2	1	0	0	3	0	0	0	1	8	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
101	16	1	1	0	0	3	0	0	0	1	7	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0
102	15	1	1	0	0	2	0	0	1	0	10	0	0	0	0	0	7	1	0	0	1
103	17	1	1	0	0	2	0	0	1	0	5	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0
104	17	2	0	0	1	2	0	0	1	0	10	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0
105	16	1	1	0	0	1	1	1	0	0	6	0	0	0	0	0	15	1	1	0	0
106	17	1	0	1	0	3	0	0	0	1	8	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0
107	18	1	0	1	0	1	1	1	0	0	12	0	0	0	0	0	5	1	0	0	1
108	16	1	0	1	0	2	0	0	1	0	12	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0
109	17	1	1	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0
110	18	1	0	0	1	2	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0
111	16	1	0	1	0	3	0	0	0	1	7	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
112	14	2	0	1	0	1	1	1	0	0	3	0	0	0	0	0	15	1	1	0	0
113	16	2	0	1	0	3	0	0	0	1	7	0	0	0	0	0	14	1	1	0	0
114	17	1	0	1	0	3	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	12	1	0	1	0
115	16	2	1	0	0	1	1	1	0	0	7	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0
116	16	1	0	1	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
117	17	1	0	1	0	1	1	1	0	0	3	0	0	0	0	0	13	1	1	0	0
118	15	1	0	1	0	2	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0
119	18	2	0	1	0	1	1	1	0	0	9	0	0	0	0	0	16	1	1	0	0
120	17	2	0	1	0	2	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0
121	18	2	0	1	0	1	1	1	0	0	8	0	0	0	0	0	12	1	0	1	0
122	17	1	0	1	0	2	0	0	1	0	8	0	0	0	0	0	19	0	0	0	0
123	16	2	0	1	0	3	0	0	0	1	10	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
124	17	2	0	1	0	3	0	0	0	1	12	0	0	0	0	0	16	1	1	0	0
125	16	2	1	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0

126	18	1	0	1	0	2	0	1	0	9	0	0	0	0	0	19	0	0	0	0
127	17	2	0	1	0	3	0	0	1	5	0	0	0	0	0	13	1	1	0	0
128	16	2	1	0	0	1	1	0	0	4	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0
129	16	2	1	0	0	2	0	1	0	2	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
130	15	2	0	1	0	1	1	1	0	6	0	0	0	0	0	10	1	0	1	0
131	18	1	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
132	17	1	0	1	0	2	0	1	0	12	0	0	0	0	0	15	1	1	0	0
133	18	1	0	1	0	1	1	0	0	8	0	0	0	0	0	11	1	0	1	0
134	16	2	0	1	0	3	0	0	1	4	0	0	0	0	0	14	1	1	0	0
135	18	2	0	1	0	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
136	17	1	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
137	17	1	0	1	0	2	0	1	0	4	0	0	0	0	0	19	0	0	0	0
138	15	2	0	1	0	2	0	1	0	13	0	0	0	0	0	13	1	1	0	0
139	17	2	0	1	0	1	1	0	0	10	0	0	0	0	0	9	1	0	0	1
140	18	2	1	0	0	1	1	0	0	12	0	0	0	0	0	9	1	0	0	1
141	17	1	1	0	0	1	1	1	0	8	0	0	0	0	0	10	1	0	1	0
142	15	2	1	0	0	2	0	1	0	11	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0
143	16	1	0	1	0	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	10	1	0	1	0
144	16	2	1	0	0	2	0	1	0	4	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0
145	16	1	1	0	0	1	1	1	0	4	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0
146	16	1	0	1	0	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
147	17	2	1	0	0	1	1	1	0	7	0	0	0	0	0	13	1	1	0	0
148	16	1	1	0	0	1	1	1	0	12	0	0	0	0	0	10	1	0	1	0
149	15	1	0	1	0	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0
150	16	1	0	1	0	2	0	1	0	10	0	0	0	0	0	16	1	1	0	0
151	16	2	1	0	0	3	0	0	0	7	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
152	15	1	1	0	0	2	0	1	0	8	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
153	17	1	0	1	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
154	17	2	0	1	0	3	0	0	0	5	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
155	15	2	0	1	0	1	1	1	0	5	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0
156	15	2	0	1	0	3	0	0	0	8	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0
157	15	2	0	0	1	1	1	1	0	10	0	0	0	0	0	13	1	1	0	0
158	17	2	0	1	0	3	0	0	0	4	0	0	0	0	0	15	1	1	0	0

159	17	2	1	0	0	1	1	0	0	0	11	0	0	0	0	0	14	1	1	0	0
160	16	1	0	1	0	3	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
161	16	2	1	0	0	3	0	0	1	9	0	0	0	0	0	0	19	0	0	0	0
162	16	2	0	1	0	2	0	1	0	7	0	0	0	0	0	0	19	0	0	0	0
163	17	1	0	0	1	1	1	0	0	8	0	0	0	0	0	0	11	1	0	1	0
164	16	2	1	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0
165	18	2	0	1	0	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
166	17	2	1	0	0	3	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	19	0	0	0	0
167	17	2	0	0	1	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
168	18	1	1	0	0	2	0	1	0	8	0	0	0	0	0	0	15	1	1	0	0
169	18	1	0	1	0	1	1	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
170	17	2	0	1	0	2	0	1	0	12	0	0	0	0	0	0	14	1	1	0	0
171	15	2	0	0	1	3	0	0	1	13	0	0	0	0	0	0	11	1	0	1	0
172	16	1	0	1	0	2	0	1	0	13	0	0	0	0	0	0	9	1	0	0	1
173	16	1	0	1	0	2	0	1	0	8	0	0	0	0	0	0	12	1	0	1	0
174	16	1	0	1	0	3	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	15	1	1	0	0
175	18	1	0	1	0	2	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
176	16	1	0	1	0	3	0	0	1	11	0	0	0	0	0	0	14	1	1	0	0
177	17	2	0	1	0	3	0	0	1	9	0	0	0	0	0	0	8	1	0	0	1
178	16	1	0	1	0	1	1	0	0	6	0	0	0	0	0	0	11	1	0	1	0
179	16	2	1	0	0	1	1	0	0	12	0	0	0	0	0	0	7	1	0	0	1
180	16	2	0	1	0	3	0	0	1	6	0	0	0	0	0	0	10	1	0	1	0
181	15	1	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
182	17	2	1	0	0	2	0	1	0	9	0	0	0	0	0	0	14	1	1	0	0
183	16	1	1	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
184	16	2	0	1	0	2	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0
185	16	2	0	1	0	3	0	0	1	9	0	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0
186	17	1	0	0	1	3	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0
187	16	2	0	0	1	1	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	16	1	1	0	0
188	17	2	0	1	0	2	0	1	0	9	0	0	0	0	0	0	14	1	1	0	0
189	17	2	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
190	17	2	1	0	0	2	0	1	0	10	0	0	0	0	0	0	14	1	1	0	0
191	16	2	0	1	0	2	0	1	0	8	0	0	0	0	0	0	19	0	0	0	0

[illegible]

225	17	2	1	0	0	0	1	1	0	0	0	9	0	0	0	0	0	13	1	1	0	0
226	16	1	0	1	0	0	3	0	0	0	1	13	0	0	0	0	0	12	1	0	1	0
227	16	1	0	1	0	0	3	0	0	0	1	6	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
228	17	2	0	1	0	0	3	0	0	0	1	5	0	0	0	0	0	16	1	1	0	0
229	16	1	0	1	0	0	2	0	0	1	0	12	0	0	0	0	0	14	1	1	0	0
230	16	2	0	0	0	1	3	0	0	0	1	10	0	0	0	0	0	19	0	0	0	0
231	17	2	0	1	0	0	3	0	0	0	1	6	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0
232	18	1	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
233	18	2	0	1	0	0	2	0	0	1	0	10	0	0	0	0	0	12	1	0	1	0
234	16	2	0	1	0	0	3	0	0	0	1	8	0	0	0	0	0	13	1	1	0	0
235	17	2	0	0	0	1	3	0	0	0	1	6	0	0	0	0	0	19	0	0	0	0
236	18	2	0	1	0	0	1	1	0	0	0	5	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
237	17	1	0	0	0	1	3	0	0	0	1	10	0	0	0	0	0	19	0	0	0	0
238	16	2	0	0	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0
239	16	1	0	1	0	1	2	0	0	1	0	7	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0
240	15	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	11	0	0	0	0	0	16	1	1	0	0
241	17	1	0	1	0	1	2	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0
242	17	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	11	0	0	0	0	0	11	1	0	1	0

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**DISFUNCION FAMILIAR Y SU RELACION CON LA FRECUENCIA DE
SINTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES POSTULANTES DE LA
ACADEMIA FLEMING AREQUIPA 2018**

Proyecto de Tesis presentada por la Bachiller:

Berlanga Arana, Katheryn Ruperta

Para optar el Título Profesional de Médica - Cirujana

Asesora: Dra. Llaza Loayza, Gloria

AREQUIPA- PERU

2018

I.PREAMBULO

Sabemos que desde que nacemos la familia es la base en todo, ellos son los primeros individuos con quienes nos relacionamos, de quienes adquirimos muchos comportamientos, formamos parte de la autoestima, sin embargo a veces algunas familias son disfuncionales y presentan conflictos por malas actitudes, incluso abuso por parte de los miembros de la familia, que llevan a los jóvenes a acomodarse y a tomar acciones incorrectas. A veces los niños crecen en climas familiares con el entendimiento que tal disposición es lo correcto y está mal; es a lo que llamamos disfunción familiar, y lo que plantea problemas en el futuro, afecciones mentales, como depresión, ansiedad.

Es por eso que debemos desarrollar las habilidades de observación y no dejar pasar pequeños estigmas que nos pueden estar dando signos de alarma e indicarnos que se aproxima un cuadro que puede cobrar la vida de esos seres queridos y mucho más si se tratan de niños y jóvenes que aún tienen oportunidades para ser felices.

La función de un médico, en un medio donde no contamos con muchos recursos, ni mucha tecnología para la precisión diagnóstica, es muy importante, debemos desarrollar nuestras habilidades clínicas y tener conocimientos adecuados, que nos ayuden a resolver a tiempo y en forma adecuada el cuadro clínico de nuestros pacientes, pero no es suficiente, sin embargo también debemos aprender a ver a los pacientes como un todo, no solo verlo desde ese punto de vista físico por el que acude a nosotros, sino en su totalidad, puede ser que este viniendo por una herida en el brazo, pero no sabemos como realmente está en su interior, como van las cosas en la familia, o en su entorno, o el simple hecho de como es que se produjo la herida.

Este tema tan apasionante para mí, como es la relación entre disfunción familiar y depresión, coincidió que es demasiado importante reconocerlo a tiempo, ya que podría darnos la salud y la vida. Por ello es mi deseo primero profundizar mi conocimiento sobre este tema y posteriormente hacer el estudio mucho más profundo a través de una investigación para saber el grado de afectación en estos casos.

Con esta investigación deseo contribuir de alguna manera sobre el tema al que hago referencia, y significa un reto más en mi vida profesional; es más, es uno de los temas que me inclina por seguir la hermosa rama de la Psiquiatría.

.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

La Disfunción familiar se relaciona con la frecuencia de síntomas depresivos en adolescentes postulantes a la academia Fleming Arequipa, 2018

1.2 DESCRIPCION

a) Área de Intervención de Conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Salud Mental
- Línea: Depresión

b) Operacionalización de Variables

Variable Independiente	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Disfunción familiar	Apgar familiar	Normal Leve Moderada Severa	Ordinal/Cualitativa
Variables Dependiente	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Depresión	Escala de evaluación de depresión de Beck	No depresión: 0-13 puntos Depresión leve: 14-19 puntos Depresión moderada: 20-28 puntos Depresión severa: 29-63 puntos	Nominal
Variables Intervinientes	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Edad	Edad cronológica según fecha de nacimiento	Años cumplidos	Numérica
Sexo	Caracteres sexuales	Femenino Masculino	Nominal
Educación	Establecimiento de estudio	Privado Nacional Parroquial	Nominal

Educación Pregrado	Programa que postulan	Biomédicas Ingenierías Sociales	Nominal
-----------------------	--------------------------	---------------------------------------	---------

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la frecuencia de disfunción familiar en adolescentes con depresión postulantes de la academia Fleming Arequipa?
2. ¿Cuál es la frecuencia de disfunción familiar en adolescentes sin depresión postulantes de la academia Fleming Arequipa?
3. ¿Cuál es la frecuencia de depresión en adolescentes postulantes a la academia Fleming asociado a disfunción familiar?
4. ¿La disfunción familiar está asociado a un aumento en la frecuencia de síntomas depresivos en adolescentes postulantes a la academia Fleming Arequipa 2018?

d) Tipo de investigación

Analítica: El presente estudio busca analizar asociación entre variables.

e) Diseño de investigación

Según el propósito del estudio: Observacional.

Según la cronología de las observaciones: Prospectivo

Según el número de mediciones: Transversal

f) Nivel de investigación

Nivel descriptivo

1.3 JUSTIFICACION

Justificación científica y contemporánea.-La presente investigación tiene una justificación científica y contemporánea debido a que dentro del área de la salud mental , se ha estudiado la disfunción familiar como factor de riesgo para depresión en este caso adolescentes como también en niños, púerperas. En la actualidad existen serios problemas en cuanto a la funcionalidad familiar, lo cual incrementa la incidencia de depresión en adolescentes, por ello estudiar este aspecto es fundamental para la prevención de la patología mencionada.

Justificacion social y humana.- Los problemas que enfrenta nuestra sociedad hoy dia son muchos, unos mas graves que otros, pero que de igual modo nos esta llevando a un deterioro y autodestruccion.

Entre los principales problemas sociales que afectan a nuestro país podemos enumerar los siguientes: depresión, suicidios, bajo rendimiento en los aprendizajes, desempleo, delincuencia, migración, prostitución, drogadicción, alcoholismo, violencia familiar. Pandillas, etc. Lastimosamente la mayoría de estos problemas son originados por el alto índice de disfuncionalidad familiar y que desencadenan en desórdenes de conducta como los antes mencionados.

Interés personal.- Este tema me resulta apasionante, lo considero demasiado importante, por diferentes aspectos como el de reconocerlo a tiempo, ya que podría cobrar alguna vida posterior, que podríamos evitar desde un principio con la familia. Es por ello que mi deseo es, primero profundizar mi conocimiento sobre el tema y posteriormente hacer el estudio mucho más profundo a través de una investigación para saber el grado de afectación en estos casos.

Con esta investigación deseo contribuir de alguna manera sobre el tema al que hago referencia, el que significa un reto más en mi vida profesional; es más, es uno de los temas que me inclina por seguir la hermosa rama de la Psiquiatría.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 La familia

La familia es la institución básica que influye en el desarrollo emocional y brinda los cimientos para el desarrollo social de cada uno de los integrantes ²²

La familia como grupo social debe cumplir funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual y es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo) ²³

Los adolescentes han sido considerados por mucho tiempo un grupo poblacional que se enferma poco y que acuden muy esporádicamente a los establecimientos de salud, pretendiendo indicar con ello sus pocas necesidades de atención en salud. Sin embargo el perfil epidemiológico de la población adolescente ha cambiado durante los últimos años y hoy en día somos testigos de excepción de la problemática que el grupo adolescente enfrenta: la posibilidad de infectarse de VIH/SIDA, tener un embarazo no deseado, el someterse a un aborto en condiciones inseguras, la violencia callejera y la violencia doméstica, así como problemas de adicción a drogas, alcohol y tabaco, depresión, entre otros problemas, muchos de los cuales tienen raíces comunes multifactoriales y requieren atención de diversa índole en particular de salud.

La salud de los adolescentes se caracteriza por su alta vulnerabilidad a las situaciones de riesgo y por la presencia de un mayor número de adolescentes que están involucrados en

una o varias conductas de riesgo que amenazan su salud desde que inicia su adolescencia; sin importar el nivel socioeconómico al que pertenece ²⁴

Lastimosamente la mayoría de estos problemas son originados por el alto índice de disfuncionalidad familiar y que desencadenan en desordenes de conducta como las antes mencionados

2.1.1 Disfunción familiar

Una familia disfuncional es una familia en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se producen continua y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones. Las familias disfuncionales son principalmente el resultado de adultos codependientes, y también pueden verse afectados por las adicciones, como el abuso de sustancias (alcohol, drogas, etc.).

Las familias disfuncionales no tienen ningún límite social, ni financiero, ni intelectual ²⁵ Concebir a la familia como sistema implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, o sea, la familia no se puede ver como una suma de individualidades ²⁶, sino como un conjunto de interacciones. Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto) lo cual es un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca ²⁷

Siempre cuando aparece un síntoma, como podría ser la enuresis en un niño o la descompensación de una enfermedad crónica, este puede ser tomado como un indicador de una disfunción familiar y hay que ver al paciente no como el problemático, sino como el portador de las problemáticas familiares.

2.2.2 La familia como sistema social

Como sistema social, estimula y promueve el estado de salud y bienestar de los miembros que hacen parte de ella. Del grado en el cual una familia cumpla o deje de cumplir sus funciones básicas se hablará de funcionalidad o disfuncionalidad familiar ²⁸

La funcionalidad familiar juega un papel importante en el desarrollo social y psicológico de los miembros que constituyen el núcleo familiar, y depende no sólo del altruismo que lleva a los seres sociales a unirse para sobrevivir, sino también, de la plasticidad operacional conductual que permita a los miembros operar consensualmente, como condición para la realización de sus ontogenias particulares, mediante la

pertinencia al sistema. De acuerdo con esto, las perturbaciones o situaciones estresantes que comprometan el sistema familiar puede producir un desequilibrio, ya sea en los planos físico o emocional de él o los integrantes que hacen parte de él ²⁹

2.2.3 Tipos de familia ³⁰

Familia funcional	Familia disfuncional	Familia patológica
▪ Resuelve los problemas sin ayuda ▪ Amerita orientación familiar para prevenir futuros o mayores problemas. ▪ La orientación familiar es preventiva principalmente a través de cursos y programas.	▪ No puede resolver sus problemas sin ayuda, los problemas los desbordan. ▪ Requiere orientación familiar, no sólo a través de cursos y programas, sino por medio de la consulta de orientación familiar. ▪ De este modo podrá recuperar la funcionalidad paulatinamente.	▪ Uno o más de sus miembros tiene problemas de adicciones, trastornos de personalidad y patologías psicológicas o psiquiátricas. ▪ Requiere atención especializada para los miembros con patologías y orientación familiar para los miembros sanos. ▪ Con atención interdisciplinaria de todos sus miembros, puede recuperarse y transitar desde la patología hacia la disfuncionalidad y finalmente a la funcionalidad.

2.2.4 La familia y los hijos en la adolescencia

Cuando los hijos llegan a la adolescencia, la familia debe adaptarse a esta nueva situación. En esta nueva etapa del ciclo vital, los hijos dejan atrás la infancia y la pre adolescencia, para vivir una nueva etapa de crecimiento y formación donde los padres deben exponerse a nuevos retos y aprender a tratar a sus hijos adolescentes ³¹

2.2.5 Adolescencia

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia ³²

La adolescencia, etapa trascendental en el desarrollo del individuo, constituye una de las épocas de mayor vulnerabilidad. El cumplimiento de esta etapa no depende sólo del joven y las características de su personalidad en consolidación, sino también, del equipamiento biológico y del ambiente social y cultural. En este último se incluyen el apoyo, la orientación y los recursos que ofrecen la familia y las instituciones

educativas³³ Con la maduración y el efecto de los cambios hormonales, el o la adolescente tiende a experimentar variaciones en su estado de ánimo, más intensos que en otras edades, y que pueden producirse como respuesta a hechos que a otros pueden parecer insignificantes. Dicha relativa variabilidad de los estados de ánimo puede ser pasajera en algunos casos, y en otros, de duración más prolongada.

2.3 Depresión

2.3.1 Definición

La depresión puede ser definida como uno de los dos tipos de alteración del ánimo, consiste en su disminución, con un grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales y acompañado de diversos síntomas psíquicos (tristeza, alteraciones de la concentración, memoria, etc.) y físicos (disminución del libido, anorexia- hiperfagia, etc.) La prevalencia de la depresión es de las mas elevadas dentro de las enfermedades psiquiátricas ³⁴

Ocasionalmente, todos nos sentimos melancólicos o tristes, pero estos sentimientos, por lo general, son pasajeros y desaparecen en unos días. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar.

2.3.2 Epidemiología

En la vida cotidiana, existen cambios naturales en los estados de ánimo. Los problemas diarios que pueden producirse por dificultades familiares, económicas o laborales, son sorteados por las personas de acuerdo a sus capacidades individuales para enfrentar los conflictos. En ocasiones una persona puede experimentar estados pasajeros de tristeza cuando sus expectativas no son satisfechas o cuando enfrentan dilemas o contrariedades: decepciones amorosas, separaciones familiares, desempleo, desajustes conyugales, u otros. Sin embargo, algunas personas comienzan a tener un cambio sostenido del estado de ánimo que interfiere con su acostumbrado rendimiento social. Cuando esto ocurre, y de acuerdo a las características que presentan las personas, es posible que ya no se trate de una simple variación del estado anímico, sino de un episodio depresivo ³⁵

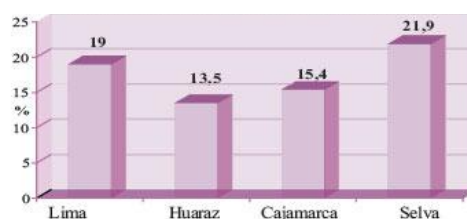


FIGURA 2. Fuente: Estudio Epidemiológico de Salud Mental-Lima Metropolitana (INSM 2002); Estudio Epidemiológico de Salud Mental-Sierra Peruana (INSM 2003); Estudio Epidemiológico de Salud Mental-Selva Peruana (INSM 2004).

Peru21

06/09/2014

ATENCIÓN DE CUADROS DE DEPRESIÓN EN EL PERÚ

Recibió atención profesional	25.8%
No sabe si necesita ayuda	21.2%
Cree haber necesitado regular ayuda	11.6%
Cree haber necesitado mucha ayuda	12.7%
Cree no haber necesitado ayuda	7.4%

2.3.3 Etiología

Algunos tipos de depresión afectan a varios miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar. Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar, lo padecen. Al parecer, existen otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: tensiones en la vida, problemas familiares, del trabajo o del estudio. En algunas familias, la depresión severa se presenta de generación en generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo suele estar relacionado con causas biológicas. Las personas con baja autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo de manera pesimista. Se abruma fácilmente por las tensiones y están predispuestas a la depresión. Se ignora si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad. En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden producir problemas de salud mental. Enfermedades tales como los accidentes cerebro vasculares, los ataques al corazón, el cáncer y otras enfermedades crónicas como la tuberculosis, pueden conducir también a enfermedades depresivas. La persona enferma y deprimida se siente apática, y sin deseos de atender sus propias necesidades físicas, lo cual afecta su recuperación. La pérdida de seres queridos, los problemas en las relaciones sociales y personales tales como las humillaciones o discriminaciones, la violencia familiar, los problemas económicos o cualquier otra situación de gran tensión en la vida, pueden precipitar episodios de depresión. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés (tensión) leve, e incluso, pueden ocurrir sin que exista la situación de estrés. ³⁶

2.3.4 Neuroquímica de la depresión

Las primeras hipótesis etiológicas sobre la depresión se enfocaron en los sistemas monoaminérgicos. Inicialmente se planteó que la depresión se debía a un déficit en la neurotransmisión monoaminérgica. Aunque desde una perspectiva actual las hipótesis de depleción de monoaminas parecen una visión sobre simplificada de la fisiopatología de

la depresión, tuvieron el mérito de estimular la investigación y el desarrollo de nuevos fármacos antidepresivos.

Con la introducción de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, la investigación se ha dirigido especialmente hacia el sistema serotoninérgico. Algunos estudios han demostrado respuestas endocrinas reducidas a agonistas serotoninérgicos directos e indirectos. Un estudio con tomografía por emisión de positrones (PET) encontró que la respuesta aplanada en una de estas pruebas puede reflejar reducción del metabolismo en la corteza órbito-frontal, ventromedial y cingulada del cerebro

Los estudios post-mortem han demostrado un aumento en la densidad de sitios de unión al receptor de serotonina 5HT₂ y una reducción del número de sitios del transportador de serotonina en el tejido cerebral de pacientes depresivos y víctimas de suicidio. Además se ha encontrado un aumento de los autorreceptores serotoninérgicos 5HT_{1A} en el rafe dorsal del cerebro medio de suicidas con depresión mayor. Estudios con tomografía por emisión de positrones (PET) también han encontrado una amplia reducción en los sitios de unión a los autorreceptores 5HT_{1A} en el cerebro de sujetos con depresión. Por su parte, investigaciones mediante tomografía computada con emisión de fotones únicos (SPECT) han revelado una disminución de la densidad de los sitios de unión al transportador de serotonina en el cerebro de pacientes depresivos.

También se han estudiado otros sistemas de neurotransmisión. Estudios en necropsias han demostrado un aumento selectivo en la afinidad de los receptores noradrenérgicos alfa 2A y una disminución de la unión al transportador de noradrenalina en el *locus coeruleus* de pacientes depresivos. Este último hallazgo ha sido interpretado como la expresión de una regulación hacia abajo de la proteína transportadora en respuesta a una insuficiente disponibilidad de noradrenalina en el espacio sináptico.

El papel de la neurotransmisión dopaminérgica en la depresión ha sido menos estudiado. No obstante algunas observaciones experimentales sugieren que la dopamina juega un papel en algunos aspectos del síndrome depresivo.³⁷

2.3.5 Síntomas

Los signos y síntomas de la depresión pueden ser ordenados de la siguiente manera: Alteraciones emocionales (tristeza patológica, angustia, irritabilidad); Alteraciones del pensamiento (fallas de concentración y memoria, desinterés, indecisión, desesperanza, ideación delirante, ideación suicida); Alteraciones somáticas (insomnio, hipersomnias, anorexia-hiperfagia, disminución o aumento de peso, disminución de la libido, fatiga, algias); Alteraciones de los ritmos vitales (estar peor a ciertas horas del día, habitualmente en las mañanas, cambios menstruales, tendencia a la presencia estacional de los síntomas); Alteraciones de la conducta (llanto, agitación, lentificación, aislamiento, mutismo).³⁸

2.3.6 Criterios diagnósticos

El diagnóstico debe realizarse mediante entrevista clínica y no ser derivado únicamente de cuestionarios. Deberán emplearse técnicas específicas, tanto verbales como no verbales, debido a la existencia de limitaciones cognitivas y de verbalización en este grupo de edad. Así, los niños más pequeños pueden tener dificultades para reconocer algunos síntomas o para comunicar sus ideas y pensamientos, lo que podría impedir un correcto diagnóstico. Para completar la evaluación psicopatológica, es imprescindible la información aportada por los padres y por el entorno escolar

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son la Clasificación Internacional de Enfermedades (Trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10) y la de la American Psychiatric Association (DSM-IV-TR). Esta guía de práctica clínica asume la clasificación y definiciones de depresión recogidas en la décima revisión de la CIE (tabla 1) con los códigos F32 (episodios depresivos) y F33 (trastorno depresivo recurrente) y en el DSM-IV-TR, con los códigos 296.2X (trastorno depresivo) y 296.3X (trastorno depresivo recidivante). Tanto en la CIE-10 como en el DSM-IV-TR la gravedad de los episodios se basa en el número, tipo e intensidad de los síntomas y en el grado de deterioro funcional

La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad, cuando la duración del episodio sea de al menos dos semanas. Existe una clasificación multiaxial de los trastornos mentales y del comportamiento para niños y adolescentes, basada en la CIE-10. Esta clasificación se organiza en seis ejes: los cinco primeros son categorías que aparecen en la CIE-10, aunque estructurados de forma diferente y en ocasiones se describen con más detalle. El sexto eje evalúa de forma global la discapacidad y no está incluido en la CIE-10.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según la CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas "somáticos" tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenos
— Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
— Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
— Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
— Empeoramiento matutino del humor depresivo
— Presencia de enlentecimiento motor o agitación
— Pérdida marcada del apetito
— Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
— Notable disminución del interés sexual

Fuente: Adaptado de OMS⁵⁰

Tabla . Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10.
Presentación sintomática según la edad

A. Criterios generales para episodio depresivo — El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas — El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico	
B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:	
<i>Adultos</i>	<i>Niños y adolescentes</i>
Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.	El estado de ánimo puede ser deprimido o irritable. Los niños pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro pueden no ser capaces de describir su estado de ánimo y presentar quejas físicas vagas, expresión facial triste o pobre comunicación visual. El estado irritable puede mostrarse como "paso al acto", comportamiento imprudente o atolondrado o actitudes o acciones coléricas u hostiles. En adolescentes mayores el trastorno de ánimo puede ser similar a los adultos.
Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.	La pérdida de interés puede ser en el juego o en las actividades escolares.
Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.	La falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga.
C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:	
Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.	Similar a los adultos.
Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.	Los niños pueden presentar auto-desvalorización. La culpa excesiva o inapropiada no suele estar presente.
Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.	Indicios no verbales de conducta suicida, incluidos comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y "gestos" autolesivos (arañazos, cortes, quemaduras, etc.).
Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.	Los problemas con la atención y concentración pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar.
Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.	Junto al cambio en el estado de ánimo puede observarse comportamiento hiperactivo.
Alteraciones del sueño de cualquier tipo.	Similar a los adultos.
Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.	Los niños pueden dejar de ganar peso más que perderlo.
D. Puede haber o no síndrome somático*	Los síntomas físicos, como las quejas somáticas, son particularmente frecuentes en niños.
Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades. Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias. Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.	

En la tabla 2 se realizan algunos comentarios específicos para los niños y adolescentes sobre los criterios de gravedad de un episodio depresivo, según la clasificación de la CIE-10, con información extraída de la bibliografía. El DSM-IV-TR utiliza una lista de 9 síntomas depresivos, requiere también una duración del episodio de al menos dos semanas y divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial/total o no especificada. El diagnóstico se establece con la presencia de al menos cinco de los síntomas, y debe ser uno de ellos un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de capacidad para el placer.³⁹

Tabla 2. Criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor según DSM- V-TR

A. Cinco o más de los síntomas siguientes durante un período de dos semanas y que representen un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros. (2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días. (3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días. (5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días. (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. (7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo). (8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros). (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.
B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.
C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.
D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo, hipotiroidismo).
E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Fuente: DSM-IV-TR³¹

2.3.7 Tipos de depresión

2.3.7.1 El trastorno depresivo grave

También llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede

ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.

2.3.7.2 El trastorno distímico

También llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas. Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión. Estas incluyen:

- Depresión psicótica, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios.
- Depresión posparto, la cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz. El trastorno afectivo estacional, se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar.
- Depresión afectivo estacional, puede tratarse eficazmente con terapia de luz, pero aproximadamente el 50% de las personas con trastorno afectivo estacional no responden solamente a la terapia de luz. Los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia pueden reducir los síntomas del trastorno afectivo estacional, ya sea de forma independiente o combinados con la terapia de luz.⁴⁰

2.3.8 Depresión en la adolescencia

Los trastornos depresivos entre los adolescentes tienen a menudo un curso crónico y con altibajos, y existe un riesgo entre dos y cuatro veces superior de persistir la depresión en la edad adulta. Más del 70% de los niños y adolescentes con trastornos depresivos no han sido diagnosticados correctamente ni reciben el tratamiento adecuado.

De acuerdo a las investigaciones de Callabed y cols. (1997) la depresión en adolescentes puede ser un estado de ánimo negativo, que varía cualitativa y cuantitativamente, que se presenta en los adolescentes normales, así como también puede ser síntoma de un trastorno en pacientes psiquiátricos. La depresión puede ser una respuesta transitoria a muchas situaciones y factores de estrés, comentan Callabed y cols. (1997). Este estado es común en los adolescentes como consecuencia del proceso normal de maduración, el estrés asociado a él, la influencia de las hormonas sexuales y los conflictos de

independencia con los padres. También puede ser una reacción a un suceso perturbador, como la muerte de un amigo o pariente, la ruptura con la novia o novio o el fracaso en la escuela. Callabed y cols. (1997) encontraron que las niñas adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los niños. Entre los factores de riesgo se encuentran eventos de la vida generadores de estrés, en particular la pérdida de un padre por muerte o por divorcio, maltrato infantil (físico y/o sexual), atención inestable, falta de habilidades sociales, enfermedad crónica y antecedentes familiares de depresión. A menudo es difícil diagnosticar la verdadera depresión en adolescentes debido a que su comportamiento normal se caracteriza por variaciones del estado de ánimo.

Por otra parte, la depresión persistente, el rendimiento escolar inestable, las relaciones caóticas con familiares y amigos, el consumo de sustancias adictivas y otros comportamientos negativos pueden indicar un episodio depresivo serio. Estos síntomas pueden ser fáciles de reconocer pero la depresión en los adolescentes, con frecuencia, se manifiesta de formas muy diferentes a estos síntomas clásicos. Beck y Burns (1978, citados por Novoa, 2002) estudian la depresión infantil y descubren que los niños y adolescentes deprimidos tienen baja autoestima, tienden a la autocrítica, se sienten desgraciados, cobijan ideas de suicidio, pesimismo del futuro, van perdiendo la capacidad de decidir y de esperanza, se aíslan y pierden la oportunidad de recibir estímulos positivos.

Las consecuencias de la depresión infanto-juvenil son mayores de lo que pueden aparentar. Cummings y Davis (citados por Álvarez y cols., 2009), argumentan que los contextos familiares hostiles, incongruentes y con patrones de educación autoritarios, se desarrollan con diversos ajustes emocionales y cognitivos relacionados a la depresión. Sin embargo existen investigaciones que indican resultados contrarios, Zapata y cols. (2007) estudiaron la relación entre depresión y disfunción familiar en la adolescencia, encontrando que de la muestra (747 adolescentes mexicanos), el 33% tenía familia disfuncional y de la misma muestra sólo el 4% tenía indicadores de depresión; lo que indica que el riesgo relativo para la depresión en presencia de disfunción familiar no fue significativo y se discute que pueden existir factores socioculturales que influyen en el adolescente y que crean una actitud de resiliencia para hacer frente al contexto familiar que vive y no caer en depresión. Los antecedentes familiares son de suma importancia, no sólo por el aspecto genético (padres depresivos, hijos depresivos), sino también por los factores ambientales y socioculturales. De ahí la importancia de la presente investigación. Tal y como se argumenta en las investigaciones expuestas, los indicadores de problemas psicológicos en los adolescentes se basan en diversos factores, siendo el contexto familiar el más predisponente. Si existe una funcionalidad familiar adecuada, los padres pueden proyectar en los hijos un buen proceso de toma de decisiones, mejor actitud hacia la vida y mayor responsabilidad en su comportamiento; por el contrario si el nivel de comunicación no es óptimo, la familia suele estar distante

y tiende a ser rígida frente a los cambios, será más difícil que el adolescente se ajuste esta etapa y pueda superar las crisis que se le presenten ⁴¹

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1 Autor: Arenas Ayllón Sully Carolina

Título: Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes

Resumen: El estudio se efectuó en una muestra de 63 adolescentes, entre 12 y 17 años, de ambos sexos que asisten al Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el distrito de El Agustino, departamento de Lima. El diseño que se utilizó fue descriptivo correlacional. Se administró el Cuestionario tetradimensional de Depresión (CET-DE) para observar presencia o ausencia de depresión, y la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) para conocer el nivel de funcionalidad familiar que perciben en sus hogares, cuya validez de contenido fue estudiada a través del método de evaluación por criterio de jueces. Usando el estadístico Ji cuadrado (χ^2) se halló que la percepción de los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en adolescentes no presenta relación significativa en la muestra estudiada, así mismo dichas variables no se diferencian significativamente según sexo. En cuanto a la relación entre la presencia o ausencia de depresión según el sexo, no se hallaron diferencias significativas.

Cita en Vancouver: Arenas Ayllón, Sully. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. Tesis para optar el título profesional de Psicóloga. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2009 URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2562/Arenas_as.pdf;jsessionid=A47225E9AE6CD27C72EEA49D042E28DA?sequence=1) ⁴²

3.2 Autor Urtecho García Abimael Kevin

Título: Disfuncionalidad familiar relacionado a ideación suicida en los adolescentes

Resumen: Este trabajo fue realizado para determinar si existe relación entre la disfuncionalidad familiar con la ideación suicida en adolescentes que asisten al Hospital II-1 de Recuay en el 2017. Se realizó un estudio observacional, correlacional en 146 adolescentes del hospital II-1 de Recuay. Y dentro de los resultados encontrados: Tras aplicar el test de Apgar para estimar la disfuncionalidad familiar, se halló que el 37% tuvo disfuncionalidad leve, 28.1% disfuncionalidad moderada y 7.5% severa, mientras que solo el 27.4% perteneció a una familia funcional. En la ideación suicida en los adolescentes, se observó que el 77.4% tuvo deseos de morir en un nivel mínimo, mientras que el 19.9% el deseo de morir fue moderado y solo un 2.7% manifestó tener un deseo de morir intenso. Referente a la relación entre disfuncionalidad familiar y la

ideación suicida, se halló que existe una correlación positiva débil entre ambas variables, tras aplicar el correlacional de Spearman y obtener un $r=0.185$ con una $p=0.026$. Como conclusión se vio que la disfunción familiar leve, así como la ideación suicida mínima son las que predominaron en la población adolescente. Además, existe relación positiva débil entre la disfuncionalidad familiar y la ideación suicida

Cita en Vancouver: Urtecho García, Abimael Kevin. Disfuncionalidad familiar relacionado a ideación suicida en los adolescentes. Tesis para optar el título de médico cirujano. Trujillo: Universidad privada Antenor Orrego; 2017 URL: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2670/1/RE_MED.HUMA_ABIMAEEL.URTECHO_DISFUNCIONALIDAD.FAMILIAR_DATOS.pdf ⁴³

3.3 Autor: Suárez Soto, Elizabeth

Título: Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública

Resumen: Esta investigación se centró en determinar la relación entre las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y el Estilo de Funcionamiento Familiar en adolescentes entre 15 y 18 años, de ambos sexos, con diagnóstico de Depresión atendidos en Centros de Salud Pública. Se empleó una metodología cuantitativa, diseño no experimental de cohorte transversal. Se utilizó una muestra de 40 adolescentes de la Región Metropolitana y Región de Atacama. Se aplicó el Cuestionario KIDSCREEN - 52 y Escala de Estilo de Funcionamiento Familiar de Dunst, Trivette y Deal. Los hallazgos señalan que los adolescentes de esta muestra indican niveles bajos de CVRS, con una significativa relación con la percepción que éstos tienen de la funcionalidad familiar. Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en las dimensiones Autonomía y Amigos y Apoyo Social del constructo CVRS. En conclusión, se aprecia que los adolescentes con depresión autoreportan bajos niveles en su Calidad de Vida Relacionada con la Salud y perciben que su familia posee aspectos debilitados en su funcionamiento familiar, contando con escasos recursos intra y extra familiares. Estos resultados aportan evidencia sobre la importancia de obtener un tratamiento integral, que no apunte únicamente a lo sindrómico, sino también a la funcionalidad, otorgando una noción esencial en el quehacer clínico infanto juvenil

Cita en Vancouver: Suárez Soto, Elizabeth. Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología. Santiago .Universidad de Chile Facultad de Ciencias Sociales: 2013

URL:<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130104/TESIS%20FINAL.pdf?sequence>) ⁴⁴

3.4 Autor: Araujo Oré Lizbeth Octavia

Título: Cohesión y adaptabilidad familiar y depresión en adolescentes de una i.e de Lima

Resumen: En vista de las dificultades familiares que presentan los adolescentes atendidos desde la experiencia de internado en un centro de salud de Lima y la presencia de síntomas depresivos en estos adolescentes, surge mi interés por realizar este estudio con el objetivo de describir la relación entre la Cohesión y Adaptabilidad Familiar y la depresión en adolescentes escolares de la Institución Educativa Nacional Héroes del Cenepa ubicado en Lima. El diseño de la investigación fue no experimental y de tipo correlacional. Para la evaluación de los tipos de Cohesión y Adaptabilidad Familiar se utilizó la escala FACES III y para la evaluación de la depresión se usó la escala Birlerson, los cuales fueron aplicados a 288 adolescentes de entre 13 y 17 años de edad. En cuanto a los resultados se obtuvo que del total de adolescentes evaluados, el 36% presentara síntomas depresivos y el 11% se encontró con depresión mayor; el tipo de Cohesión Familiar que predominó fue el tipo Conectada (41%), seguido del tipo Aglutinada (35%), respecto al tipo de Adaptabilidad Familiar, predominó el tipo Estructurada (43%), seguido del tipo Flexible (28%) y el tipo Rígida (20%). Finalmente, se halló relación estadísticamente significativa entre el tipo de Cohesión Familiar y la depresión, no encontrándose relación significativa entre adaptabilidad familiar y depresión.

Cita Vancouver: Araujo Oré Lizbeth Octavia. Cohesión y adaptabilidad familiar y depresión en adolescentes de una i.e de Lima Tesis para optar el grado de Psicología. Lima: Universidad Señor de Sipán facultad de humanidades: 2016
URL: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/3092/1/COHESI%C3%93N%20Y%20ADAPTABILIDAD%20FAMILIAR%20Y%20DEPRESI%C3%93N%20EN%20ADOLESCENTES%20DE%20UNA%20I.E%20DE%20LIMA.pdf> ⁴⁵

3.5 Autor: Ruvalcaba Rodríguez, Rubén

Tema: Funcionalidad familiar, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, en los pacientes con trastorno depresivo en control adscrito a la UMF No. 1. del IMSS Delegación Aguascalientes

Resumen: Introducción: La familia, como sistema dinámico, cuya finalidad es propiciar el desarrollo individual y social de sus integrantes, influye en diversos aspectos de dicho desarrollo; siendo la cohesión y adaptabilidad familiar, las dimensiones que determinan la capacidad de afrontar las crisis familiares. La depresión, implica una serie de cambios en el sistema familiar, lo que favorece el estudio de la funcionalidad familiar, a través de sus dimensiones de cohesión y adaptabilidad. Antecedentes: Cajero-Vázquez, C (2009), describe la funcionalidad familiar en pacientes con trastorno esquizofrénico en fase de control, encontrando familias funcionales en el 55.18% al aplicar el FACES III, Badillo-Montes, MT (2009) y Sainos-López, DG, describen la funcionalidad familiar en pacientes con otras patologías psiquiátricas, encontrando diferencias en cuanto a la afección de la funcionalidad por las patologías; por otro lado, García-Leetch, E (2009),

Olvera-Arreola, SS (2012), González-Lucario, O (2013) y Pérez-Cabrera, A (2014), describen la funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades crónicas, encontrando familias funcionales. **Objetivo:** Determinar la funcionalidad familiar, en sus dimensiones de cohesión y adaptabilidad, en los pacientes con trastorno depresivo en control. **Metodología:** Estudio no experimental, transversal, descriptivo; con una muestra de 39 pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo, con tres meses y menos de un año en control de su patología, con edad entre 20 y 64 años, que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 IMSS, Delegación Aguascalientes, en el período comprendido entre el 30 de noviembre al 30 de diciembre del año 2015. Se evaluó la funcionalidad familiar percibida utilizando el instrumento FACES III. **Resultados:** De los 39 pacientes, el 74.4% fueron del sexo femenino, 69.2% casados y 56.4% se dedicaban al hogar. El 82.1% de los pacientes cuentan con una familia funcional y el 17.9% posee una familia disfuncional. Dentro de los tipos de familia, la caóticamente separada mostró un ligero predominio con el 15.4%, apenas por encima de la flexiblemente separada (12.8%), y otras como: la flexiblemente conectada y la estructuradamente conectada, ambas con el 10.3%. **Conclusiones:** Existe adecuada funcionalidad familiar, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, en las familias de pacientes con trastorno depresivo en control.

Cita Vancouver: Ruben Ruvalcaba Rodríguez. Funcionalidad familiar, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, en los pacientes con trastorno depresivo en control adscrito a la UMF No. 1. del IMSS Delegación Aguascalientes México. Tesis para obtener grado de especialidad en Medicina Familiar. Aguascalientes: Universidad autónoma de aguas calientes: 2016

URL <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/123456789/491>)⁴⁶

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Determinar si la disfuncion familiar esta asociado a un aumento en la frecuencia de sintomas depresivos en adolescentes postulantes a la academia Fleming Arequipa 2018

4.2. Objetivos Específicos

- Describir las características de disfunción familiar según valoración de Apgar familiar.
- Determinar la prevalencia de depresión en adolescentes de 15 a 18 años postulantes a la academia Fleming Arequipa
- Analizar la asociación entre disfunción familiar y depresión en adolescentes entre 15 a 18 años postulantes a la academia Fleming Arequipa

5 HIPOTESIS

Nula: No existe asociación entre disfunción familiar y depresión en adolescentes postulantes a la academia Fleming de Arequipa

Alternativa: Si existe asociación entre disfunción familiar y depresión en adolescentes postulantes a la academia Fleming de Arequipa.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICAS

Se utilizara como técnica la encuesta.

1.2. INSTRUMENTOS

Se aplicaran un instrumento para la medición de la Depresión y una ficha de APGAR familiar

1.2.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI):

El BDI consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos según la alternativa escogida en función a la gravedad. Según el puntaje obtenido se clasifica de 0 a 9 como Ausente, de 10 a 18 Leve, de 19 a 29 Moderada y de 30 a 63 es considerada como depresión grave.

El BDI fue traducida, adaptada al castellano y validada en estudios previos, siendo actualmente una de las más utilizadas para valorar específicamente depresión. Así mismo, presenta altas cifras de confiabilidad y consistencia interna; de igual manera estudios previos han evidenciado que sus resultados son comparables con resultados de otras escalas como la Escala de Autoevaluación de Zung y el Center for Epidemiologic Studies Depresión Screen que son usadas en otros estudios ⁴⁷

El inventario de depresión de Beck tiene como componentes analizados los siguientes:

N°	ITEM	N°	ITEM
1	Tristeza	12	Desinterés social
2	Pesimismo	13	Indecisión

3	Sentimiento de fracaso	14	Pobre imagen corporal
4	Insatisfacción	15	Dificultad laboral
5	Culpabilidad	16	Insomnio
6	Sentimiento de castigo	17	Fatiga
7	Auto decepción	18	Pérdida de apetito
8	Auto culpación	19	Pérdida de peso
9	Ideas suicidio	20	Hipocondría
10	Llanto	21	Desinterés por el sexo
11	Irritación		

1.2.3. Ficha de registro de los datos el APGAR familiar:

Fue elaborada por el investigador para fines del presente estudio, para obtener datos de cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar en forma global según cada caso a los encuestados, las cuales han sido definidas en el presente estudio.

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia.

El APGAR familiar es un instrumento que muestra **cómo perciben** los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil.

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

- Funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada.

- La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index) ⁴⁸

1.2.4 Ficha de recolección de datos:

Fue elaborada por fines del presente estudio, para obtener los datos tanto edad y sexo; como el colegio de procedencia y el programa al que se presentaran de los encuestados, las cuales han sido definidas en el presente estudio.

La presente hoja de recolección de datos no es un cuestionario de evaluación, ya que no se ha consignado puntajes para su valoración de cada ítem; por lo cual, no requiere de validación. El presente instrumento solo es una herramienta para posteriormente describir las características tan de los adolescentes encuestados.

1.2.5. Validación del instrumento:

El instrumentos a emplear BDI cuentan con estudios de validación previos tanto a nivel internacional como nacional, presentando altas cifras de fiabilidad del BDI tanto en términos de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0,83) como de estabilidad temporal (las correlaciones test-retest). Mientras que, la Ficha de recolección de datos del Apgar familiar validación también cuenta con estudios de investigación donde también se vio que es válido y fiable. APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades.

1.2.5. Materiales:

- Material de escritorio: Hojas bond (1 millar), 7 lapiceros.
- Servicios: Pasaje Urbano, servicio de impresiones y fotocopiado, servicio de anillado, servicio de internet.

Financiamiento: autofinanciado.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

El estudio de investigación será realizado en las aulas del establecimiento de la Academia Fleming previa coordinación con el director.

2.2. Ubicación temporal

Estudio se realizará en el período de febrero del 2018

2.3. Unidades de estudio

Adolescentes entre 15 a 18 años

2.4. Población:

Por conveniencia se tomó un grupo de estudio de 266 adolescentes postulantes a la academia Fleming que cumplan con los criterios de inclusión

2.5. Muestra

Para el desarrollo del estudio se tomo como conveniencia solo 242 adolescentes postulantes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusion que se mencionaran a continuacion, y 24 estudiantes que se les tuvieron que excluir por no contar con lops siguientes criterios:

De inclusión:

- Jóvenes que tengan entre 15 a 18 años de edad.
- Jóvenes postulantes dentro de las edades ya mencionadas que acepten participar en el estudio mediante consentimiento informado

De exclusión:

- Jóvenes que decidan retirarse del estudio.
- Jóvenes que tengan mayor edad a 18 años de edad y menor a la indicada.
- Jóvenes que se rehúsen a firmar el consentimiento informado
- Jóvenes que no resuelvan los instrumentos de manera adecuada.
- Jóvenes que actualmente se encuentren en tratamiento para la depresión.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Prevía aprobación de los jurados evaluadores del proyecto de tesis y del comité institucional de ética en la investigación de la Universidad Católica de Santa María-Arequipa, se solicitará el permiso a la Academia Fleming de Arequipa para poder realizar el estudio.

La investigadora, previa coordinación con el **Director académico Sr. Cesar Dávila Álvarez** quien invitara a participar en el estudio a los jóvenes que cumplan con los requisitos mediante consentimiento informado (ver anexo 1) y poder aplicar el instrumento de evaluación de depresión y disfunción familiar a los jóvenes postulantes. De los participantes se seleccionaran a los que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Posterior a la aceptación de los participantes, se les entregara y explicara como contestar el instrumento de evaluación (ver anexo 2) así como el cuestionario para ver la funcionalidad de la familia, apgar familiar, (ver anexo 3), los cuales serán respondidos de forma personal y confidencial asignando un código. Luego de obtener los resultados se les brindara los resultados a los participantes de forma personal y se brindara recomendaciones de ser necesario para que pueda continuar una atención.

Cuando se haya concluido la recolección de datos, se construirá una base de datos en el Programa Excel, se procesarán los datos identificando disfunción familiar y a la vez factores asociados a depresión. Posteriormente, se procederá a elaborar el informe de investigación.

3.2. Recursos

Humanos:

El investigador: Katheryn Berlanga Arana

Alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Asesora: Dra Gloria Llaza Loayza

Material de escritorio:

Hojas bond (1 millar), 7 lapiceros

Servicios: Servicio de impresiones y fotocopiado, servicio de anillado, servicio de internet, pasaje urbano.

3.3. Criterios para manejo de resultados

En la estadística descriptiva de las variables cualitativas se aplican frecuencias; y en las variables numéricas se utilizaran promedios y desviación estándar. En el análisis estadístico inferencial se utilizara la prueba de Chi cuadrado o Test exacto de Fisher según corresponda a la variable cualitativa, con un nivel de significancia al 5%; mientras que para variables cuantitativas se empleara el T-student. En el análisis de asociaciones crudas se utilizara análisis bivariados utilizando la razón de prevalencia u odds ratio según corresponda a la frecuencia de la presencia de depresión en la muestra seleccionada y se incluirán sus respectivos intervalos de confianza al 95%. En el análisis multivariado se utilizara el modelo matemático de regresión calculando la asociación ajustada con sus respectivos intervalos de confianza al 95% de los factores asociados a depresión. Los datos serán procesados usando el paquete estadístico SPSS ver. 22 y sus resultados presentados en tablas.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tiempo en meses Actividades	Año				
	2017-2018				
	Diciembre	Diciembre	Febrero	Febrero	Marzo
Búsqueda bibliográfica problema de investigación	X				
Sistematización de bibliografía sobre depresión y factores asociados		X			
Redacción de proyecto		X			
Aprobación proyecto de tesis			X		
Dictamen de comité de ética de investigación			X		
Ejecución de proyecto			X	X	
Recolección de datos			X	X	
Estructuración de resultados				X	
Informe final					X

Fecha de inicio: Diciembre del 2017

Fecha probable de término: Marzo del 2018

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Article title: Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión
Website title: Guíasalud.es
URL: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/apartado04/definicion_diagnostico.html
- ² Website title: Nimh.nih.gov
URL: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf
- ³ Article title: Guía Salud. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia.
Website title: Guíasalud.es
URL: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/apartado01/introduccion.html
- ⁴ Smith D, Muir W, Blackwood D: Genetics of early-onset depression. Br J Psychiatry. 2003; 182:363
- ⁵ Bazán-López José L, Olórtégui-Malaver Víctor M, Vargas-Murga Horacio B, Huayanay-Falconí Leandro. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. Rev. Neuropsiquiatr [Internet]. 2016 [citado 2017 Nov 27]; 79(1): 3-16. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-85972016000100002&lng=es
- ⁶ Website title: Guíasalud.es
URL: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/documentos/apartado04/apartado04.pdf
- ⁷ Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. Am J Psychiatry. 2000; 157(10):1552-62
- ⁸ Article title: funcionalidad y disfuncionalidad familiar
website title: revistabiendesalud.com
url: <http://www.revistabiendesalud.com/articulos/funcionalidad-y-disfuncionalidad-familiar/>
- ⁹ Paz S. Problemas en el desempeño escolar y su relación con el funcionalismo familiar en alumnos de EGB 1. Revista de la Facultad de Medicina 2007; 8 (1):234 – 239
- ¹⁰ Zaldívar D. Funcionamiento familiar saludable. 2006. Obtenido de: <http://www.Sld.cu>. (Fecha de consulta: 15 – 01 – 16)

- 11 Ospina-Ospina F, Hinestrosa-Upegui M, Paredes M, Guzmán Y, Granados C. Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. Rev. salud pública. 13 (6): 908-920, 2011
- 12 Article title: Test de Beck Depresión
Webside title: Depresion.psicomag.com
URL: http://www.depresion.psicomag.com/test_beck.php
- 13 Suarez Cuba Miguel A., Alcalá Espinoza Matilde. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2014 [citado 2018 Feb 19]; 20(1): 53-57. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es
- 14 Catalina González-Forteza, Alicia Edith Hermosillo de la Torre b, María de los Ángeles Vacío-Muro b, Robert Peralta y A. Wagner; Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica 2015 ; 149 URL:[file:///F:/Documents%20and%20Settings/PC/Mis%20documentos/Downloads/S1665114615000659_S300_es%20\(1\).pdf](file:///F:/Documents%20and%20Settings/PC/Mis%20documentos/Downloads/S1665114615000659_S300_es%20(1).pdf)
- 15 Webs EFE.com; Salud mental: En España 2,4 millones de personas sufren depresión, el 5,2 % de la población; Ginebra 23 feb. 2017 Disponible:
<https://www.efe.com/efe/espana/sociedad/en-espana-2-4-millones-de-personas-sufren-depresion-el-5-la-poblacion/10004-3188014>
- 16 Sully Carolina Arenas Ayllón. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. Tesis para optar el título profesional de Psicóloga; Lima. universidad nacional mayor de san marco; 2009 url:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2562/arenas_as.pdf;jsessionid=34a0d6bd43becf1d5d20d1e6685c5c82?sequence=1
- 17 Araujo Oré Lizbeth Octavia. Cohesión y adaptabilidad familiar y depresión en adolescentes de una i.e de Lima Tesis para optar el grado de Psicología. Lima: Universidad Señor de sipan facultad de humanidades; 2016
url:<http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/3092/1/cohesi%c3%93n%20y%20adaptabilidad%20familiar%20y%20depresi%c3%93n%20en%20adolescentes%20de%20una%20i.e%20de%20lima.pdf>
- 18 Gómez-Bustamante, Castillo-Ávila y Cogollo; Predictores de disfunción familiar en adolescentes estudiantes de secundaria en la ciudad de Cartagena; Colombia; 2009 URL: www.scielo.org.co/pdf/cesp/v9n2/2011-3080-cesp-9-02-00167.pdf
- 19 Torrel M, Delgado M. Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla - Tumbes, 2013. Ciencia y Desarrollo. 2014; 17 (1): 47-54.
- 20 Escobar Sáez, María Jesús; Disfunción familiar en adolescentes de quinto de secundaria de un colegio público y un colegio privado en el distrito de la molina.

- Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología; Lima. Universidad de Lima escuela de Humanidades; 2015. URL:
http://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/ulima/1721/Escobar_Saez_Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 21 El Mostrador; Altos índices de depresión y suicidios de niños en Chile levantan alerta de la OMS; Chile; 15 abril, 2016; Disponible:
<http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2016/04/15/altos-indices-de-depresion-y-suicidios-de-ninos-en-chile-levantan-alerta-de-la-oms/>
- 22 Tolstoi L. Dinámica familiar. En: Huerta González JL. La familia en el proceso de salud-enfermedad. San Luis Potosí: Tangamanga; 1998. p. 37-42
- 23 Author: Patricia María Herrera Santí
Article title: La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud
Website title: Scielo.sld.cu
URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-2125
- 24 Website title: Minsa.gob.pe
URL: <http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/Adolescente/orientaciones.pdf>
- 25 Website title: Psicoadolescencia.com.ar
URL: <http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/familias/fami002.pdf>
- 26 Article title: La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud
Website title: Bvs.sld.cu
URL: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_6_97/mgi13697.htm
- 27 Article title: La familia funcional y disfuncional
URL: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_6_97/mgi13697.htm
- 28 Website title: Redalyc.org (Artículo de revista científica)
URL: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80615450005.pdf>
- 29 Minuchin, S, Fishman, H. Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós; pg156-68.
- 30 Website title: Psicoadolescencia.com.ar
URL: <http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/familias/fami002.pdf>
- 31 Article title: La familia con hijos adolescentes
Website title: hacerfamilia.com
URL: <http://www.hacerfamilia.com/familia/noticia-familia-hijos-adolescentes.html>
- 32 Saucedo M, Duran M. La familia: Su dinámica y tratamiento. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003.

- 33 Website title: Redalyc.org (Artículo de revista científica)
URL: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80615450005.pdf>
- 34 Website title: Nihh.nih.gov
URL: https://www.nihh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf
- 35 Website title: Bvs.minsa.gob.pe
URL: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820_MS-PROM14.pdf
- 36 Website title: Bvs.minsa.gob.pe
URL: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820_MS-PROM14.pdf
- 37 Silva Hernán. Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. Rev. chile. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2002 Oct [citado 2018 Feb 19]; 40(Suppl 1): 9-20. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500002&lng=es
- 38 Retamal C., Pedro. Depresión, Editorial UniversitariaSA.ed .Santiago de;1999
- 39 Website title: Guiasalud.es
URL:
http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/documentos/apartado04/apartado04.pdf
- 40 Website title: Nihh.nih.gov (Instituto nacional de Salud mental)
URL:
https://www.nihh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf
- 41 Arenas Ayllon, Sully. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. Tesis para optar el título profesional de Psicóloga. Lima: universidad mayor de San Marcos ;2009
- 42 Arenas Ayllon, Sully. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. Tesis para optar el título profesional de Psicóloga. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2009
URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2562/Arenas_as.pdf;jsessionid=A47225E9AE6CD27C72EEA49D042E28DA?sequence=1
- 43 Urtecho García, Abimael Kevin. Disfuncionalidad familiar relacionado a ideación suicida en los adolescentes. Tesis para optar el título de médico cirujano. Trujillo: Universidad privada Antenor Orrego ;2017 URL:
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2670/1/RE_MED.HUMA_ABIM AEL.URTECHO_DISFUNCIONALIDAD.FAMILIAR_DATOS.pdf
- 44 Suárez Soto, Elizabeth. Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología. Santiago .Universidad de Chile Facultad de Ciencias

Sociales:2013

URL:<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130104/TESIS%20FINAL.pdf?sequence>

- 45 Araujo Oré Lizbeth Octavia. Cohesión y adaptabilidad familiar y depresión en adolescentes de una i.e de Lima Tesis para optar el grado de Psicología.Lima: Universidad Señor de Sipan facultad de humanidades:2016
URL:<http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/3092/1/COHESI%C3%93N%20Y%20ADAPTABILIDAD%20FAMILIAR%20Y%20DEPRESI%C3%93N%20EN%20ADOLESCENTES%20DE%20UNA%20I.E%20DE%20LIMA.pdf>
- 46 Rubén Ruvalcaba Rodríguez. Funcionalidad familiar, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, en los pacientes con trastorno depresivo en control adscrito a la UMF No. 1. del IMSS Delegación Aguascalientes México. Tesis para obtener grado de especialidad en Medicina Familiar. Aguascalientes: Universidad autónoma de aguas calientes:2016
URL <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/123456789/491>
- 47 Article title: Test de Beck Despresion
Webside title: Depresion.psicomag.com
URL: http://www.depresion.psicomag.com/test_beck.php
- 48 Suarez Cuba Miguel A., Alcalá Espinoza Matilde. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2014 [citado 2018 Feb 19]; 20(1): 53-57. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente se le invita a en un estudio de investigación, que tiene como propósito conocer los factores asociados a depresión en adolescentes postulantes a la academia Fleming relacionado a disfunción familiar de Arequipa, año 2018.

Participación voluntaria

Luego de terminar de revisar este consentimiento, usted es la única persona que decide si acepta participar en el estudio. Su participación es completamente voluntaria.

Procedimientos

1. Se tomarán una encuesta para valorar la disfunción familiar y su relación a síntomas depresivos, para ello se le explicara el correcto llenado y se codificaran sus instrumentos de evaluación a fin de garantizar la confidencialidad.
2. Se espera poder contar con la participación de jóvenes postulantes de la Academia Fleming
3. Se evaluarán los resultados obtenidos en la encuesta, y se les brindara sus resultados de forma confidencial y orientación respectiva.

Riesgos y procedimientos para minimizar los riesgos

No existen riesgos en esta investigación.

Costos

Usted no deberá asumir ningún costo económico para la participación en este estudio, el costo de las encuestas serán asumidos por el investigador.

Beneficios

Puede ser que no haya un beneficio inmediato para usted por participar de este estudio. Sin embargo, usted estará contribuyendo decisivamente a conocer los factores asociados a depresión en relación a disfunción familiar de los participantes asociados a la academia Fleming de Arequipa. Así mismo, contara con los resultados de la evaluación respectiva de depresión.

Confidencialidad

Todos sus resultados que se generen serán tratados con la más estricta confidencialidad, para ello serán registrados mediante códigos que solo el investigador conoce y no serán compartidos sin su autorización.

Contacto

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio el personal asignado a coordinar este estudio puede responder preguntas adicionales sobre la encuesta, o cualquier procedimiento

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO/AUTORIZACION

Yo he tenido oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas mis preguntas han sido contestadas.

He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Además, entiendo que estando de acuerdo de participar en este estudio estoy dando permiso para que se procese la información que haya sido respondida en los cuestionarios aplicados.

En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo de participar en este estudio.

Nombre del participante	
DNI:	

Firma y/o huella digital del participante	
---	--

Nombre del Investigador principal	
Documento de identidad	

Fecha:

ANEXO 2

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Colegio de procedencia:

Carrera profesional a la q postula

CÓDIGO N°.....

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1).

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2).

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3).

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

-
- Me siento una persona totalmente fracasada.
- 4).
- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 5).
- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.
- 6).
- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.
- 7).
- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.
- 8).
- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9).
- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

-
- Desearía suicidarme.
 - Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

-
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

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

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.



ANEXO 3

CÓDIGO N°.....

Por favor, responda con sinceridad a las siguientes preguntas, marcando con un aspa o cruz:

1. Edad: ____ Sexo: F M

APGAR FAMILIAR.

FUNCIÓN	Nunca (0 puntos)	Casi Nunca (1 puntos)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero.					

M.E.B