

# Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



## ASOCIACIÓN ENTRE DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES DEL COLEGIO DEL EJÉRCITO DE AREQUIPA, AÑO 2017.

Tesis presentada por la Bachiller:

Zúñiga Manrique, Rosario Elsa Jesús

Para optar el Título Profesional de:

Médica Cirujana

Asesor:

Dr. Espinola Sánchez, Marcos Augusto

Arequipa - Perú

2018



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° 132 - FMH-2017**

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**“ASOCIACIÓN ENTRE DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES DEL COLEGIO DEL EJÉRCITO DE AREQUIPA, AÑO 2017”**

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

**ROSARIO ELSA JESUS ZUÑIGA MANRIQUE**

Nuestro dictamen es:

*Favorable, procede la sustentación*

OBSERVACIONES:

Arequipa, .....

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYNECHE

*J. M. Z. Rodríguez*  
Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez  
PSIQUIATRA

C.M.P. 033303 - R.N.E. 015303

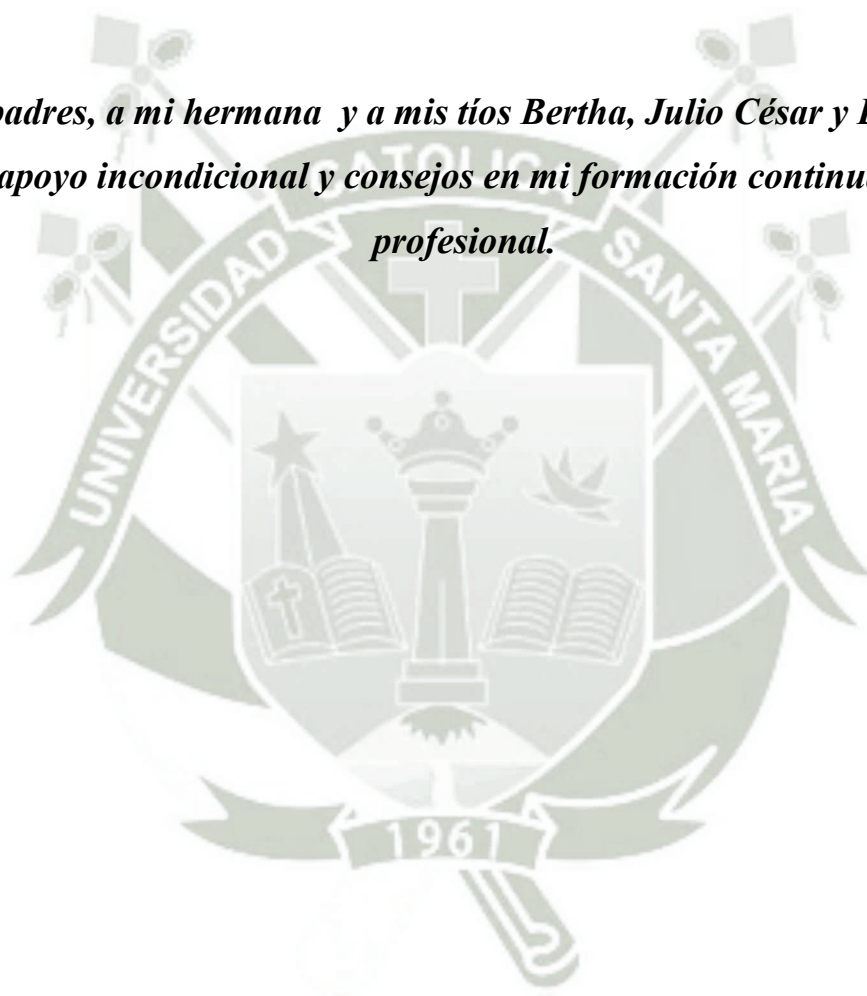
DR. JUAN MANUEL ZEVALLOS  
RODRIGUEZ

*J. E. Alvarado Aco*  
DR. JOSÉ ELISEO ALVARADO ACO  
Dr. José E. Alvarado Aco  
MÉDICO PSIQUIATRA  
R.N.E. 9805 C.M.P. 14021

*Ada Del Carpio Sanz*  
DRA. ADA DEL CAPIO SANZ  
Dra. Ada Del Carpio Sanz  
DOCENTE PRINCIPAL  
FACULTAD DE MEDICINA

*Dedico mi tesis con mucho amor y agradecimiento:*

*A mis padres, a mi hermana y a mis tíos Bertha, Julio César y Lucero por su apoyo incondicional y consejos en mi formación continua como profesional.*



*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 Dr. Marcos Augusto Espinola Sanchez, 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.*

## INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno psiquiátrico del estado de ánimo, que implica predominantemente un sentimiento psicopatológico de tristeza (1). 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 (2,3).

En diferentes países la depresión varía de 10,6% a un 16,2% en promedio; lo cual varía según la edad, países y metodología empleada (4,5). 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 (6). En México, en un estudio de 8 colegios, se reporta que el 38,8% de adolescentes presenta una depresión clínica global (7); mientras que, en estudiantes adolescentes de Colombia se ha reportado el 40.5% (8). 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% (9); mientras que la prevalencia del deseo de morir y del pensamiento suicida en adolescentes son del 21,4% y 7,4% respectivamente (10).

Si bien la etiología de la depresión aún no ha sido bien establecida, se conoce que factores genéticos, estrés y una desincronización de los ritmos biológicos juegan un papel importante (11). Entre los mecanismos genéticos se han asociado los implicados en el transportador de serotonina y la enzima MAO (12). Se ha demostrado que variaciones en la región promotora del gen del transportador de serotonina (SLC6A4, también conocida como 5-HTT) esta relacionada al desarrollo de depresión (13). De igual modo, la presencia del polimorfismo 5-HTTLPR se relaciona con una menor eficiencia en el proceso de transcripción, conduciendo así a una menor expresión del transportador de serotonina en las neuronas (14). Estudios han demostrado que esta influencia de factores genéticos es importante sobre todo a temprana edad (15,16). Así mismo, se ha mostrado que existe relación entre los polimorfismos T941G y CA del gen MAO-A con la depresión (17). Por otro lado, el polimorfismo MAOA-uVNTR está relacionado con el diagnóstico de depresión mayor según DSM-IV en adultos (18); sin embargo, no se evidencia asociación a la depresión mayor en adolescentes (19).

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 (20,21). 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 (22). 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 (23).

Estudios han establecido diferentes factores de riesgo para depresión tanto genéticos, personales, sociales y trastornos físicos o mentales (19,24). Así mismo, las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales juegan un rol importante en su manifestación (25). También, los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor (26,27). De igual forma el ser soltero, divorciado o viudo, así como el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión (25); así mismo la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos (28).

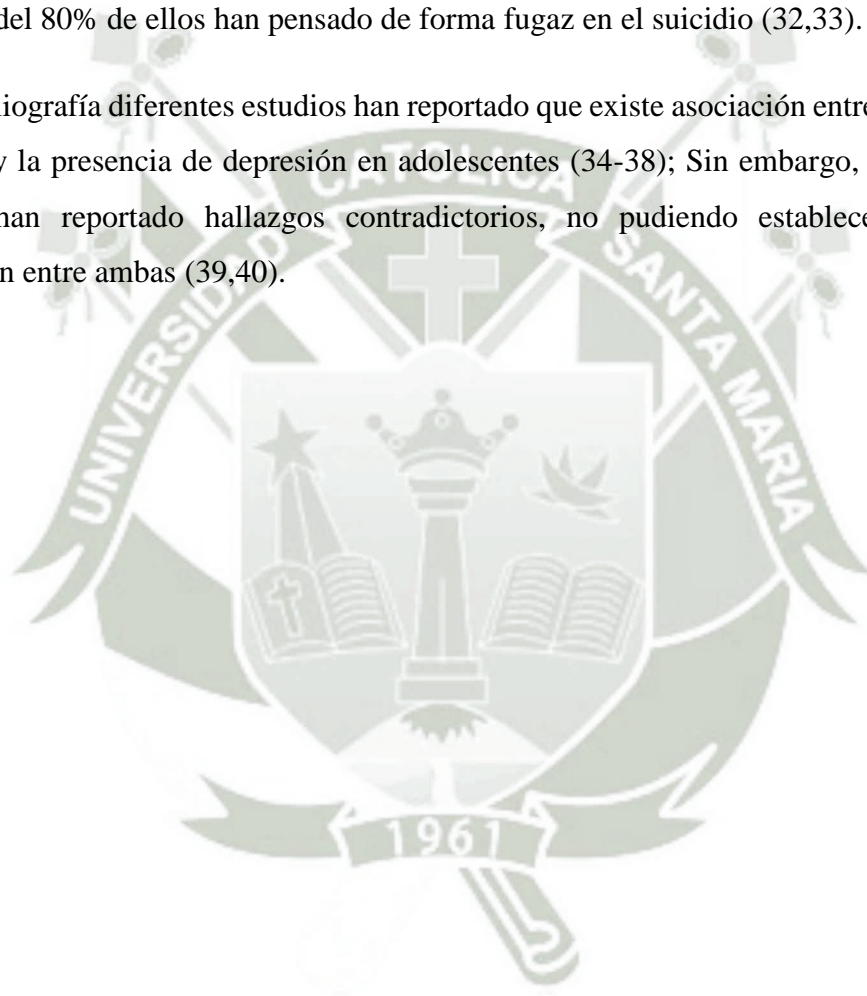
Las familias funcionales promueven el desarrollo integral de sus miembros y permiten que se mantengan estados de salud física, emocional y social favorables en cada uno de ellos. A diferencia de una familia disfuncional que constituye un factor de riesgo para la aparición de síntomas y enfermedades psíquicas y somáticas en sus miembros (29). 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 vital (30).

Se ha señalado que el funcionamiento familiar puede influir de forma positiva o negativa en el comportamiento y la personalidad de cada uno de sus miembros, pudiendo existir diferencias de vulnerabilidad entre ellos. Entre los indicadores del funcionamiento familiar se encuentran la cohesión y la adaptabilidad familiar (31). El modelo circunflejo de Olson identifica cuatro niveles de cohesión familiar que están en continuo balance y que van desde un bajo nivel de cohesión (desligada) hasta una cohesión extrema (aglutinada); lo mismo en

la adaptabilidad identifica cuatro niveles, siendo los niveles óptimos denominando como flexibles y estructurado, mientras que los extremos negativos están representados por los niveles rígidos y caóticos (31).

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 suicidio (32,33).

En la bibliografía diferentes estudios han reportado que existe asociación entre la disfunción familiar y la presencia de depresión en adolescentes (34-38); Sin embargo, otros estudios previos han reportado hallazgos contradictorios, no pudiendo establecer que exista asociación entre ambas (39,40).



## RESUMEN

La depresión es un problema de salud pública, siendo importante su identificación en etapas tempranas y sobre todo en poblaciones vulnerables 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:** Evaluar la asociación entre disfunción familiar y depresión en estudiantes adolescentes del Colegio Del Ejército de la ciudad de Arequipa, año 2017. **Diseño:** Estudio analítico de corte transversal. **Muestra:** Participaron 375 estudiantes adolescentes, que cumplieron con los criterios de selección. **Medición:** Determinación de la depresión según el Inventario de Depresión de Beck y el funcionamiento familiar según instrumento de FACES III. **Resultados:** La depresión en estudiantes adolescentes fue del 54.7%, mientras que la disfunción familiar fue del 66.7%, se encontró asociación significativa entre disfunción familiar y depresión ( $p=0.004$ ), y entre sexo femenino y depresión familiar ( $p=0.004$ ). En el análisis bivariado y multivariado se encontró mayor probabilidad de presentar depresión en estudiantes expuestos a disfunción familiar, siendo del 1.4 (IC95%=1.1-1.7) y 1.3 (1.06-1.67) respectivamente en cada análisis; siendo mayor al tratarse de depresión moderada-grave  $RP=2.0$  (IC95%=1.3 – 3.1) en el análisis bivariado y una  $RP=1.85$  (IC95%=1.24-2.78) en el análisis multivariado. **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, its identification is important in the early stages and especially in vulnerable populations such as adolescents, where family functioning can positively or negatively influence the development of mental illnesses, such as depression.

**Objectives:** To evaluate the association between family dysfunction and depression in adolescent students of the Army College of the city of Arequipa, 2017. **Design:** Cross-sectional analysis study **Sample:** 375 teenage students participated, who met the selection criteria. **Measurement:** Determination of depression according to the Beck Depression Inventory and family functioning according to FACES III instrument. **Results:** Depression in adolescent students was 54.7%, while family dysfunction was 66.7%, a significant association was found between family dysfunction and depression ( $p = 0.004$ ), and between female sex and family depression ( $p = 0.004$ ). In the bivariate and multivariate analysis, it was found a higher probability of presenting depression in students exposed to family dysfunction, 1.4 (95% CI = 1.1-1.7) and 1.3 (1.06-1.67) respectively in each analysis; This values being higher in moderate-severe depression  $RP = 2.0$  (IC95% = 1.3 - 3.1) applying the bivariate analysis and a  $PR = 1.85$  (IC95% = 1.24-2.78) in the multivariate analysis. **Conclusions:** A high depression was found in medical interns, having a significant association with the origin.

**Key words:** Depression, family dysfunction, adolescents.

## ÍNDICE

### INTRODUCCIÓN

### RESUMEN

### ABSTRACT

### CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS .....1

### CAPÍTULO II

RESULTADOS .....8

### CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y  
COMENTARIOS .....17

### CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y  
RECOMENDACIONES .....21

BIBLIOGRAFÍA .....26

### ANEXOS

Anexo 1: Proyecto de Tesis .....33

Anexo 2: Inventario de Depresión de Beck .....69

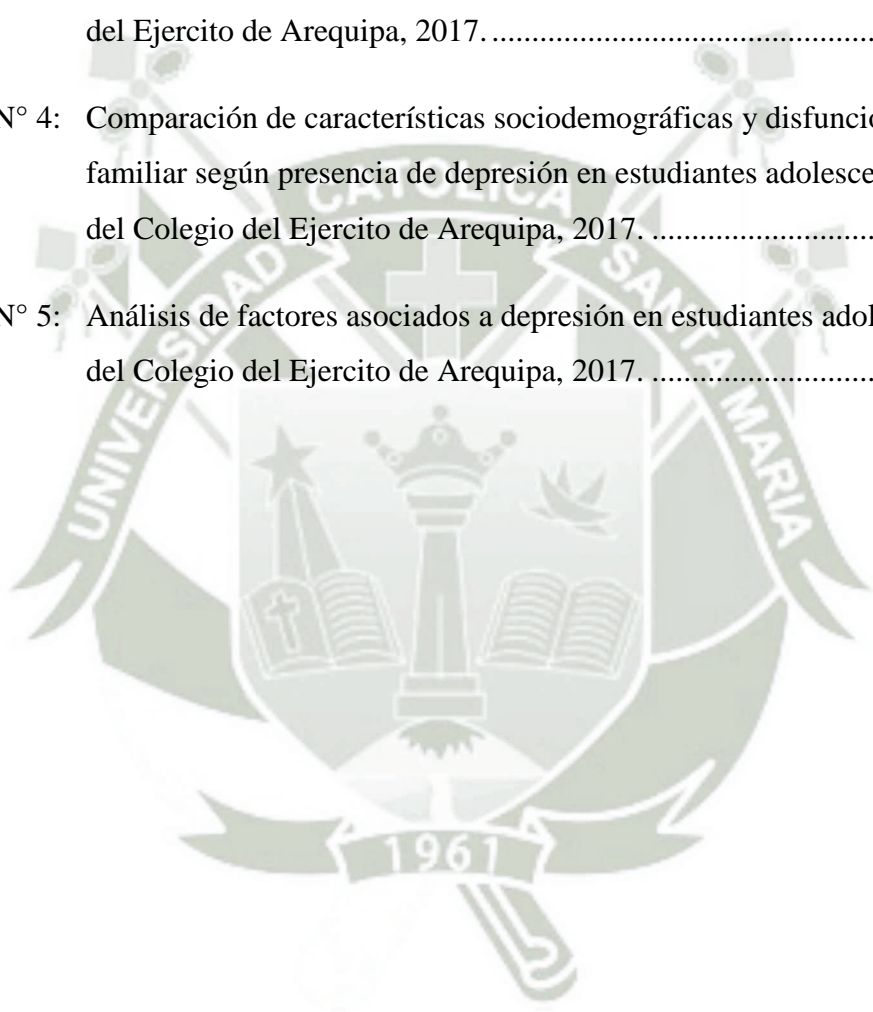
Anexo 3: Encuesta de FACES III .....73

Anexo 4: Ficha de recolección de datos .....75

Anexo 5: Base de datos .....76

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1: Descripción de las características sociodemográficas de estudiantes adolescentes del Colegio del Ejército de Arequipa, 2017. ....	9
TABLA N° 2: Descripción de las características de Funcionamiento Familiar en estudiantes adolescentes del Colegio del Ejército de Arequipa, 2017 .....	11
TABLA N° 3: Descripción de la depresión en estudiantes adolescentes del Colegio del Ejército de Arequipa, 2017. ....	13
TABLA N° 4: Comparación de características sociodemográficas y disfunción familiar según presencia de depresión en estudiantes adolescentes del Colegio del Ejército de Arequipa, 2017. ....	15
TABLA N° 5: Análisis de factores asociados a depresión en estudiantes adolescentes del Colegio del Ejército de Arequipa, 2017. ....	16



## ÍNDICE DE GRÁFICAS

- GRÁFICA N° 1: Gráfico combinado de líneas y columnas agrupadas por descripción de las características sociodemográficas de estudiantes adolescentes del Colegio del Ejercito de Arequipa, 2017. ....10
- GRÁFICA N° 2: Gráfica de distribución de frecuencias según dimensiones de cohesión, adaptabilidad y disfunción familiar en estudiantes adolescentes del Colegio del Ejercito de Arequipa, 2017. ....12
- GRÁFICA N° 3: Gráfica según tipo de depresión en estudiantes adolescentes del Colegio del Ejercito de Arequipa, 2017. ....14





**CAPÍTULO I**  
**MATERIAL Y MÉTODOS**

## MATERIAL Y MÉTODOS

### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

#### 1.1. TÉCNICAS

Se utilizó como técnica la encuesta.

#### 1.2. INSTRUMENTOS

Se aplicaron los siguientes instrumentos para la medición de las variables:

##### 1.2.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI):

El Inventario de depresión de Beck es un instrumento que comprende 21 ítems y es específico para evaluar depresión, cada ítem es valorado de 0 a 3 puntos (23,41).

El BDI tiene los siguientes componentes:

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	Autodecepción	18	Pérdida de apetito
8	Autoculpación	19	Pérdida de peso
9	Ideas suicidio	20	Hipocondría
10	Llanto	21	Desinterés por el sexo
11	Irritación		

A mayor puntaje en el BDI presenta mayor depresión; siendo clasificada según el puntaje obtenido 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. Así mismo, el BDI está validado en su versión traducida al castellano gracias al trabajo de Vázquez y Sanz, presentando cifras de alta fiabilidad, tanto en términos de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0,83) como de estabilidad temporal (las correlaciones test-retest) (23). De igual forma, el BDI resulta comparable con resultados de otros instrumentos usados para evaluar depresión tales como la Escala de Autoevaluación de Zung y el Center for Epidemiologic Studies Depresión Screen (22).

### **1.2.2. Cuestionario Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III):**

Esta prueba evalúa el funcionamiento familiar, el cual mediante 20 ítems valora la comunicación, las jerarquías y los límites así como la adaptabilidad y la cohesión familiar. Comprende de preguntas impares para evaluar la cohesión, mientras que las preguntas pares evalúan la adaptabilidad. FACES III mide el funcionamiento familiar desde dos dimensiones: familias según su cohesión, la cual es clasificada en No Relacionada con un puntaje entre 10 y 34, Semirrelacionada con un puntaje entre 35 y 40, Relacionada entre 41 y 45 puntos y Aglutinada entre 46 y 50 puntos; y la dimensión de adaptabilidad clasificándola en Rígida con un valor entre 10 a 19 puntos, Estructurada entre 20 y 24, Flexible entre 25 y 28 puntos y Caótica entre los 29 y 50 puntos (42).

FACES III mediante las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, determina tres niveles de funcionamiento familiar. En el rango balanceado se ubican las familias de óptimo funcionamiento, mientras que en el extremo se ubican las familias no funcionales (42,43).

En el presente estudio se usó la versión de FACES III validada en el Perú por Malamud, citado por Iglesias (44). En un estudio realizado por Ferreira en Perú en menores de edad ha reportado que la presente prueba tiene una alta confiabilidad para cada una de las dimensiones evaluadas: cohesión (coeficiente de correlación = 0,83) y para adaptabilidad (coeficiente de correlación= 0,80) (43).

### **1.2.3. Ficha de recolección de datos:**

Este instrumento es elaborado por la investigadora para fines del presente estudio, en el cual se obtendrán los datos de los encuestados en cuanto a las características de edad, sexo, grado académico y tipo de estructura familiar.

## **2. CAMPO DE VERIFICACIÓN**

### **2.1. UBICACIÓN ESPACIAL**

El estudio de investigación fue realizado en el Colegio Del Ejército, ubicado en Av. Progreso 1220 – Miraflores.

### **2.2. UBICACIÓN TEMPORAL**

Estudio fue realizado en el período de octubre a noviembre del 2017.

### **2.3. UNIDADES DE ESTUDIO**

#### **2.3.1. Población**

Estudiantes adolescente del Colegio del Ejército de Arequipa

#### **2.3.2. Muestra**

En el presente estudio participaron 375 estudiantes adolescentes del Colegio Del Ejército de Arequipa que se encontraba cursando clases entre octubre y noviembre del 2017, y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Así mismo, el tamaño de muestra estudiada en el presente estudio fue mayor al mínimo requerido para estudio transversal observacional (369 participantes), calculado en el programa EPIDAT versión 3.1, con proporción esperada de depresión en adolescentes del 0.4 según estudios previos, y con una precisión del 0.05 y un nivel de confianza del 95%.

## **Criterios de selección**

### **De inclusión:**

- Estudiantes con edades comprendidas entre los 11 y 16 años, de ambos sexos que se encuentren matriculados y actualmente asistiendo a clases en el Colegio Del Ejército.
- Estudiantes que acepten participar en el estudio mediante consentimiento informado

### **De exclusión:**

- Estudiantes adolescentes que decidan retirarse del estudio.
- Estudiantes adolescentes que tuvieron la pérdida de un familiar de primer o segundo grado de consanguineidad que consideren cercano en sus vidas cotidianas en los últimos 2 meses.
- Estudiantes que no resuelvan los instrumentos de manera adecuada.
- Estudiantes adolescentes que actualmente se encuentren en tratamiento para la depresión.

## **3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **3.1. ORGANIZACIÓN**

Previa 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 solicitó el permiso del Director de la Institución educativa para que pueda brindar las facilidades en la realización del presente estudio.

La investigadora, previa coordinación con los tutores de los estudiantes, por grado académico, procedió a informarles acerca de la realización del estudio solicitando su colaboración voluntaria. Se tomó un asentimiento al menor en forma verbal al inicio de la entrevista y fueron seleccionados aquellos que cumplieran criterios de inclusión y exclusión.

Una vez que los estudiantes aceptaron participar se les explico cómo realizar la contestación adecuada de los instrumentos de evaluación, seguidamente se les entrego los instrumentos de evaluación y la ficha recolectora de datos, los cuales fueron respondidos de forma confidencial asignando un código a cada estudiante de forma personal, el cual solo fue conocido por el estudiante y la investigadora. La aplicación de los instrumentos de evaluación fue realizada bajo la supervisión de la investigadora.

Posterior a la recolección de datos se construyó una base de datos en el Programa Excel, luego se procesaron los datos mediante el análisis estadístico y posteriormente se procedió a elaborar del informe de investigación, según la evidencia disponible..

### 3.2. RECURSOS

#### **Humanos:**

- La investigadora: Rosario Elsa Jesús Zúñiga Manrique

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

- Asesor: Dr. Marcos Augusto Espinola Sánchez

#### **Materiales:**

Pasaje Urbano, servicio de impresiones y fotocopiado, servicio de anillado, servicio de internet

#### **Financieros:**

- Autofinanciamiento.

#### **Validación del instrumento**

Los instrumentos a emplearse BDI y FACES III cuentan con estudios de validación previos tanto a nivel internacional como nacional, por tanto no amerita de una nueva validación. Mientras que, la Ficha de recolección de datos no requiere validación por ser solo para recojo de información y los ítems contenidos en ella no tienen puntaje ya que podrían ser diferentes a cada participante.

### 3.3. CRITERIOS O ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS

Se realizó análisis estadístico descriptivo aplicando frecuencias para variables cualitativas y para las variables numéricas se utilizaron promedios y desviación estándar. En el análisis estadístico inferencial se utilizara la prueba de Chi cuadrado para variables cualitativas, con un nivel de significancia al 5%; mientras que para variables cuantitativas se uso el T-student. Para el análisis bivariado se utilizó la razón de prevalencia que incluyo sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Los datos fueron procesados usando el paquete estadístico SPSS ver. 22 y sus resultados presentados en tablas usando el programa Excel.

### 3.4. ÉTICA:

El presente proyecto fue presentado al comite de Ética Institucional para contar con su revisión y aprobación antes de su ejecución. En la ejecución de la investigación se invito a participar a los estudiantes adolescentes de forma voluntaria, tomando un asentimiento en forma verbal al inicio de la entrevista, el cual tambien se encontro de forma escrita al incicio en cada instrumento de evaluación. Así mismo, se garantizo la confidencialidad de los datos recogidos asignando un codigo a cada participante que solamente la investigadora conoce.



**TABLA N° 1.**

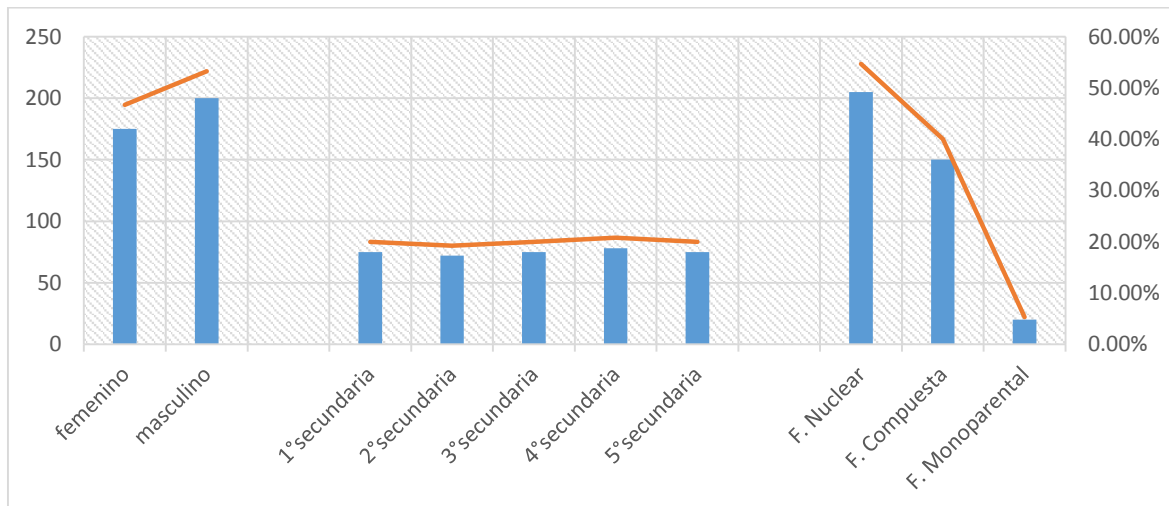
**Descripción de las características sociodemográficas de estudiantes adolescentes del Colegio del Ejército de Arequipa, 2017.**

<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	<b>n</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>SEXO</b>		
- Femenino	175	46.7%
- Masculino	200	53.3%
<b>GRADO ACADÉMICO</b>		
- 1° secundaria	75	20%
- 2° secundaria	72	19.2%
- 3° secundaria	75	20.0%
- 4° secundaria	78	20.8%
- 5° secundaria	75	20.0%
<b>ESTRUCTURA FAMILIAR</b>		
- Nuclear	205	54.7%
- Compuesta	150	40.0%
- Monoparental	20	5.3%
<b>EDAD</b>	Media=14.6	Mínimo=11
	DE=1.54	Máximo=17

*Fuente: Base de datos*

**GRÁFICA N° 1.**

**Gráfico combinado de líneas y columnas agrupadas por descripción de las características sociodemográficas de estudiantes adolescentes del Colegio del Ejército de Arequipa, 2017.**



En la tabla 1 y gráfica 1, observamos que existe una mayor frecuencia de varones (53.3%) en comparación de las mujeres (46.7%), mientras que la distribución por grado académico fue similar entre los participantes, alrededor del 20%. Así mismo, se observa que existe una mayor frecuencia de familia nuclear entre los participantes (54.7%) seguido de la familia compuesta (40%) y en menor frecuencia la familia monoparental (5.3%). Entre los participantes se observó una edad mínima de 11 años y máxima de 17 años, siendo en promedio 14.6 +/- 1.54 años.

**TABLA N° 2.**

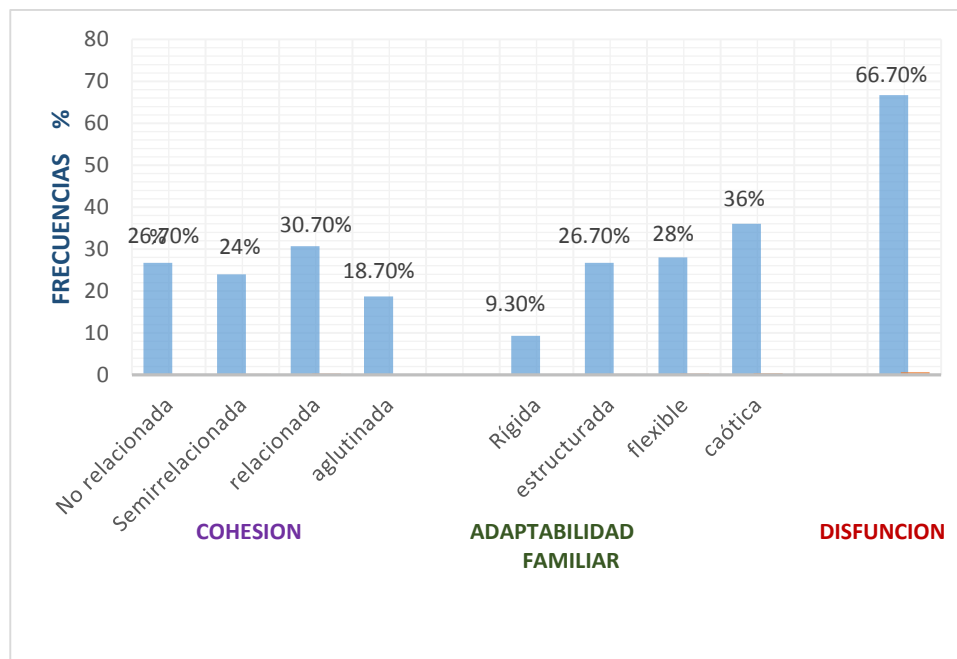
**Descripción de las características de Funcionamiento Familiar en estudiantes  
adolescentes del Colegio del Ejército de Arequipa, 2017.**

<b>FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</b>	<b>n</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>DIMENSIONES</b>		
A) Cohesión Familiar		
- No relacionada	100	26.7%
- Semirrelacionada	90	24.0%
- Relacionada	115	30.7%
- Aglutinada	70	18.7%
B) Adaptabilidad Familiar		
- Rígida	35	9.3%
- Estructurada	100	26.7%
- Flexible	105	28.0%
- Caótica	135	36.0%
<b>DISFUNCIÓN FAMILIAR</b>	250	66.7%

*Fuente: Base de datos*

**GRÁFICA N° 2.**

**Gráfica de distribución de frecuencias según dimensiones de cohesión, adaptabilidad y disfunción familiar en estudiantes adolescentes del Colegio del Ejército de Arequipa, 2017.**



En la tabla 2 y gráfica 2, se observa que entre los participantes existe con mayor frecuencia una cohesión familiar del tipo relacionada (30.7%), seguida de no relacionada (26.7%), semirrelacionada (24%) y en menor frecuencia del tipo aglutinada (18.7%). Mientras que, según la dimensión de adaptabilidad familiar se encontró en mayor frecuencia del tipo caótica (36%), seguida de flexible (28%), estructurada (26.7%) y en menor frecuencia del tipo rígida (9.3%).

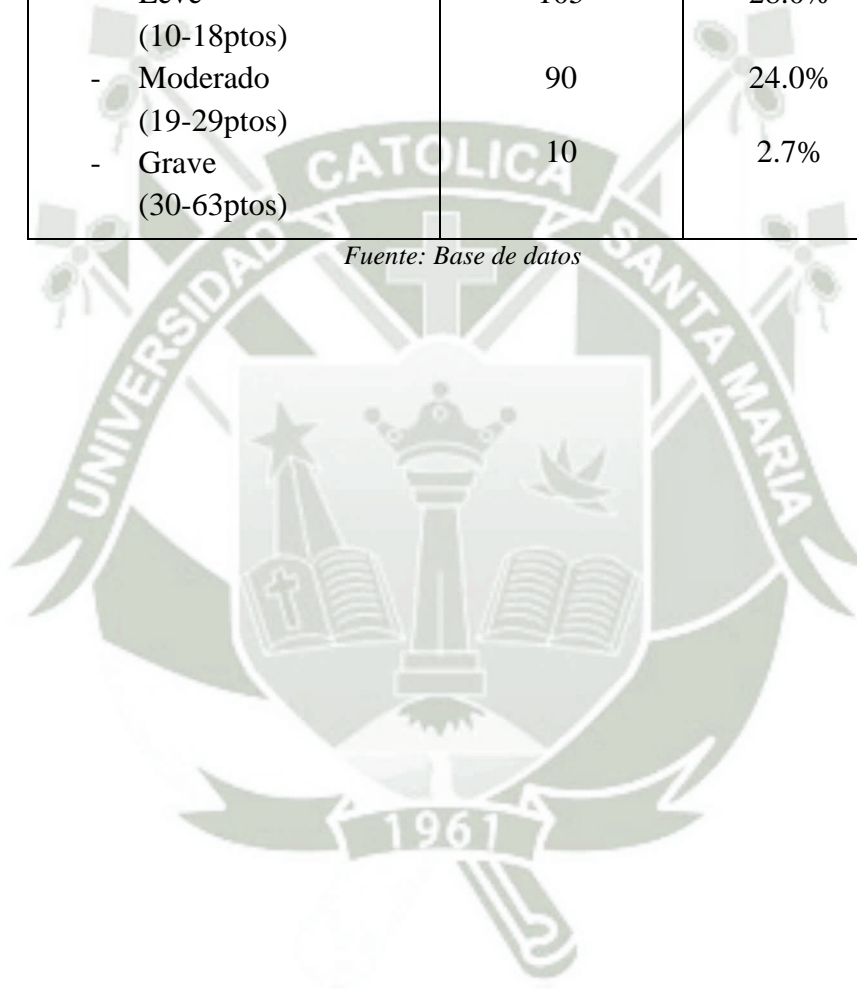
Según las dimensiones de funcionamiento familiar se observa que existe con mayor frecuencia disfunción familiar entre los participantes, siendo esta del 66.7%; es decir que, entre los participantes existe con mayor frecuencia familias del tipo no relacionada o aglutinada y/o rígida o caótica.

**TABLA N° 3.**

**Descripción de la depresión en estudiantes adolescentes del Colegio del Ejercito de Arequipa, 2017.**

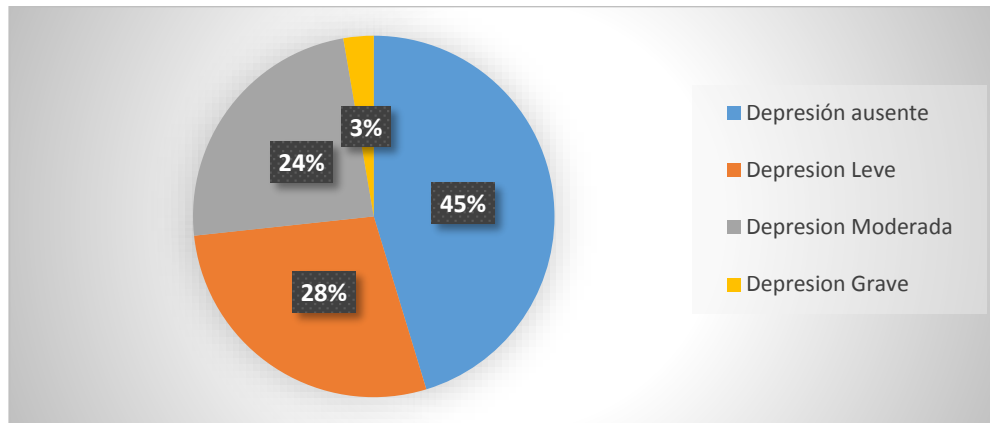
<b>NIVEL DE DEPRESIÓN (Instrumento de Beck)</b>	<b>n</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Sin depresión (0-9ptos)</b>	170	45.3%
<b>Con depresión (10-63)</b>	205	54.7%
- Leve (10-18ptos)	105	28.0%
- Moderado (19-29ptos)	90	24.0%
- Grave (30-63ptos)	10	2.7%

*Fuente: Base de datos*



**GRÁFICA N° 3.**

**Gráfica según tipo de depresión en estudiantes adolescentes del Colegio del Ejercito de Arequipa, 2017.**



En la Tabla 3 y figura 3, observamos que existe con mayor frecuencia algún síntoma de depresión (leve, moderada, grave) entre los participantes (54.7%); siendo la que se encuentra con mayor frecuencia la depresión leve (28%), seguida de moderada (24%) y en menor frecuencia la depresión grave (2.7%).

**TABLA N° 4.**

**Comparación de características sociodemográficas y disfunción familiar según presencia de depresión en estudiantes adolescentes del Colegio del Ejercito de Arequipa, 2017.**

CARACTERÍSTICAS	DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	P
<b>Sexo:</b>			
- Masculino	95	105	0.004
- Femenino	110	65	
<b>Edad (en años)</b>	Media: 14.60 DE +/- 1.49	Media: 14.64 DE +/- 1.59	0.79
<b>Grado académico:</b>			
- 1° secundaria	41	34	0.89
- 2° secundaria	38	34	0.82
- 3° secundaria	44	31	0.51
- 4° secundaria	41	37	0.77
- 5° secundaria	41	34	0.89
<b>Estructura familiar:</b>			
- Nuclear	110	95	0.74
- Compuesta	85	65	0.59
- Monoparental	10	10	0.84
<b>Disfunción familiar</b>	150	100	0.004

*Fuente: Base de datos*

En la Tabla 4, observamos que de las características estudiadas solo el sexo y la disfunción familiar presentaron diferencias significativas al comparar los grupos de estudiantes con y sin depresión ( $p < 0.05$ ); observándose un mayor número de estudiantes del sexo femenino, así como de disfunción familiar en el grupo de adolescentes que presentaron alguna forma de depresión leve, moderada o grave. Por otro lado, no se observaron diferencias significativas respecto a la edad, grado académico y estructura familiar al comparar los grupos de estudiantes con y sin depresión ( $p > 0.05$ ).

TABLA N° 5.

**Análisis de factores asociados a depresión en estudiantes adolescentes del Colegio del Ejército de Arequipa, 2017.**

DEPRESIÓN	FACTORES	Análisis Bivariado		Análisis Multivariado	
		RP crudo	IC 95%	RP ajustado	IC 95%
Leve, moderada, grave	- Disfunción familiar	1.4	1.1 - 1.7	1.33	1.06-1.67
	- Sexo Femenino	1.3	1.1 - 1.6	1.29	1.07-1.56
DEPRESIÓN	FACTORES	Análisis Bivariado		Análisis Multivariado	
		RP crudo	IC 95%	RP ajustado	IC 95%
moderada, grave	- Disfunción familiar	2.0	1.3 – 3.1	1.85	1.24-2.78
	- Sexo Femenino	2.0	1.4 – 2.8	1.88	1.36-2.62

RP=razón de prevalencia; Análisis multivariado usando modelo log-Binomial.

*Fuente: Base de Datos*

En el análisis bivariado, observamos que los estudiantes adolescentes procedentes de un hogar con disfunción familiar tienen 1.4 mayor de probabilidad de presentar depresión en comparación de los estudiantes sin disfunción familiar (RP=1.4; IC95%=1.1-1.7), y que aumenta al doble al tratarse de una depresión moderada-grave (RP=2.0; IC95%=1.3-3.1); así mismo, que los estudiantes adolescentes de sexo femenino tienen 1.3 mayor de probabilidad de presentar depresión en comparación de los estudiantes de sexo masculino (RP=1.3; IC95%=1.1-1.6) y que también aumenta al doble al tratarse de una depresión moderada-grave (RP=2.0; IC95%=1.4-2.8).

En el análisis multivariado, al estimar el peso ajustado para el factor disfunción familiar independientemente de otras características del adolescente como el sexo, se encontró que se mantiene dicha asociación entre disfunción familiar y depresión (RP=1.33; IC95%=1.06-1.67), así como entre sexo femenino y depresión (RP=1.29; IC95%=1.07-1.56); y que, la probabilidad de depresión también se incrementa al tratarse de una depresión moderada-grave tanto en adolescentes con disfunción familiar (RP=1.85; IC95%=1.24-2.78) como en adolescentes de sexo femenino (RP=1.88; IC95%=1.36-2.62).



**CAPÍTULO III**  
**DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Según el modelo de causalidad de Rothman las patologías siguen un conjunto de causas suficientes y de causas necesarias para su desarrollo, incluso estos componentes pueden variar de sujeto a sujeto en su presentación, y por ende de población a población (45). La depresión no es ajena a este comportamiento y la Asociación Americana de Psiquiatría (11) ha señalado que tiene un componente multifactorial en su génesis, así como los estudios realizados por Geddes y col (19) e Ingram y col (24) refieren la existencia de un componente multifactorial en la fisiopatología de la depresión. En el presente estudio encontramos que entre las características de la muestra analizada la mayoría de estudiantes adolescentes son de sexo masculino, tienen una edad promedio de 15 años, proceden con mayor frecuencia de una familia nuclear seguida de una familia compuesta, y que la distribución del grado académico fue homogénea entre los participantes por lo que se considera una muestra representativa que abarca cada año académico. Así mismo, las características de los adolescentes de la muestra estudiada guardan similitud con los datos poblacionales reportados a nivel de Perú, según encuesta ENDES 2014 (46), respecto a edad, sexo y miembros de la familia.

En el presente estudio encontramos que existe una mayor frecuencia de disfunción familiar entre los estudiantes adolescentes aplicando el instrumento FACES III (66.7%). De igual forma en estudios previos desarrollados por Torres y col. (37) y Gonzales y col. (38) 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 73.8% de disfunción familiar en adolescentes utilizando como instrumento el APGAR familiar (37); mientras que, Gonzáles y col. han reportado que existe un 76.7% de disfunción familiar en adolescentes, utilizando el Test de Funcionamiento familiar (38). En la presente investigación se ha usado la versión de FACES III por estar validada en población peruana por Malamud citado por Iglesias (44); así mismo, Ferreira ha reportado que este instrumento tiene una alta confiabilidad para cada una de las dimensiones evaluadas: Cohesión (coeficiente de correlación = 0,83) y para Adaptabilidad (coeficiente de correlación= 0,80) (43). Por otro lado, en investigaciones de otros países en diferentes poblaciones de adolescentes se ha reportado que existe una prevalencia de disfunción familiar menor a la encontrada en este estudio, variando desde el 15.7% hasta el 51.8% (34-36,47). Se pueda observar que las diferencias encontradas entre los múltiples estudios obedecen a la

heterogeneidad de los mismos respecto a características poblacionales, diseño de estudio e instrumentos de evaluación empleados. No obstante, estudios en la población peruana realizados por Torres y col. (37) y Gonzáles y col. (38) y la presente investigación concuerdan en reportar que más de la mitad de adolescentes presentan disfunción familiar.

En el presente estudio observamos que el 54.7% de estudiantes adolescentes presentan depresión, siendo con mayor frecuencia de intensidad leve con un 28%, seguida de moderada por un 24% y en menor frecuencia la depresión grave con sólo 2.7%. Hallazgos similares fueron encontrados por Gonzáles y col (38) en adolescentes de población peruana donde se encontró que existía un 55,8% de manifestaciones depresivas ligeras en los adolescentes y un 35% de manifestaciones depresivas bien definidas; para ello se utilizó el cuestionario elaborado a partir del modelo de Alonso Fernández (38). Sin embargo, en el estudio realizado por Torres y col. en población peruana se reportó un menor porcentaje, de adolescentes con depresión siendo del 20,4%, a través del test de Zung (37). Mientras que, en investigaciones de otros países se han reportado que la prevalencia de depresión en adolescentes varía entre los estudios siendo entre un 18% hasta un 42.4%, según estudios realizados por Amezcua y col (7), Abambari y col (34), Ulate y col (35), Gómez y col (36), Navia y col (47) y Leyva y col (49). Esta variación en Perú, fue investigada por Navarro y col. quienes reportaron que la depresión oscila según los grupos de poblaciones estudiadas entre un 1.2% y 66%, presentando cifras mayores en la adolescencia (9). Esto es explicado por Quinn y col. al señalar que la adolescencia es una de las épocas de mayor vulnerabilidad; tanto la maduración como el efecto de los cambios hormonales conducen a experimentar variaciones en el estado de ánimo de forma más intensa, a diferencia de otras edades de la vida (33).

De las características abordadas en el presente estudio solo el sexo femenino y la disfunción familiar presentaron diferencias significativas al comparar entre los grupos de estudiantes con y sin depresión; mientras que, no se observaron diferencias significativas entre los grupos al comparar la edad, grado académico y estructura familiar. Estos resultados guardan similitud a los hallazgos reportados en otras investigaciones a nivel nacional como las realizadas por Torres y col (37), Gonzáles y col (38) y Berrocal y col (48); así mismo hallazgos similares también fueron reportados en investigaciones realizadas en otros países por Abambari y col (34), Gómez y col (36), Leyva y col (49), Garibay y col (50). Por otro lado, Zapata y col (39) y Cogollo y col (40) han reportado que no han encontrado asociación

entre depresión y disfunción familiar. Sin embargo, el sexo femenino si ha sido reportado en múltiples estudios como un factor asociado a depresión, como en los estudios realizados por Saucedo y col (33), King y col (51,52) y Bonilla y col (53).

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; incluso la probabilidad de presentar depresión se incrementa al tratarse de una depresión de tipo moderada-grave. Los estudios realizados por Zapata y col. (39) y Cogollo y col. (40) que reportaron no encontrar asociación entre disfunción familiar y depresión emplearon para el análisis el modelo multivariado de regresión de razón de monomios a pesar de tener como hallazgo una prevalencia de depresión mayor al 30% en sus respectivos estudios; sin embargo, Coutinho y col (54) y Espelt y col (55) han reportado que la estimación más adecuada de la asociación en estos tipos de estudios transversales con una prevalencia mayor al 30% es usando un modelo multivariado de regresión log-binomial; mientras que la regresión de razón de monomios puede ser usada para casos donde la prevalencia sea menor, así como en diseños de casos y controles ya que reportan odds ratio, o tratarse de estudios predictivos (54,55). Así mismo, Fiuza Perez señala que si bien la Regresión Logística es un instrumento muy útil para facilitar el tratamiento cuantitativo de los datos no puede ser aislado del diseño del estudio, ya que pueden cometerse errores que nos conducirían a conclusiones erróneas (56). Por lo cual, en la presente investigación debido al tipo de diseño de estudio transversal prospectivo y el hallazgo de una alta prevalencia de depresión (54.7%) entre los adolescentes se utilizó para el análisis multivariado la regresión log-binomial; en cuyo análisis persiste la asociación entre depresión y disfunción familiar independientemente de la presencia de otros factores asociados.



**CAPÍTULO IV**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

### PRIMERA

Se ha encontrado que sí existe asociación significativa entre disfunción familiar y depresión ( $p=0.004$ ) en estudiantes adolescentes del Colegio del Ejército de la ciudad de Arequipa.

### SEGUNDA

Los estudiantes adolescentes, del Colegio del Ejército de la ciudad de Arequipa, son en su mayoría de sexo masculino, tienen en promedio 15 años de edad, se encuentran distribuidos de forma similar entre el primero y quinto grado de secundaria, y proceden en su mayoría de una estructura familiar de tipo nuclear 54.7%, seguida de una familia combinada 40% y en menor frecuencia de una familia monoparental 5.3%.

### TERCERA

Los estudiantes adolescentes, del Colegio del Ejército de la ciudad de Arequipa, proceden en su mayoría de un hogar con disfunción familiar, con una frecuencia del 66.7%, según las dimensiones analizadas de adaptabilidad y cohesión familiar.

### CUARTA

Los estudiantes adolescentes, del Colegio del Ejército de la ciudad de Arequipa, presentan en su mayoría depresión, con una frecuencia del 54.7%; siendo con mayor frecuencia depresión leve (28%) seguido de la depresión moderada (24%) y en menor frecuencia la depresión grave (2.7%).

### QUINTA

Existen diferencias significativas al comparar grupos de estudiantes adolescentes, del Colegio del Ejército 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. No se encontraron diferencias según edad, grado académico y estructura familiar al comparar estudiantes adolescentes con depresión y sin depresión

## SEXTA

La disfunción familiar se encuentra asociada a depresión en estudiantes adolescentes del Colegio del Ejército de la ciudad de Arequipa, independientemente de otras características del adolescente como ser del sexo femenino o masculino. Los estudiantes adolescentes con disfunción familiar tienen mayor probabilidad de presentar depresión, incrementándose incluso en la depresión moderada-grave.



## RECOMENDACIONES

1. El departamento de psicología del Colegio del Ejército 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 del Colegio del Ejército 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, así mismo brindar el soporte adecuado para el buen desempeño estudiantil.
3. El departamento de psicología del Colegio del Ejército de la ciudad de Arequipa deberá realizar periódicamente tamizajes de depresión y disfunción familiar entre los estudiantes adolescentes a fin de monitorizar las terapias de intervención y/o identificar casos recientes para su abordaje oportuno.
4. El director del Colegio del Ejército de la ciudad de Arequipa, a través del Departamento de psicología, debe aplicar anualmente en todos los estudiantes una evaluación de depresión antes de empezar el año académico, a mitad del año académico y al finalizar el año académico, dada la alta frecuencia de este hallazgo; con la finalidad de identificar factores asociados que podrían estar desarrollando trastornos del estado del ánimo y por ende afectando el rendimiento estudiantil.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Sadock Benjamin J, Sadock Virginia A. Kaplan & Sadock´pocket handbook of clinical psychiatry. 5ta edición. Editorial Wolters Kluwer: España; 2008.
2. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society; 2009. Informe No.: 90.
3. Marcus M, Yasamy MT, Ommeren Mv, Chisholm D, Saxena S, WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression. A Global Public Health Concern. Geneva: WHO.
4. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; 2014.
5. Bromet E, Andrade L, Hwang I, Sampson N, Alonso J, De Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. BMC Medicine 2011; 9: 90-105.
6. Smith D, Muir W, Blackwood D: Genetics of early-onset depression. Br J Psychiatry. 2003, 182:363
7. Amezquita Medina María Eugenia, González Pérez Rosa Elena, Zuluaga Mejía Diego. prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8º, 9º, 10º y 11º grado, en ocho colegios oficiales de manizales. Hacia promoc. Salud [Internet]. 2008. [citado 2017 noviembre 27]; 13(1): 143-153. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772008000100010&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772008000100010&lng=en).
8. Cassiani-Miranda Carlos Arturo, Vargas-Hernández María Camila, Pérez-Aníbal Eduard, Herazo-Bustos Mariana Isabel, Hernández-Carrillo Mauricio. Confiabilidad y dimensión del cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para la detección de síntomas de depresión en estudiantes de ciencias de la salud en Cartagena, 2014. Biomédica [Internet]. 2017. [citado 2017 Nov 27] ; 37(1): 112-120. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572017000500112&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572017000500112&lng=en).

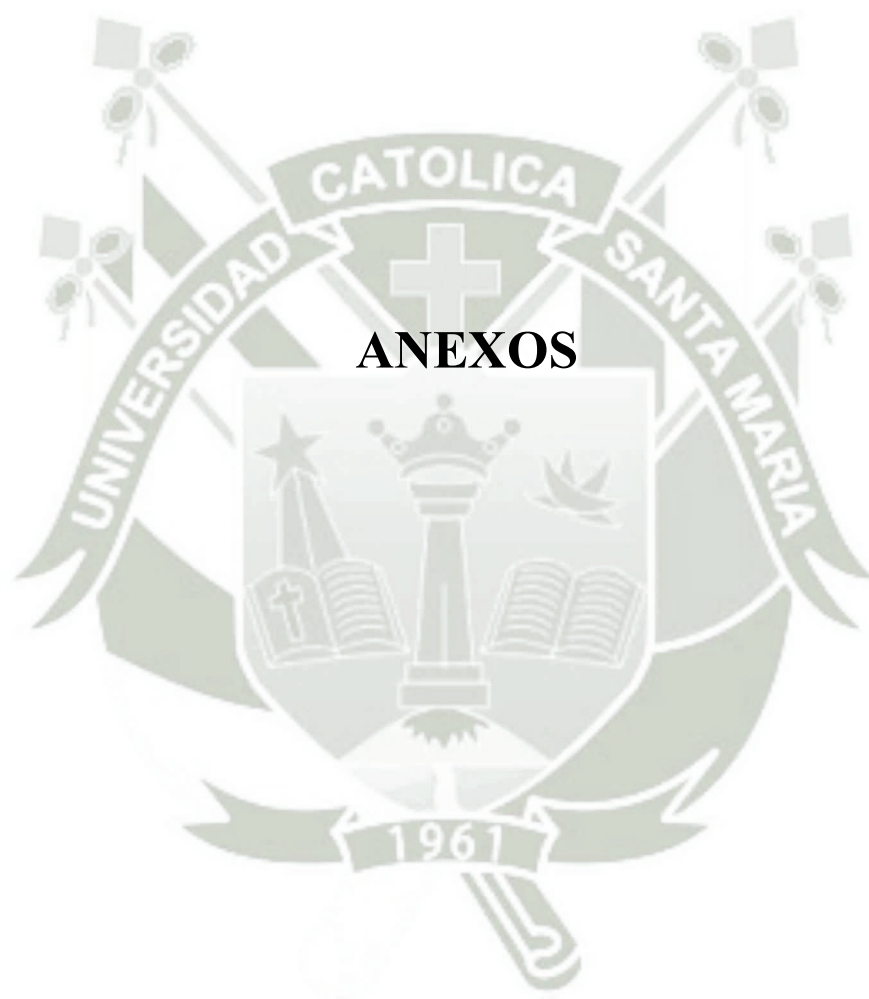
9. Navarro-Loli JS, Moscoso M, Calderon-De la Cruz G. La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *liber*. [online]. 2017; [citado 2017 Nov 27] 23(1) : 57-74. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272017000100005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272017000100005&lng=es&nrm=iso).
10. Bazán-López José L, Olórtegui-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](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100002&lng=es)
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. (DSM-V). Arlington-EE.UU., 2013.
12. Schosser A, Kasper S. The role of pharmacogenetics in the treatment of depression and anxiety disorders. *Int Clin Psychopharmacol* 2009; 24: 277-88.
13. Quinn CR, Dobson-Stone C, Outhred T, Harris A, Kemp AH. The contribution of BDNF and 5-HTT polymorphisms and early life stress to the heterogeneity of major depressive disorder: a preliminary study. *Aust N Z J Psychiatry* 2012; 46: 55-63.
14. Lesch KP, Bengel D, Heils A, Sabol SZ, Greenberg BD, Petri S, et al. Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Science* 1996; 274: 1527-31.
15. Carver CS, Johnson SL, Joormann J, Lemoult J, Cuccaro ML. Childhood adversity interacts separately with 5-HTTLPR and BDNF to predict lifetime depression diagnosis. *J Affect Disord* 2011; 132: 89-93.
16. Comasco E, Aslund C, Orelund L, Nilsson KW. Three-way interaction effect of 5-HTTLPR, BDNF Val 66 Met, and childhood adversity on depression: a replication study. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013; 23: 1300-6.

17. Fan M, Liu B, Jiang T, Jiang X, Zhao H, Zhang J. Meta-analysis of the association between the monoamine oxidase-A gene and mood disorders. *Psychiatr Genet* 2010; 20: 1-7.
18. Ma J, Yu SY, Liang S, Ding J, Feng Z, Yang F, et al. Association between MAOA-u VNTR polymorphism and its interaction with stressful life events and major depressive disorder in adolescents. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi* 2013; 15: 563-8.
19. Geddes J, et al. Depression in adults. *Clin Evid* 2006(15):1366-406.
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. (DSM-V). Arlington-EE.UU., 2013.
21. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. *Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor; 1992.
22. Mulrow C, et al: Case-finding instruments for depression in primary care settings. *Ann Intern Med* 1995, 122: 913-921.
23. Vázquez, C., Sanz, J. Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*. 1999; 10 (1); 59-81.
24. Ingram RE, Ritter J. Vulnerability to depression: cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals. *J Abnorm Psychol*. 2000 Nov;109(4):588-96.
25. Bellón JA, et al. Predicting the onset and persistence of episodes of depression in primary health care. The predictD-Spain study: methodology. *BMC Public Health*. 2008;8:256.
26. Wilhelm K, Parker G, Dewhurst-Savellis J, Asghari A. Psychological predictors of single and recurrent major depressive episodes. *J Affect Disord*. 1999;54(1-2):139-47.
27. Klein DN, Kotov R, Bufferd SJ. Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence. *Annu Rev Clin Psychol*. 2011; 7:269-95.

28. Turner RJ, Lloyd DA. Stress burden and the lifetime incidence of psychiatric disorder in young adults: racial and ethnic contrasts. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61 (5):481-8.
29. 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.
30. Zaldívar D. Funcionamiento familiar saludable. 2006. Obtenido de: <http://www.Sld.cu>. (Fecha de consulta: 15 – 01 – 16)
31. Olson H, Russell C. & Sprenkle H. Circumplex Model of Marital and Family Systems II: Empirical studies and clinical intervention. *Advances in Family Intervention, Assessment and Theory* 1989; 1, 129-176.
32. Hill P. Recent advances in selected aspects of adolescent development. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993;34(1):69-99. 8.
33. Saucedo M, Duran M. La familia: Su dinámica y tratamiento. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
34. Abambari C, Zhunio D, Romero A, Redrován J, Atiencia R. La disfuncionalidad familiar como factor asociado a depresión y ansiedad en la población adolescente de Santa Isabel. *Rev. Med HJCA* 2013; 5 (1): 69-73.
35. Ulate-Gómez D. Riesgo biopsicosocial y percepción de la función familiar de las personas adolescentes de sexto grado en la Escuela Jesús Jiménez. *Acta méd. Costarric*. 2013; 55 (1): 18-23.
36. Gómez-Bustamante E, Castillo-Ávila I, Cogollo Z. Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados. *Rev. Colomb. Psiquiat* 2013; 42 (1): 72-80.
37. 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.
38. Gonzáles-Poves J, Macuyama-Aricari T, Silva-Mathews Z. Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1° al 5° de secundaria de un colegio nacional mixto. *Rev enferm Herediana*. 2013; 6(2):66-77.

39. Zapata-Gallardo J., et al. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. Bol Med Hosp Infant Mex 2007, 64(5):295-301.
40. Cogollo Z, Gómez E, Oney's De Arco, Ruiz I, Campo-Arias A. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. Rev. Colomb. Psiquiat 2009; 38 (4): 637-644.
41. Sanz J., Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. Psicothema; 1998; 10 (2); 303-318.
42. Olson H. Circumplex model of Marital and Family Systems, Journal of Family Therapy 2000, (22): 144-167.
43. Ferreira A. Sistema de Interacción Familiar asociado a la autoestima de menores en situación de abandono moral o prostitución. Tesis presentada a la Unidad de Post Grado de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para optar el Grado Académico de Doctora en Psicología. Lima. 2006.
44. Iglesias J. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatr Integral; 2014;18(2): 88-93.
45. Rothman, Kenneth J.; Greenland, Sander; Lash, Timothy L. Causation and Causal Inference. En: Kenneth J. Rothman, coordinador. Modern Epidemiology. 3rd Edition. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins;2008, pp 7-15.
46. Instituto Nacional de Estadística e Informatica. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES. 2014. Disponible en:  
  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf)
47. Navia V, Solis H. Disfunción familiar y factores psicosociales que intervienen en el intento de suicidio en adolescentes del Hospital Obrero N°2 Caja Nacional de Salud. Rev. méd. (Cochabamba). 2009; 20 (30):10-15.
48. Berrocal H, Soto-Cáceres V. Nivel de riesgo de suicidio y factores asociados en alumnas del 3er al 5to año de secundaria en institución educativa de Chiclayo. REV EXP MED 2016; 2(3):90-94.

49. Leyva-Jiménez R, Hernández-Juárez A, Nava-Jiménez G, López-Gaona V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (3): 225-232.
50. Garibay-Ramirez J, Jiménez-Garcés C, Vieyra-Reyes P, Hernández-González M, Villalón-López J. Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad. *Rev Med Inv* 2014;2:107-11.
51. King M, Walker C, Levy G, Bottomley C, Royston P, Weich S, et al. Development and validation of an international risk prediction algorithm for episodes of major depression in general practice attendees: the Predict D study. *Arch Gen Psychiatry*. 2008; 65: 1368-76.
52. King M, Weich S, Torres-González F, Svab I, Maarros HI, Neeleman J, et al. Prediction of depression in European general practice attendees: the PREDICT study. *BMC Public Health* 2006; 6: 6.
53. Bonilla-Sepúlveda Óscar Alejandro. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia) 2009: Estudio de corte transversal. *Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]*. 2010 [citado 2017 Nov 27]; 61(3): 207-213. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342010000300004&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342010000300004&lng=en).
54. Coutinho Leticia M S, Scazufca Marcia, Menezes Paulo R. Métodos para estimar razón de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev. Saúde Pública*. 2008; 42( 6 ): 992-998.
55. Espelt A, Marí-Dell’Olmo M, Penelo E, Bosque-Prous M. Estimación de la Razón de Prevalencia con distintos modelos de Regresión: Ejemplo de un estudio internacional en investigación de las adicciones. *Adicciones*.2017; 29(2): 105-112.
56. Fiuza Pérez M, Rodríguez J. La regresión logística: una herramienta versátil. *Nefrología*. 2000; 20:495-500.



# Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana  
Escuela Profesional de Medicina Humana



## ASOCIACIÓN ENTRE DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES DEL COLEGIO DEL EJÉRCITO DE AREQUIPA, AÑO 2017.

Proyecto de Tesis presentado por la Bachiller:

Zúñiga Manrique, Rosario Elsa Jesús

para optar el Título Profesional de:

Médica Cirujana

Asesor:

Dr. Espinola Sánchez, Marcos Augusto

Arequipa - Perú

2018

## I. PREÁMBULO

La depresión es un problema de salud pública que afecta a la población en general tanto en países de altos, medios y bajos ingresos y cuyo origen es multifactorial, presenta un cuadro clínico heterogéneo que dificulta un diagnóstico oportuno y certero en el primer nivel de atención, así también tiene una prevalencia relativamente alta y causa una importante discapacidad además de una frecuente comorbilidad, disfunción y un alto costo social.

Entre las poblaciones más vulnerables a la depresión están los adolescentes, no solo porque se han de enfrentar a los riesgos sociales representados en situaciones de su entorno; sino también que se encuentran vulnerables por ser una etapa de cambios emocionales, hormonales, físicos y psicológicos. Es aquí, donde juega un rol importante la familia y el cómo ésta tiene un impacto en la interacción de cada uno de sus miembros.

La depresión suele ir acompañada de un malestar clínico que suele pasar desapercibido tanto por la familia así como en el primer nivel de atención de salud, y de identificarse solo una minoría presenta mejoría en su evolución; y según factores asociados suele cronificarse con deterioro social, laboral o de otras áreas de la actividad de la persona. En estados más severos, el individuo puede atentar contra su vida, lo que hace de este trastorno una enfermedad potencialmente mortal.

Existen estudios previos en depresión y disfunción familiar, sin embargo aún no se ha establecido claramente la asociación que pudiese existir entre ambos, pudiendo variar entre diferentes estudios y países, según la prevalencia, metodología empleada y/o instrumentos de evaluación usados para valorar la depresión y la funcionalidad familiar. Por lo tanto, resulta importante conocer la frecuencia de depresión en una población de adolescentes como la nuestra y establecer si existen diferencias significativas según el funcionamiento familiar evaluado; contribuyendo así, con el esclarecimiento de esta patología y valorar la importancia de la familia que tiene en nuestra sociedad para un entorno saludable.

## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la asociación entre disfunción familiar y depresión en estudiantes adolescentes del Colegio Del Ejército de la ciudad de Arequipa, 2017?

#### 1.2. DESCRIPCIÓN

##### a) Área de Intervención de Conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Salud Mental
- Línea: Funcionamiento Familiar y depresión

##### b) Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Disfunción familiar	Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar FACES III	<p><b><u>Sin disfunción Familiar:</u></b> Corresponde a la categoría de funcionamiento familiar balanceado según escala FACES III.</p> <p><b><u>Con Disfunción familiar:</u></b> Comprende las categorías de Funcionamiento familiar de rango y funcionamiento familiar extremo, según escala FACES III</p>	Nominal
Depresión	Escala de evaluación de depresión de Beck	<p><b><u>Sin depresión</u></b> 0-9 puntos</p> <p><b><u>Con Depresión:</u></b> -Depresión leve 10-16 puntos -Depresión Moderada 17-29 puntos -Depresión Grave 30-63 puntos</p>	Nominal

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Edad	Edad cronológica según fecha de nacimiento	Años cumplidos	Numérica
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Femenino Masculino	Nominal
Grado académico	Año que cursa en el colegio	Primer año de secundaria Segundo año de secundaria Tercer año de secundaria Cuarto año de secundaria Quinto año de secundaria	Ordinal
Estructura Familiar	Condición familiar de convivencia según sus integrantes en el hogar.	Familia Monoparental Familia Nuclear Familia Extensa	Nominal

### c) Interrogantes Básicas

1. ¿Cómo son las características según edad, sexo, grado académico y estructura familiar en estudiantes adolescentes del Colegio Del Ejército de la ciudad de Arequipa, año 2017?
2. ¿Cómo es el funcionamiento de las familias de los estudiantes adolescentes del Colegio Del Ejército de la ciudad de Arequipa, año 2017?
3. ¿Existe depresión en los estudiantes adolescentes del Colegio Del Ejército de la ciudad de Arequipa, año 2017?
4. ¿Existe asociación entre disfunción familiar, características del adolescente y depresión en estudiantes adolescentes del Colegio Del Ejército de la ciudad de Arequipa, año 2017?
5. ¿Cuál es la asociación entre disfunción familiar y depresión en adolescentes estudiantes del Colegio Del Ejército de la ciudad de Arequipa, año 2017?

### d) Tipo de investigación

Analítica: El presente estudio busca contrastar entre grupos (estudiantes adolescentes con depresión y sin depresión) la variable disfunción familiar.

### 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 de correlación.

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

La depresión es un problema de salud pública siendo importante su identificación en etapas tempranas sobretodo en poblaciones vulnerables como son los adolescentes, así como reconocer sus factores asociados; esto debido a la edad de aparición cada vez más temprana de la enfermedad, mayor cronicidad y recurrencia, mayor comorbilidad con cuadros ansiosos y abuso de sustancias, mayor dificultad interpersonal y alta suicidalidad. Resulta de interés evaluar la etapa de adolescencia ya que, cuando la enfermedad se presenta antes de los 18 años su curso puede llegar a ser más crónico y de mayor duración.

El presente estudio busca evaluar la asociación entre disfunción familiar y depresión en estudiantes adolescentes del Colegio Del Ejército de la ciudad de Arequipa, año 2017, considerando ciertas características de los adolescentes; lo cual adquiere importancia, porque es un aspecto dinámico que depende del estado familiar y entorno social, lo cual viene modificándose hoy en día. Es bien conocido que la depresión varía ampliamente de un país a otro e incluso dentro del mismo territorio nacional, dependiendo de las características de la metodología usada para su evaluación, el entorno social, características propias y otros factores organizacionales intrínsecos del entorno poblacional.

La relevancia científica del estudio, se sustenta en que hay estudios contradictorios al momento de evaluar disfunción familiar versus depresión en los adolescentes. Por lo cual resulta importante identificar los factores asociados, ya que se ha señalado que la depresión repercute negativamente en el bienestar psicológico de la persona, así como en la calidad de vida y su entorno.

El desarrollo del estudio tiene relevancia práctica porque a partir de los resultados obtenidos, se podrán conocer si existe relación entre depresión y disfunción familiar,

así mismo realizar acciones dirigidas a los estudiantes adolescentes, que presenten algún grado de afectación, interviniendo tempranamente a que estos puedan mejorar su estado de ánimo, lo cual es importante para su desempeño como estudiantes y en calidad de vida.

La relevancia social se justifica porque nos ayuda a conocer la magnitud de esta problemática en nuestro entorno social, esclarecer el rol que tiene la familia en la etapa adolescente y darle la importancia meritoria en la salud mental y en la formación como persona de cada uno de sus integrantes.. Por lo tanto, es necesaria la investigación en este tema, porque a partir de los resultados, se contribuye a establecer estrategias que permitan fortalecer la familia e intervenir tempranamente en los casos detectados en los estudiantes.

El presente estudio contribuye académicamente aportando frecuencias de depresión y disfunción familiar para su contrastación en otras realidades nacionales y regionales; así mismo, estableciendo asociaciones que permitirán esclarecer el rol del funcionamiento familiar en la depresión en una de las etapas más dinámicas y vulnerables como lo es la adolescencia.

## **2. MARCO CONCEPTUAL**

### **2.1. DEPRESIÓN**

#### **2.1.1. Definición:**

La depresión es un trastorno psiquiátrico del estado de ánimo, que implica predominantemente un sentimiento psicopatológico de tristeza que es experimentado subjetivamente por el paciente (1). En esta patología también están presentes síntomas de tipo cognitivo (baja atención, concentración y memoria, pensamientos de muerte o ideación suicida), volitivo (apatía, anhedonia, retardo psicomotor, descuido en sus labores cotidianas) y somático (cefalea, fatiga, dolores, alteraciones del sueño etc.); motivo por el cual se considera como una afectación global psíquica y física, con especial énfasis en la esfera afectiva (2,3).

### 2.1.2. Etiopatogenia:

La etiología de la depresión aun no ha sido bien establecida, sin embargo se conoce que existe disfunción de varios neurotransmisores, donde juegan un rol importante factores genéticos, estrés y una desincronización de los ritmos biológicos (4). Entre los mecanismos genéticos que se han asociado a la aparición, curso y respuesta al tratamiento de depresión destacan el transportador de serotonina y la enzima MAO(5).

Se ha demostrado que variaciones en la región promotora del gen del transportador de serotonina (SLC6A4, también conocida como 5-HTT) esta relacionada al desarrollo de depresión (6). De igual modo, la presencia del polimorfismo 5-HTTLPR se relaciona con una menor eficiencia en el proceso de transcripción, conduciendo así a una menor expresión del transportador de serotonina en las neuronas (7). Estudios han demostrado que esta influencia de factores genéticos es importante sobretodo a tempranas de edad (8,9).

De igual forma, en el gen de la Monoaminoxidasa A (MAO-A), se han descrito polimorfismos tanto en regiones estructurales como regulatorias que han sido relacionadas con variaciones en su actividad (10). Se ha mostrado que existe relación entre los polimorfismos T941G y CA del gen MAO-A con depresión o con trastorno bipolar (10). Mientras que, el polimorfismo MAOA-uVNTR esta relacionado a la expresión de variantes más activas de la enzima (11); la presencia de esta variante de mayor actividad estan asociadas con el diagnóstico de depresión mayor según DSM-IV en adultos (13). Sin embargo, en un estudio publicado recientemente y realizado en adolescentes no evidencia asociación entre esta variante del gen y la presencia de depresión mayor (14).

### 2.1.3. Factores de riesgo:

La depresión es un síndrome donde están implicados diferentes factores como genéticos, personales, sociales y trastornos físicos o mentales (14,15).

Así mismo, las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales juegan un rol importante en su manifestación (16); se reporta una posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco (17,18). También, los rasgos neuróticos de la

personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor (19,20). Por otro lado, el estado civil que comprende estar soltero, divorciado o viudo, así como el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión (16) y que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos (21).

A pesar que estudios familiares por sí mismos no pueden establecer qué cantidad de riesgo proviene de los factores genéticos y qué cantidad del ambiente familiar compartido; se ha demostrado que familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de probabilidad de presentar depresión que la población general (22); de igual modo familiares de segundo grado de pacientes con trastorno depresivo mayor (23).

Por otro lado investigaciones prospectivas a nivel poblacional de muestras representativas ha permitido demostrar factores de riesgo individual, o grupos de riesgo. Entre los factores de riesgo no modificables se encuentran edad, sexo, nivel educativo, antecedente personal de depresión, antecedentes de problemas psicológicos en familiares de primer grado y país; mientras que, entre los factores de riesgo modificables se encuentran falta de apoyo en el trabajo remunerado y no remunerado, peor percepción de salud física, peor percepción de salud mental, y percepción de discriminación (24,25).

#### **2.1.4. Prevalencia de la depresión:**

##### **Prevalencia de la depresión en la población en general:**

El National Comorbidity Survey Replication americano y el estudio ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) observan una depresión que varía de 10,6% a un 16,2% en promedio; las cuales varían según edad, países y metodología empleada (26), siendo aproximadamente dos veces más común en mujeres que en varones (27). Por otro lado, el estudio World Mental Health Survey estima que la prevalencia del episodio depresivo mayor fluctúa entre un 2,2% y 10,4% (28).

### **Prevalencia de la depresión en adolescentes:**

Estudios revelan que entre el 20% y el 33% de los que cumplen criterios para el diagnóstico de la depresión mayor informan que su primer episodio ocurrió antes de los 21 años, con una edad media de inicio estimada en 15 años (29).

En México se reporta que el 27.5% de los adultos diagnosticados con depresión presentaron episodios o síntomas depresivos antes de los 18 años de edad (30). Mientras que, en otro estudio en 8 colegios mexicanos reporta que el 38,8% de adolescentes presenta una depresión clínica global siendo mas frecuente leve (21,3%); así también se encontró una mayor asociación de depresión en mujeres que en varones (31).

En estudiantes de Colombia se ha reportado que el 40.5% de adolescentes escolarizados presentan síntomas sugestivos de ansiedad y/o depresión, siendo más frecuente la frecuencia de ambas juntas (32); así mismo se reporta una mayor prevalencia de depresión en mujeres (63,77%) que en varones (36,23%) (33); mas aun en adolescentes embarazadas (32,8%) en comparación con las no embarazadas (16,8%) (34).

En Perú, se ha reportado que el 25% de la población sufre de alguna forma de depresión, y del total hay un 15% considerado grupo de riesgo (35). Así mismo, se reporta que en Lima la prevalencia de vida del deseo de morir y del pensamiento suicida en adolescentes es del 21,4% y 7,4% respectivamente (36); por otro lado, otros estudios en Lima y el Callao evidencian prevalencias importantes de conductas depresivas y suicidas estando presente el deseo de morir alguna vez en la vida entre el 16% y 24,4% de adolescentes (37). Mientras que, en la región de Arequipa los trastornos depresivos se vienen incrementando en los ultimos años, sobre todo en mujeres jovenes (38).

Por otro lado, un estudio reciente en Perú evidencia que la prevalencia de depresion en adolescentes varía ampliamente, segun sea los instrumentos de evaluación empleados y los grupos de poblaciones estudiadas, oscilando la prevalencia entre un 1.2% y 66%, siendo las mujeres las mas afectadas; los valores de depresion en varones varian entre un 2.4% y 20%; mientras que, en mujeres varia entre un 2.5% y 69.76% (39).

### **2.1.5. Clasificación y diagnóstico:**

Las variadas 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) dentro del grupo denominado trastornos del estado de ánimo. 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 (40,41).

El DSM-5, a diferencia de su anterior versión el DSM-4, incluye ahora entre los trastornos depresivos, el trastorno disruptivo por desregulación anímica; así mismo, agrega un nuevo especificador para síntomas ansiosos específicos y elimina el criterio de exclusión del duelo entre los criterios para el diagnóstico. Por otro lado, el cuadro conocido como distimia es incorporado al “trastorno depresivo persistente”, que además incluye al trastorno depresivo mayor crónico (40).

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); así mismo, los resultados entre los antes mencionados instrumentos resultan comparables al no existir diferencias estadísticamente significativas entre sus resultados (42). Además, el BDI es un instrumento que permite valorar la gravedad de la depresión, así mismo está validado en su versión traducida al castellano y presenta altas cifras de fiabilidad tanto en términos de consistencia interna como de estabilidad temporal (43).

### **2.1.6. Tratamiento de depresión en adolescentes:**

Para abordar el tratamiento de la depresión mayor se han propuesto dos hipótesis neurobiológicas: la monoaminérgica, con énfasis en el componente serotoninérgico; y la neurotrófica, que propone una atrofia neuronal debido a la menor expresión del factor de crecimiento derivado del cerebro, el cual puede verse afectado incluso por la exposición crónica al cortisol debido al estrés crónico (44).

Entre las alternativas farmacológicas es conocido que la fluoxetina (20–60mg) mostró eficacia y seguridad a mediano plazo en estudios controlados,<sup>13</sup> así como mayor prevención de recaídas hasta en 32 semanas; y fue superior a otros antidepresivos como la nortriptilina y a la terapia cognitivo conductual, por lo que la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos la aprobó para el tratamiento de la depresión mayor en niños y adolescentes. Así mismo, el escitalopram (10–20mg) también fue aprobado para su uso en adolescentes. Sin embargo, la sertralina y la paroxetina no muestran diferencias significativas contra placebo en niños y adolescentes deprimidos, en estudios clínicos. Por otro lado, la sertralina presenta menor eficacia que la terapia cognitivo conductual; mientras que, la paroxetina no presenta diferencias contra imipramina y clorimipramina en adolescentes deprimidos, por lo que aún no cuentan con suficiente evidencia para ser aprobadas como tratamiento antidepresivo en este grupo de edad (45)

Cabe resaltar que si bien los fármacos antidepresivos son la primera elección terapéutica; su eficacia es limitada ya que en promedio la tercera parte de los pacientes no responden a él. Por otro lado, otras estrategias clínicas incluyen a la terapia electroconvulsiva, la estimulación del nervio vago, la estimulación cerebral profunda o la estimulación magnética transcraneal. Así mismo, pueden contribuir tratamientos no farmacológicos, como la erapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión en adolescentes (44).

La adición de la terapia cognitivo conductual disminuye el número y duración de los episodios depresivos, los síntomas residuales o interepisódicos y también la necesidad de hospitalización. Así mismo, tiene un efecto positivo en el funcionamiento psicosocial, e incluso su efecto en general se extiende de seis a 24 meses más, después de haber terminado la intervención cognitiva (46)

De igual forma la terapia cognitivo conductual es efectiva en los pacientes recuperados, en aquellos con síntomas depresivos subsindromáticos y que no han tenido más allá de doce episodios afectivos a lo largo de la evolución del padecimiento. Sin embargo, su utilidad disminuye cuando existe mayor comorbilidad y cronicidad (46).

A pesar de un abordaje integral es necesario considerar que aun con tratamientos óptimos combinando psicoterapia y farmacoterapia, el 50% a 75% de los pacientes presentan recurrencias a lo largo de un año (47).

Actualmente el panorama de la investigación en torno al tratamiento de la depresión mayor en adolescentes es el enfoque multimodal que incluye los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, que son el tratamiento farmacológico, mientras que la psicoeducación, la TCC y la Terapia Interpersonal son el tratamiento psicosocial de elección (45).

## **2.2.FUNCIONAMIENTO FAMILIAR:**

### **2.2.1. Definición:**

La familia es un sistema intrínsecamente activo; y su funcionamiento se explica en la adaptación a una situación determinada. Así, se requiere un proceso de transformación constante de las interacciones y de las reglas familiares capaces de mantener, por un lado, la continuidad de la familia y, por otro, permitir el crecimiento de sus miembros. En este proceso actúan circuitos retroactivos orientado hacia el mantenimiento de la homeostasis o bien hacia el cambio; para lo cual, es necesaria la flexibilidad para garantizar el cambio en condiciones ambientales cambiantes, y por otro lado, es necesario la estabilidad para lograr un espacio familiar interno bien definido para proporcionar a cada miembro de la familia un marco de orientación afectivo y cognitivo (48).

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. Mientras que, una familia disfuncional constituye un factor de riesgo para la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros (49).

Las familias funcionales tienen mayores probabilidades de cumplir exitosamente la satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros, promoción de socialización de sus miembros, contribuyen al equilibrio ante las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital. Entre las principales funciones se contempla la función biosocial, económica, educativa, cultural y afectiva. Cada

una de estas funciones está en permanente cambio y dependen de la etapa del ciclo vital en el que esté la familia (50).

Entre las etapas del ciclo vital de la familia destacan: formación o constitución, expansión o extensión (nacimiento de los hijos y las distintas etapas y tareas de atención a los mismos), contracción (nido vacío) y disolución (muerte de uno de los cónyuges) (50). Cada familia afronta las distintas etapas del ciclo vital según los eventos, tareas y recursos de desarrollo propios; por tanto, pueden producirse situaciones de crisis que se dan de manera temporal, de cuya gravedad, depende el riesgo de que alguno de los miembros de la familia desarrolle trastornos biopsicosociales debido a la inadaptación a los momentos de crisis (51).

La familia es un sistema que a su vez se compone del subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos). Sin embargo, cada familia presenta ciertas características que las asemejan o las hacen diferentes de otras familias debido a su estructura familiar, pudiendo ser familiares nucleares, extensas o compuesta, mixtas; así mismo, debido a algunos aspectos demográficos las familias se consideran urbanas, suburbanas o rurales; por otro lado, debido a la ocupación de los principales miembros de la familia, éstas pueden ser familias de campesinos, empleados o profesionistas; además, según la Integración familiar puede ser integrada, semiintegrada o desintegrada (51).

### 2.2.2. Tipo de Familia:

- a. **Familia nuclear:** Está integrado por el padre, madre y los hijos, basado en la relación entre esposos e hijos, la presencia de los padres, por lo general, garantiza a sus miembros estabilidad psicoemocional en su continuo desarrollo. La familia nuclear vive aparte de la familia original del esposo o esposa y generalmente goza de independencia económica. “Esta familia representa la familia ideal y ella debe ser el modelo de familia que debemos formar y mantener” (52).
- b. **Familia compuesta o extensa:** Esta familia está conformada por los padres, los hijos y otros familiares. En la familia extensa los hijos se casan y se quedan a vivir con los padres, además viven en casa los abuelos, tíos, primos (52).

- c. **Familia monoparental:** Está integrada por un padre con sus hijos o una madre con sus hijos. Este tipo de familia tiende a ser vulnerable en los aspectos social y económico, lo que puede crear un ambiente inestable y de privaciones para el desarrollo potencial de los hijos (52).
- d. **Familia mixta o reconstituida:** Aquella que luego de la separación, el padre y/o la madre se vuelven a casar, incluye hijastros, padrastros y madrastras (52)
- e. **Familia conviviente:** Consta de dos personas del sexo opuesto que viven juntas con o sin hijos, y que presentan un compromiso sexual sin que hayan formalizado el matrimonio legal. Esta familia es vulnerable a la separación y a experimentar situaciones de violencia familiar (52).
- f. **Familia comunal:** Consiste en un grupo de personas que viven juntas y comparten diversos aspectos de sus vidas (52).
- g. **Familia homosexual:** Está formada por adultos del mismo sexo que viven juntos con sus hijos y que presentan compromiso sexual (52).

### 2.2.3. Indicadores del funcionamiento familiar

#### a. Cohesión

Es el vínculo emocional que existe entre los miembros de una familia y el grado de autonomía personal que experimentan; y es evaluado según el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella. En el modelo Circumplejo de Olson es medible mediante la vinculación emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreaciones (53).

#### b. Adaptabilidad

Es la habilidad que el sistema familiar tiene para cambiar en cuanto a su estructura de poder, roles y reglas; como respuesta a un estrés situacional o propia del desarrollo. En el modelo Circumplejo de Olson es medible mediante: poder en la familia (asertividad, control, disciplina), estilo de negociación, relaciones de roles y reglas de las relaciones (53).

#### **2.2.4. Modelo circunplejo de Olson en el funcionamiento familiar:**

El modelo postula que el sistema familiar se analiza desde 2 dimensiones centrales: la cohesión y la adaptabilidad familiar. Así mismo, Olson identifica cuatro niveles de cohesión familiar que se encuentran en un continuo balance que van desde un bajo nivel de cohesión (desligada) hasta una cohesión extrema (aglutinada), lo mismo hace con la adaptabilidad identificando cuatro niveles de adaptabilidad, los niveles óptimos se denominan flexibles y estructurado mientras que los extremos negativos están representados por los niveles rígidos y caóticos (53).

De acuerdo al análisis de los sistemas familiares, mediante el análisis de la conformación del sistema familiar, los procesos y características de las relaciones familiares, el funcionamiento familiar puede influir de forma positiva o negativa en el comportamiento y la personalidad de cada uno de sus miembros, existiendo diferencias de vulnerabilidad entre ellos (53).

#### **2.2.5. Adolescencia:**

La adolescencia es el periodo comprendido entre el comienzo de la pubertad y el final del crecimiento, que en general comprende la segunda década de vida (54). La adolescencia es una etapa trascendental en el desarrollo del individuo y es una de las épocas de mayor vulnerabilidad. El apoyo, la orientación y los recursos que ofrecen la familia y las instituciones educativas contribuyen al cumplimiento adecuado de esta etapa de vulnerabilidad. Por otro lado, la maduración y el efecto de los cambios hormonales conducen a experimentar variaciones en su estado de ánimo, de forma más intensa a diferencia de otras edades de la vida. Si bien el adolescente presenta relativa variabilidad del estado de ánimo, la cual puede ser pasajera en algunos casos y en otros puede tener una duración más prolongada; existen estudios que 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 suicidio (55,56).

### 3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

#### 3.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

**Autor:** Javier N. Zapata-Gallardo, Marisol Figueroa-Gutiérrez, Neidy Méndez-Delgado, Víctor M. MirandaLozano, Benigno Linares-Segovia, Teodoro Carrada-Bravo, Yolanda Vela-Otero, Ana María RayasLundes.

**Título:** Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia.

**Fuente:** Bol Med Hosp Infant Mex 2007, 64(5):295-301. México.

**Resumen:** Objetivo: conocer la frecuencia de depresión en el adolescente y su relación con las alteraciones de la funcionalidad familiar. Métodos. Se realizó una encuesta prospectiva a 747 adolescentes de 10 a 19 años de edad de una escuela secundaria federal de Irapuato, Guanajuato. La depresión fue evaluada usando el test de Zung y la disfunción familiar mediante el Apgar familiar. Para la comparación de los grupos se usó  $\chi^2$  o t de Student, dependiendo del tipo de variable y se calculó el riesgo para depresión en presencia de disfunción familiar. Resultados. El 33% de los encuestados presentaron disfunción familiar, siendo moderada en 203 (27.2%) y grave en 44 (5.9%). Mientras que, Treinta sujetos (4%) presentaron depresión y en 43.3% se encontró asociación con disfunción familiar. Sin embargo, no se reportó un riesgo significativo para depresión en presencia de la disfunción familiar (razón de momios =1.57, intervalo de confianza al 95% =0.75-3.3). Conclusión. La frecuencia de depresión fue baja y no hubo asociación significativa entre depresión y disfunción familiar (57).

**Autor:** Rafael Leyva-Jiménez, Ana María Hernández-Juárez, Gabriela Nava-Jiménez, Verónica López-Gaona.

**Título:** Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar.

**Fuente:** Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (3): 225-232. México.

**Resumen:** Objetivo: determinar la frecuencia de depresión y disfunción familiar en adolescentes. Material y métodos: Participaron 252 estudiantes adolescentes, se evaluó la depresión y la función familiar utilizando la escala de Birleson para depresión y el instrumento FACES III para funcionamiento familiar. Resultados: La frecuencia de

depresión fue de 29.8 %; en el sexo masculino se identificó en 18.7 % y en la mujer, en 42.4 % ( $p < 0.05$ , OR = 3.2). En los adolescentes con depresión se observó con más frecuencia la familia rígidamente dispersa ( $p < 0.05$ , OR = 6.3). En los adolescentes sin depresión fueron más comunes las familias flexiblemente aglutinadas ( $p < 0.05$ , OR = 0.215), las estructuralmente aglutinadas ( $p < 0.05$ , OR = 0.215) y las rígidamente aglutinadas ( $p < 0.05$ , OR = 0.106). Conclusiones: se identificó un porcentaje importante de depresión en los adolescentes (58).

**Autor:** Zuleima Cogollo, Edna Gómez, Oney's De Arco, Indira Ruiz, Adalberto Campo-Arias.

**Título:** Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia.

**Fuente:** Rev. Colomb. Psiquiat 2009; 38 (4): 637-644. Colombia.

**Resumen:** Objetivo: Establecer la asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en adolescentes estudiantes de un colegio de un sector de estrato bajo en Cartagena, Colombia. Método: Se diseñó un estudio transversal en el que participaron estudiantes de secundaria. La disfuncionalidad familiar fue evaluada mediante el cuestionario de APGAR familiar; mientras que la depresión, mediante la escala de Zung. Se usó la regresión logística para controlar confusores. Resultados: Participaron 424 estudiantes de séptimo a undécimo grado con edad promedio de 14,7 años (DE=1,6), 59% mujeres y una escolaridad promedio de 8,6 (DE=1,3). Se reportó disfuncionalidad familiar en el 41% y síntomas depresivos con importancia clínica en el 41% de los estudiantes. Se reportó que no hay asociación significativa entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica (OR=1,4; IC 95%: 0,92-2,1), después de controlar confusores. Conclusiones: No hay asociación significativa entre disfuncionalidad familiar y la presencia de síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de estrato bajo (59).

**Autor:** Carlos Abambari, Daniel Zhunio, Alva Romero, Jannett Redrován, Richard Atencia.

**Título:** La disfuncionalidad familiar como factor asociado a depresión y ansiedad en la población adolescente de Santa Isabel.

**Fuente:** Rev. Med HJCA 2013; 5 (1): 69-73. Ecuador.

**Resumen:** Objetivo: determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes de 15 a 19 años con disfuncionalidad familiar del Cantón Santa Isabel y determinar si la disfuncionalidad familiar es un factor de riesgo para la presencia de ansiedad y depresión. Métodos. La presente investigación es de corte transversal de prevalencia en una población entre los 15-19 años de edad del Cantón Santa Isabel realizada; la disfuncionalidad familiar fue detectada mediante el uso de la herramienta FF-SIL y los trastornos del ánimo mediante la escala de Hamilton. Resultados. De 428 adolescentes encuestados la prevalencia de disfuncionalidad familiar fue del 15.7% y de disfuncionalidad severa 4%; de depresión 25.7% y de ansiedad un 15.7%; la disfuncionalidad familiar aumenta el riesgo de depresión con un Odds Ratio de 1.68 (IC 95% 1.04-2.71) y de ansiedad con Odds ratio de 3.25 (IC 95% 1.84-5.74). Conclusión. La disfuncionalidad familiar es un factor asociado a la depresión y ansiedad en adolescentes (60).

**Autor:** Daniel Ulate-Gómez.

**Título:** Riesgo biopsicosocial y percepción de la función familiar de las personas adolescentes de sexto grado en la Escuela Jesús Jiménez.

**Fuente:** Acta méd. Costarric. 2013; 55 (1): 18-23. Costa Rica.

**Resumen:** Objetivo: Describir la prevalencia del riesgo biopsicosocial y la percepción de la funcionalidad familiar de las personas adolescentes. Métodos: Participaron 124 adolescentes de sexto grado. Se les aplicó los cuestionarios Tamizaje de Riesgo del Programa de Atención Integral de la Adolescencia (PAIA) y APGAR Familiar. Resultados: los factores de riesgo con mayor prevalencia fueron: ausencia de confidente (36,3%), sensación de depresión (23,4%), participación en peleas (12,1%) e ideas de muerte (8,1%). La prevalencia de buena función familiar fue del 68,6%, disfunción leve

del 27,4% y disfunción severa del 4%. La percepción de buena funcionalidad familiar por parte de los adolescentes estuvo relacionada con bajo riesgo biopsicosocial ( $p=0,011$ ), mayor comunicación con los padres ( $p=0,000$ ), ausencia de sensación de depresión ( $p=0,002$ ), ausencia de ideas de muerte ( $p=0,000$ ) y ausencia de intentos suicidas ( $p=0,003$ ). Conclusiones: los mayores problemas encontrados en los adolescentes fueron: ausencia de un confidente, sensación de depresión, participación en peleas e ideas de muerte. La familia funcional se mostró como un factor protector contra síntomas depresivos, ideas de muerte e intentos suicidas. (61).

**Autor:** Edna Margarita Gómez-Bustamante, Irma Castillo-Ávila, Zuleima Cogollo.

**Título:** Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados.

**Fuente:** Rev. Colomb. Psiquiat 2013; 42 (1): 72-80. Colombia.

**Resumen:** Objetivo: Establecer los predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados de Cartagena, Colombia. Método: Se llevó a cabo una investigación analítica transversal, mediante un muestreo probabilístico por conglomerado de estudiantes adolescentes de secundaria.. Se identificó disfunción familiar con la escala APGAR Familiar. Se ajustaron los predictores mediante regresión logística binaria. Resultados: Aceptaron participar un total de 1730 estudiantes; media para la edad fue de 14,7 años (DE = 1,2) y 52,7% fueron mujeres. Se reportó 896 estudiantes (51,8%) con disfunción familiar. Mientras que, se identificaron como predictores de disfunción familiar: síntomas depresivos con importancia clínica (OR = 3,61; IC 95%: 2,31-5,63), baja religiosidad (OR = 1,73; IC 95%: 1,41-2,13), familia no nuclear (OR = 1,71; IC 95%: 1,41-2,09), consumo de alguna sustancia en la vida (OR = 1,67; IC 95%: 1,15-2,13), residente en estrato bajo (OR = 1,49; IC95%: 1,19-1,87) y mal rendimiento académico (OR = 1,43; IC 95%: 1,15-1,76). Conclusiones: Los síntomas depresivos con importancia clínica, baja religiosidad y familia no nuclear son los principales predictores de disfunción familiar en estudiantes adolescentes de Cartagena, Colombia. Así mismo, es posible que la asociación encontrada sea bidireccional (62).

### 2.3.ANTECEDENTES NACIONALES

**Autor:** Marleny Torrel, Mubbia Delgado.

**Título:** Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla - Tumbes, 2013.

**Fuente:** Ciencia y Desarrollo. 2014; 17 (1): 47-54. Perú.

**Resumen:** Objetivos: Determinar la asociación entre el funcionamiento familiar y la depresión en adolescentes de la Región Tumbes. Material y Métodos: Investigación Observacional, prospectiva. Diseño: Estudio observacional, transversal, correlacional. La muestra estuvo conformada por 88 adolescentes de la Institución Educativa Mixta Zarumilla con edades comprendidas entre los 15 y 18 años. Se aplicó el Test de Funcionamiento Familiar (FFSIL) para medir el grado de funcionalidad familiar; así mismo, se aplicó el Test de Zung para evaluar la depresión. Resultados: En la región Tumbes observamos que el 20,4% presenta depresión, el 29% de adolescentes ha pensado suicidarse en alguna ocasión, el 3,6% lo ha intentado y el 29% lo volvería hacer. Conclusiones: la percepción de los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en los adolescentes presenta una relación significativa (63).

**Autor:** Gonzáles-Poves Jessica, Macuyama-Aricari Teolinda, Silva-Mathews Zulema.

**Título:** Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1° al 5° de secundaria de un colegio nacional mixto.

**Fuente:** Rev enferm Herediana. 2013; 6(2):66-77. Perú.

**Resumen:** Objetivos: determinar los factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en los adolescentes de 1° a 5° grado de secundaria del colegio 2022 del distrito de los Olivos-Lima 2013. Material y métodos: investigación de tipo descriptivo, de corte transversal. Los participantes estuvo conformado por 163 estudiantes. Resultados: el tipo familiar predominante fue familia extendida: 40,5%. El nivel de disfunción familiar fue muy elevado: 26,4% con disfunción moderada y 24,5% con severa. La relación factor familiar con tipo de familia y manifestaciones depresivas, hizo ver que el 40,7% pertenece a familias extendidas y presentan manifestaciones

depresivas definidas, y el 3,1% de familia monoparental presenta depresión; aunque las diferencias no resultaron significativas. La relación funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas mostro que el 50,0% de adolescentes de familias con disfunción severa presentan manifestaciones depresivas bien definidas, y el 46,5% de familias con disfuncionalidad moderada también presenta manifestaciones depresivas bien definidas. Conclusiones: las manifestaciones depresivas tienen relación directa con el funcionamiento de la familia. Mientras que, las manifestaciones depresivas no guardan relación con el tipo de familia (64).

#### **4. OBJETIVOS**

##### **4.1.OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la asociación entre disfunción familiar y depresión en estudiantes adolescentes del Colegio Del Ejército de la ciudad de Arequipa, año 2017.

##### **4.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las características de edad, sexo, grado académico y estructura familiar de los estudiantes adolescentes del Colegio Del Ejército de la ciudad de Arequipa.
- Describir el funcionamiento familiar de los estudiantes adolescentes del Colegio Del Ejército de la ciudad de Arequipa.
- Describir la depresión en los estudiantes adolescentes del Colegio Del Ejército de la ciudad de Arequipa.
- Comparar la disfunción familiar y las características del adolescente según presencia o no de depresión en estudiantes adolescentes del Colegio Del Ejército de la ciudad de Arequipa.
- Analizar la asociación entre disfunción familiar y depresión en estudiantes adolescentes del Colegio Del Ejército de la ciudad de Arequipa.

## 5. HIPÓTESIS

**Nula:** No existe asociación ente disfunción familiar y depresión en estudiantes adolescentes del Colegio Del Ejército de la ciudad de Arequipa.

**Alternativa:** Si existe asociación ente disfunción familiar y depresión en estudiantes adolescentes del Colegio Del Ejército de la ciudad de Arequipa.



### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

##### 1.1. TÉCNICAS

Se utilizará como técnica la encuesta.

##### 1.2. INSTRUMENTOS

Se aplicaran los siguientes instrumentos para la medición y recolección de las variables:

##### 1.2.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI):

El Inventario de depresión de Beck es un instrumento que comprende 21 ítems y es específico para evaluar depresión, cada ítem es valorado de 0 a 3 puntos (43,65).

El BDI tiene los siguientes componentes:

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	Autodecepción	18	Pérdida de apetito
8	Autoculpación	19	Pérdida de peso
9	Ideas suicidio	20	Hipocondría
10	Llanto	21	Desinterés por el sexo
11	Irritación		

A mayor puntaje en el BDI presenta mayor depresión; siendo clasificada según el puntaje obtenido 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. Así mismo, el BDI está validado en su versión traducida al castellano gracias al trabajo de Vázquez y Sanz, presentando cifras de alta fiabilidad, tanto en términos de consistencia interna (coeficiente alfa de

Cronbach = 0,83) como de estabilidad temporal (las correlaciones test-retest) (43). De igual forma, el BDI resulta comparable con resultados de otros instrumentos usados para evaluar depresión tales como la Escala de Autoevaluación de Zung y el Center for Epidemiologic Studies Depresión Screen (42).

### **1.2.2. Cuestionario Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III):**

Esta prueba evalúa el funcionamiento familiar, el cual mediante 20 ítems valora la comunicación, las jerarquías y los límites así como la adaptabilidad y la cohesión familiar. Comprende de preguntas impares para evaluar la cohesión, mientras que las preguntas pares evalúan la adaptabilidad. FACES III mide el funcionamiento familiar desde dos dimensiones: familias según su cohesión, la cual es clasificada en No Relacionada con un puntaje entre 10 y 34, Semirrelacionada con un puntaje entre 35 y 40, Relacionada entre 41 y 45 puntos y Aglutinada entre 46 y 50 puntos; y la dimensión de adaptabilidad clasificándola en Rígida con un valor entre 10 a 19 puntos, Estructurada entre 20 y 24, Flexible entre 25 y 28 puntos y Caótica entre los 29 y 50 puntos (66).

FACES III mediante las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, determina tres niveles de funcionamiento familiar. En el rango balanceado se ubican las familias de óptimo funcionamiento, mientras que en el extremo se ubican las familias no funcionales (66,67).

En el presente estudio se usará la versión de FACES III validada en el Perú por Malamud, citado por Iglesias (68). En un estudio realizado por Ferreira en Perú en menores de edad ha reportado que la presente prueba tiene una alta confiabilidad para cada una de las dimensiones evaluadas: cohesión (coeficiente de correlación = 0,83) y para adaptabilidad (coeficiente de correlación= 0,80) (67).

### **1.2.3. Ficha de recolección de datos:**

Este instrumento es elaborado por la investigadora para fines del presente estudio, en el cual se obtendrán los datos de los encuestados en cuanto a las características de edad, sexo, grado académico y convivencia familiar.

#### 1.2.4. Validación del instrumento:

Los instrumentos a emplearse BDI y FACES III cuentan con estudios de validación previos tanto a nivel internacional como nacional, por tanto no amerita de una nueva validación. Mientras que, la Ficha de recolección de datos no requiere validación por ser solo para recojo de información y los ítems contenidos en ella no tienen puntaje ya que podrían ser diferentes a cada participante.

#### 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 el Colegio Del Ejército, ubicado en Av. Progreso 1220 – Miraflores.

### 2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

Estudio se realizará en el período de octubre a noviembre del 2017.

### 2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

Estudiantes adolescentes del Colegio Del Ejército.

### 2.4. POBLACIÓN:

Estudiantes adolescente

### 2.5. MUESTRA

Para el desarrollo del estudio se trabajará con muestra elegida por conveniencia que incluirá la totalidad de estudiantes adolescentes que cursen actividades académicas en

el Colegio Del Ejército y de acuerdo al cumplimiento de los siguientes criterios de selección:

**De inclusión:**

- Estudiantes con edades comprendidas entre los 11 y 16 años, de ambos sexos que se encuentren matriculados y actualmente asistiendo a clases en el Colegio Del Ejército.
- Estudiantes que acepten participar en el estudio mediante consentimiento informado

**De exclusión:**

- Estudiantes adolescentes que decidan retirarse del estudio.
- Estudiantes adolescentes que tuvieron la pérdida de un familiar de primer o segundo grado de consanguineidad que consideren cercano en sus vidas cotidianas en los últimos 2 meses.
- Estudiantes que no resuelvan los instrumentos de manera adecuada.
- Estudiantes adolescentes 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 una carta de presentación al Director de la Institución educativa para que autorice la realización del estudio.

La investigadora, previa coordinación con los tutores de los estudiantes, por grado académico, identificará la población de estudio y procederá a informarles acerca de la realización del estudio y solicitará su colaboración voluntaria, para luego seleccionar la muestra con la que se trabajara en el presente estudio. Se tomara un asentimiento al menor en forma verbal al inicio de la entrevista.

Una vez que los estudiantes acepten participar se les hará entrega de los instrumentos de evaluación y de la ficha recolectora de datos, los cuales serán respondidos de forma confidencial asignando un código a cada estudiante de forma personal, el cual solo será conocido por el estudiante y la investigadora. La aplicación de los instrumentos de evaluación serán realizados bajo la supervisión de la investigadora, hasta concluir de encuestar a todos los estudiantes por grado académico.

Cuando se haya concluido la recolección de datos, se construirá una base de datos en el Programa Excel, se procesarán los datos mediante el análisis estadístico de los resultados; y posteriormente, se procederá a elaborar el informe de investigación.

Posteriormente se informara al Comité los resultados finales del estudio, así como el manuscrito previo a una publicación que devenga de este proyecto. Así mismo, se evaluará al final del estudio, la posibilidad de presentar apoyo a los alumnos que presentaran algún grado de depresión.

### **3.2. RECURSOS**

#### **Humanos:**

La investigadora: Rosario Elsa Jesús Zúñiga Manrique

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

Asesores: Dr. Marcos Augusto Espinola Sánchez

#### **Material de escritorio:**

Hojas bond (1 millar), 7 lapiceros

#### **Servicios:**

Pasaje Urbano, servicio de impresiones y fotocopiado, servicio de anillado, servicio de internet.

### 3.3. CRITERIOS PARA MANEJO DE RESULTADOS

Para el análisis estadístico descriptivo de las variables cualitativas se realizará aplicando frecuencias; y en el análisis descriptivo de las variables numéricas se utilizarán promedios y desviación estándar. En el análisis estadístico inferencial se utilizará 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 empleará el T-student. Las variables categóricas se expresarán en número y porcentaje. Para la sistema. Para analizar asociaciones crudas se realizarán análisis bivariados utilizando la razón de prevalencia u odds ratio según corresponda a la frecuencia de presencia de depresión en la muestra, se incluirán sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Para el análisis de asociaciones ajustadas se realizará un análisis multivariado utilizando modelo de regresión y calculando la asociación ajustada con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Los datos serán procesados usando el paquete estadístico SPSS ver. 22 y sus resultados presentados en tablas usando el programa Excel.

### 3.4. ÉTICA:

El presente proyecto será presentado al comité de Ética Institucional para contar con su revisión y aprobación antes de su ejecución. En la ejecución de la investigación se invitará a participar a los estudiantes adolescentes de forma voluntaria, tomando un asentimiento al menor en forma verbal y al inicio de la entrevista, el cual estará constando al inicio de cada instrumento de evaluación y recolección de datos. Así mismo, se garantizará la confidencialidad de los datos recogidos asignando un código a cada participante que solamente él y la investigadora conocerán. Los resultados encontrados en el presente estudio serán informados al Comité y se evaluará al final del estudio la posibilidad de presentar apoyo a los alumnos que presentaran algún grado de depresión.

## V. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tiempo en meses	Año				
	2017				
	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Búsqueda bibliográfica problema de investigación	X				
Sistematización de bibliografía sobre Funcionamiento familiar y depresión		X			
Redacción de proyecto		X			
Aprobación proyecto de tesis por Asesor y profesores de curso taller de tesis		X			
Dictamen de comité de ética de investigación		X			
Ejecución de proyecto			X		
Recolección de datos			X	X	
Estructuración de resultados				X	
Informe final					X

Fecha de inicio: 05 de octubre del 2017

Fecha probable de término: 15 de noviembre del 2017

## V. BIBLIOGRAFIA

1. Sadock Benjamin J, Sadock Virginia A. Kaplan & Sadock´pocket handbook of clinical psychiatry. 5ta edición. Editorial Wolters Kluwer: España; 2008.
2. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society; 2009. Informe No.: 90.
3. Marcus M, Yasamy MT, Ommeren Mv, Chisholm D, Saxena S, WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression. A Global Public Health Concern. Geneva: WHO.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. (DSM-V). Arlington-EE.UU., 2013.
5. Schosser A, Kasper S. The role of pharmacogenetics in the treatment of depression and anxiety disorders. *Int Clin Psychopharmacol* 2009; 24: 277-88.
6. Quinn CR, Dobson-Stone C, Outhred T, Harris A, Kemp AH. The contribution of BDNF and 5-HTT polymorphisms and early life stress to the heterogeneity of major depressive disorder: a preliminary study. *Aust N Z J Psychiatry* 2012; 46: 55-63.
7. Lesch KP, Bengel D, Heils A, Sabol SZ, Greenberg BD, Petri S, et al. Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Science* 1996; 274: 1527-31.
8. Carver CS, Johnson SL, Joormann J, Lemoult J, Cuccaro ML. Childhood adversity interacts separately with 5-HTTLPR and BDNF to predict lifetime depression diagnosis. *J Affect Disord* 2011; 132: 89-93.
9. Comasco E, Aslund C, Orelund L, Nilsson KW. Three-way interaction effect of 5-HTTLPR, BDNF Val 66 Met, and childhood adversity on depression: a replication study. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013; 23: 1300-6.
10. Fan M, Liu B, Jiang T, Jiang X, Zhao H, Zhang J. Meta-analysis of the association between the monoamine oxidase-A gene and mood disorders. *Psychiatr Genet* 2010; 20: 1-7.

11. Sabol SZ, Hu S, Hamer D. A functional polymorphism in the monoamine oxidase A gene promo-ter. *Hum Genet* 1998; 103: 273-9.
12. Rivera M, Gutiérrez B, Molina E, Torres-González F, Bellon JA, Moreno-Kustner B, et al. High-activity variants of the uMAOA polymorphism increase the risk for depression in a large primary care sample. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2009; 150B: 395-402.
13. Ma J, Yu SY, Liang S, Ding J, Feng Z, Yang F, et al. Association between MAOA-u VNTR polymorphism and its interaction with stressful life events and major depressive disorder in adolescents. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi* 2013; 15: 563-8.
14. Geddes J, et al. Depression in adults. *Clin Evid* 2006(15):1366-406.
15. Ingram RE, Ritter J. Vulnerability to depression: cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals. *J Abnorm Psychol.* 2000 Nov;109(4):588-96.
16. Bellón JA, et al. Predicting the onset and persistence of episodes of depression in primary health care. The predictD-Spain study: methodology. *BMC Public Health.* 2008;8:256.
17. Hamalainen J, et al. Cigarette smoking, alcohol intoxication and major depressive episode in a representative population sample. *J Epidemiol Community Health.* 2001;55(8):573-6.
18. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction.* 2011;106(5):906-14.
19. Wilhelm K, Parker G, Dewhurst-Savellis J, Asghari A. Psychological predictors of single and recurrent major depressive episodes. *J Affect Disord.* 1999;54(1-2):139-47.
20. Klein DN, Kotov R, Bufferd SJ. Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence. *Annu Rev Clin Psychol.* 2011; 7:269-95.
21. Turner RJ, Lloyd DA. Stress burden and the lifetime incidence of psychiatric disorder in young adults: racial and ethnic contrasts. *Arch Gen Psychiatry.* 2004; 61 (5):481-8.
22. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2000; 157(10):1552-62.

23. Weissman MM, et al. Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62 (1):29- 36.
24. King M, Walker C, Levy G, Bottomley C, Royston P, Weich S, et al. Development and validation of an international risk prediction algorithm for episodes of major depression in general practice attendees: the Predict D study. *Arch Gen Psychia-try*. 2008; 65: 1368-76.
25. King M, Weich S, Torres-González F, Svab I, Maaros HI, Neeleman J, et al. Prediction of depression in European general practice attendees: the PREDICT study. *BMC Public Health* 2006; 6: 6.
26. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; 2014.
27. Accortt EE, Freeman MP, Allen JJ. Women and major depressive disorder: clinical perspectives on causal pathways. *J Womens Health (Larchmt)* 2008; 17 (10): 1583-90.
28. Bromet E, Andrade L, Hwang I, Sampson N, Alonso J, De Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine* 2011; 9: 90-105.
29. Smith D, Muir W, Blackwood D: Genetics of early-onset depression. *Br J Psychiatry*. 2003, 182:363
30. González-Forteza, C., Hermosillo, A., Vacio- Muro, M., Peralta, R., & Wagner, F. (2015). Depresión en adolescente: Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149- 155. doi: 10.1016/j.bmhix.2015.05.006
31. Amezquita Medina María Eugenia, González Pérez Rosa Elena, Zuluaga Mejía Diego. prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8º, 9º, 10º y 11º grado, en ocho colegios oficiales de manizales. *Hacia promoc. Salud* [Internet]. 2008. [citado 2017 noviembre 27]; 13(1): 143-153. Disponible en:

- [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772008000100010&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772008000100010&lng=en).
32. 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
  33. Cassiani-Miranda Carlos Arturo, Vargas-Hernández María Camila, Pérez-Aníbal Eduard, Herazo-Bustos Mariana Isabel, Hernández-Carrillo Mauricio. Confiabilidad y dimensión del cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para la detección de síntomas de depresión en estudiantes de ciencias de la salud en Cartagena, 2014. *Biomédica [Internet].* 2017. [citado 2017 Nov 27] ; 37(1): 112-120. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572017000500112&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572017000500112&lng=en).
  34. Bonilla-Sepúlveda Óscar Alejandro. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia) 2009: Estudio de corte transversal. *Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet].* 2010 [citado 2017 Nov 27]; 61(3): 207-213. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342010000300004&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342010000300004&lng=en).
  35. Ministerio de Salud. Boletín de la unidad de investigación epidemiológica y análisis situacional de servicios de salud: Análisis y situación de salud. Perú; 2014 [citado 05 Enero 2016]. Disponible en:  
<http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/Boletin%20Sala%20Situacional%20DICIEM BRE%202014.pdf>
  36. Bazán-López José L, Olórtegui-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](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100002&lng=es)

37. Vargas H, Saavedra J. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. *Rev Peru Epidemiol.* 2012; 16(3):1-11.
38. Vizcarra Flores, E. La Republica. Población con trastornos mentales graves suma el 32% [en línea]; 2014. [citado 05 Enero 2016]. Disponible en: [www.larepublica.pe/06-05-2012/poblacion-contrastornos-mentales-graves-suma-32](http://www.larepublica.pe/06-05-2012/poblacion-contrastornos-mentales-graves-suma-32)
39. Navarro-Loli JS, Moscoso M, Calderon-De la Cruz G. La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *liber.* [online]. 2017; [citado 2017 Nov 27] 23(1) : 57-74. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272017000100005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272017000100005&lng=es&nrm=iso).
40. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. (DSM-V). Arlington-EE.UU., 2013.
41. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
42. Mulrow C, et al: Case-finding instruments for depression in primary care settings. *Ann Intern Med* 1995, 122: 913-921.
43. Vázquez, C., Sanz, J. Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*. 1999; 10 (1); 59-81.
44. Cruzblanca Hernández Humberto, Lupercio Coronel Patricia, Collas Aguilar Jorge, Castro Rodríguez Elena. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Ment.* 2016; 39( 1 ): 47-58.
45. Ulloa–Flores R, Peña–Olvera F, Nogales–Imaca I. Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión. *Salud Ment* 2015; 34(5): 403-407
46. Szentagotai A, David D. The efficacy of cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a quantitative meta- analysis. *J Clin Psychiatry* 2010;71(1):66-72.

47. Miklowitz DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of evidence. *Am J Psychiatry* 2008;165(11):1408-1419.
48. Perriau J. La familia ante algunos desafíos de la realidad actual. *Persona y Cultura*. 2011; 9(9), 12-33.
49. 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.
50. Zaldívar D. Funcionamiento familiar saludable. 2006. Obtenido de: [http://www. Sld.cu](http://www.Sld.cu). (Fecha de consulta: 15 – 01 – 16)
51. Arnett J. Adolescencia y adultez emergente. Un enfoque cultural. Tercera edición. México: Pearson Prentice Hall. 2008.
52. ONG Opción. La familia Aspectos Médicos y Psicosociales. Lima, 2009.
53. Olson H, Russell C. & Sprenkle H. Circumplex Model of Marital and Family Systems II: Empirical studies and clinical intervention. *Advances in Family Intervention, Assessment and Theory* 1989; 1, 129-176.
54. Iglesias J.L. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral* 2013; 18(2): 88-93.
55. Hill P. Recent advances in selected aspects of adolescent development. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993;34(1):69-99. 8.
56. Saucedo M, Duran M. La familia: Su dinámica y tratamiento. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
57. Zapata-Gallardo J., et al. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2007, 64(5):295-301.
58. Leyva-Jiménez R, Hernández-Juárez A, Nava-Jiménez G, López-Gaona V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (3): 225-232.
59. Cogollo Z, Gómez E, Oney's De Arco, Ruiz I, Campo-Arias A. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes

- de Cartagena, Colombia. Rev. Colomb. Psiquiat 2009; 38 (4): 637-644
- Garibay-Ramirez J, Jiménez-Garcés C, Vieyra-Reyes P, Hernández-González M, Villalón-López J. Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad. Rev Med Inv 2014;2:107-11.
60. Abambari C, Zhunio D, Romero A, Redrován J, Atiencia R. La disfuncionalidad familiar como factor asociado a depresión y ansiedad en la población adolescente de Santa Isabel. Rev. Med HJCA 2013; 5 (1): 69-73.
61. Ulate-Gómez D. Riesgo biopsicosocial y percepción de la función familiar de las personas adolescentes de sexto grado en la Escuela Jesús Jiménez. Acta méd. Costarric. 2013; 55 (1): 18-23.
62. Gómez-Bustamante E, Castillo-Ávila I, Cogollo Z. Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados. Rev. Colomb. Psiquiat 2013; 42 (1): 72-80.
63. 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.
64. Gonzáles-Poves J, Macuyama-Aricari T, Silva-Mathews Z. Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1° al 5° de secundaria de un colegio nacional mixto. Rev enferm Herediana. 2013; 6(2):66-77.
65. Sanz J., Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. Psicothema; 1998; 10 (2); 303-318.
66. Olson H. Circumplex model of Marital and Family Systems, Journal of Family Therapy 2000, (22): 144-167.
67. Ferreira A. Sistema de Interacción Familiar asociado a la autoestima de menores en situación de abandono moral o prostitución. Tesis presentada a la Unidad de Post Grado de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para optar el Grado Académico de Doctora en Psicología. Lima. 2006.
68. Iglesias J. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatr Integral; 2014;18(2): 88-93.

## ANEXO 2

**INSTRUMENTO: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**

---

Estimado alumno, por medio de la presente lo estamos invitando a participar de un estudio de investigación. Mi nombre es Rosario Zúñiga Manrique, soy la investigadora a cargo del estudio y soy bachiller en medicina humana en la Universidad Católica de Santa María. El estudio tiene como objetivo conocer si existe alguna asociación entre disfunción familiar y depresión en adolescentes. Al empezar a responder las preguntas, estás consintiendo (aceptando) participar del estudio, tu apoyo es confidencial y anónimo, solo tú puedes saber los resultados si lo deseas, todos los datos y resultados serán tratados con la mayor reserva. Tu participación es voluntaria.

Por favor responde con la verdad. Gracias

---

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, márkuela 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.

Código del Participante:.....



### ANEXO 3

#### INSTRUMENTO: CUESTIONARIO FACES III

Estimado alumno, por medio de la presente lo estamos invitando a participar de un estudio de investigación. Mi nombre es Rosario Zúñiga Manrique, soy la investigadora a cargo del estudio y soy bachiller en medicina humana en la Universidad Católica de Santa María. El estudio tiene como objetivo conocer si existe alguna asociación entre disfunción familiar y depresión en adolescentes. Al empezar a responder las preguntas, estás consintiendo (aceptando) participar del estudio, tu apoyo es confidencial y anónimo, solo tú puedes saber los resultados si lo deseas, todos los datos y resultados serán tratados con la mayor reserva. Tu participación es voluntaria.

Por favor responde con la verdad. Gracias

Por favor, escriba en el espacio que correspondiente a cada pregunta, la respuesta que elija según el número indicado.

Nº	Item	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	Los miembros de nuestra familia se apoyan entre sí.					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11	Nos sentimos muy unidos.					
12	En nuestra familia los hijos toman las decisiones.					
13	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
14	En nuestra familia las reglas cambian.					
15	Con facilidad podemos planear actividades en familia.					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					

18	En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decir quién hace las labores del hogar.					

Puntaje: Adaptabilidad..... Cohesión..... Total.....

Código del Participante:.....



## ANEXO 4

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Estimado alumno, por medio de la presente lo estamos invitando a participar de un estudio de investigación. Mi nombre es Rosario Zúñiga Manrique, soy la investigadora a cargo del estudio y soy bachiller en medicina humana en la Universidad Católica de Santa María. El estudio tiene como objetivo conocer si existe alguna asociación entre disfunción familiar y depresión en adolescentes. Al empezar a responder las preguntas, estás consintiendo (aceptando) participar del estudio, tu apoyo es confidencial y anónimo, solo tú puedes saber los resultados si lo deseas, todos los datos y resultados serán tratados con la mayor reserva. Tu participación es voluntaria.

Por favor responde con la verdad. Gracias

Código del Participante:.....

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

**1. Edad:** \_\_\_\_\_ **2. Grado académico:** \_\_\_\_\_

**3. Sexo:**  
1. M                      2. F

**3. Actualmente, ¿Se encuentra en algún tratamiento para depresión o algún otro trastorno afectivo?**

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

**4. ¿Ha fallecido un ser querido en los últimos dos meses?**

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

**5. Estructura familiar:**

( ) Nuclear    ( ) Compuesta o extensa    ( ) Monoparental

ANEXO 5  
BASE DE DATOS

código	Grado	Edad	sexo	Estructura familiar	Puntaje Adaptabilidad	Puntaje Cohesión	Puntaje total FACES	TIPO DE COHESIÓN FAMILIAR	TIPO DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR	DISFUNCION FAMILIAR	PUNTAJE TOTAL BECK	TIPO DE DEPRESIÓN
1	1	12	mujer	F. Nuclear	25	25	50	No relacionada	flexible	SI	19	Moderado
2	1	12	mujer	F. Nuclear	30	40	70	Semirrelacionada	caótica	SI	4	Ausente
3	1	12	hombre	F. Nuclear	24	47	71	aglutinada	estructurada	SI	1	Ausente
4	1	13	mujer	F. Nuclear	30	40	70	Semirrelacionada	caótica	SI	10	Leve
5	1	12	mujer	F. Monoparental	16	29	45	No relacionada	rígida	SI	18	Leve
6	1	12	mujer	F. Nuclear	24	38	62	Semirrelacionada	estructurada	NO	5	Ausente
7	1	12	hombre	F. Nuclear	23	23	46	No relacionada	estructurada	SI	26	Moderado
8	1	13	mujer	F. Compuesta	27	40	67	Semirrelacionada	flexible	NO	7	Ausente
9	1	13	hombre	F. Nuclear	34	44	78	relacionada	caótica	SI	24	Moderado
10	1	13	mujer	F. Monoparental	23	31	54	No relacionada	estructurada	SI	14	Leve
11	1	12	hombre	F. Compuesta	24	45	69	relacionada	estructurada	NO	13	Leve
12	1	12	hombre	F. Compuesta	24	40	64	Semirrelacionada	estructurada	NO	0	Ausente
13	1	13	mujer	F. Compuesta	28	47	75	aglutinada	flexible	SI	3	Ausente
14	1	16	mujer	F. Nuclear	23	36	59	Semirrelacionada	estructurada	NO	22	Moderado
15	1	13	hombre	F. Nuclear	26	45	71	relacionada	flexible	NO	5	Ausente
16	1	12	mujer	F. Compuesta	34	47	81	aglutinada	caótica	SI	36	Grave
17	1	13	mujer	F. Nuclear	29	36	65	Semirrelacionada	caótica	SI	23	Moderado
18	1	13	hombre	F. Nuclear	28	48	76	aglutinada	flexible	SI	11	Leve
19	1	12	hombre	F. Nuclear	32	42	74	relacionada	caótica	SI	5	Ausente
20	1	13	hombre	F. Compuesta	29	34	63	aglutinada	caótica	SI	8	Ausente
21	1	13	hombre	F. Nuclear	25	44	69	relacionada	flexible	NO	7	Ausente
22	1	12	mujer	F. Compuesta	24	45	69	relacionada	estructurada	NO	3	Ausente
23	1	13	hombre	F. Nuclear	22	43	65	relacionada	estructurada	NO	1	Ausente
24	1	13	hombre	F. Compuesta	22	36	58	Semirrelacionada	estructurada	NO	3	Ausente
25	1	13	mujer	F. Compuesta	20	43	63	relacionada	estructurada	NO	10	Leve
26	1	13	hombre	F. Compuesta	22	35	57	Semirrelacionada	estructurada	NO	4	Ausente
27	1	12	hombre	F. Compuesta	30	42	72	relacionada	caótica	SI	6	Ausente
28	1	12	mujer	F. Compuesta	20	25	45	No relacionada	estructurada	SI	28	Moderado
29	1	12	mujer	F. Nuclear	28	43	71	relacionada	flexible	NO	7	Ausente
30	1	12	hombre	F. Compuesta	28	42	70	relacionada	flexible	NO	10	Leve
31	1	13	hombre	F. Compuesta	34	41	75	relacionada	caótica	SI	16	Leve
32	1	12	hombre	F. Nuclear	30	36	66	Semirrelacionada	caótica	SI	17	Leve
33	1	13	hombre	F. Nuclear	26	30	56	No relacionada	flexible	SI	12	Leve
34	1	12	hombre	F. Compuesta	29	29	58	No relacionada	caótica	SI	18	Leve
35	1	13	mujer	F. Compuesta	30	31	61	No relacionada	caótica	SI	29	Moderado
36	1	12	mujer	F. Nuclear	22	41	63	relacionada	estructurada	NO	0	Ausente
37	1	12	mujer	F. Compuesta	12	19	31	No relacionada	rígida	SI	16	Leve
38	1	12	hombre	F. Compuesta	23	40	63	Semirrelacionada	estructurada	NO	0	Ausente
39	1	13	hombre	F. Monoparental	14	46	60	aglutinada	rígida	SI	8	Ausente
40	1	12	hombre	F. Nuclear	27	43	70	relacionada	flexible	NO	13	Leve
41	1	12	hombre	F. Nuclear	44	49	93	aglutinada	caótica	SI	0	Ausente
42	1	12	hombre	F. Compuesta	48	44	92	relacionada	caótica	SI	19	Moderado
43	1	12	hombre	F. Nuclear	28	49	77	aglutinada	flexible	SI	5	Ausente
44	1	12	mujer	F. Nuclear	44	32	76	relacionada	caótica	SI	4	Ausente
45	1	13	hombre	F. Nuclear	28	39	67	Semirrelacionada	flexible	NO	15	Leve
46	1	13	hombre	F. Nuclear	32	29	61	No relacionada	caótica	SI	0	Ausente
47	1	12	hombre	F. Nuclear	22	44	66	relacionada	estructurada	NO	4	Ausente
48	1	12	mujer	F. Nuclear	31	28	59	No relacionada	caótica	SI	9	Ausente
49	1	11	mujer	F. Nuclear	15	35	50	Semirrelacionada	rígida	SI	13	Leve
50	1	15	mujer	F. Compuesta	31	46	77	aglutinada	caótica	SI	14	Leve
51	1	13	hombre	F. Nuclear	28	41	69	relacionada	flexible	NO	12	Leve
52	1	12	hombre	F. Compuesta	28	35	63	Semirrelacionada	flexible	NO	4	Ausente
53	1	12	hombre	F. Nuclear	44	28	72	relacionada	flexible	NO	22	Moderado
54	1	12	mujer	F. Nuclear	19	46	65	aglutinada	rígida	SI	7	Ausente
55	1	12	hombre	F. Monoparental	31	45	76	relacionada	caótica	SI	7	Ausente
56	1	13	hombre	F. Nuclear	23	33	56	No relacionada	estructurada	SI	6	Ausente
57	1	12	hombre	F. Nuclear	17	35	52	Semirrelacionada	rígida	SI	1	Ausente
58	1	13	mujer	F. Compuesta	31	37	68	Semirrelacionada	caótica	SI	18	Leve
59	1	12	mujer	F. Nuclear	19	24	43	No relacionada	rígida	SI	29	Moderado
60	1	13	hombre	F. Nuclear	20	39	59	Semirrelacionada	estructurada	NO	11	Leve
61	1	12	hombre	F. Compuesta	31	50	81	aglutinada	caótica	SI	1	Ausente
62	1	14	mujer	F. Compuesta	32	29	61	No relacionada	caótica	SI	29	Moderado
63	1	13	mujer	F. Compuesta	33	47	80	aglutinada	caótica	SI	9	Ausente
64	1	12	mujer	F. Nuclear	25	32	57	No relacionada	flexible	SI	25	Moderado
65	1	13	mujer	F. Nuclear	28	41	69	relacionada	flexible	NO	29	Moderado
66	1	12	mujer	F. Nuclear	20	46	66	aglutinada	estructurada	SI	6	Ausente
67	1	11	mujer	F. Nuclear	30	37	67	Semirrelacionada	caótica	SI	14	Leve
68	1	13	mujer	F. Nuclear	27	32	59	No relacionada	flexible	SI	27	Moderado
69	1	13	hombre	F. Compuesta	35	28	63	No relacionada	caótica	SI	31	Grave
70	1	12	mujer	F. Compuesta	27	43	70	relacionada	flexible	NO	19	Moderado
71	1	12	mujer	F. Nuclear	26	24	50	No relacionada	flexible	SI	23	Moderado
72	1	12	hombre	F. Compuesta	37	41	78	relacionada	caótica	SI	25	Moderado
73	1	13	mujer	F. Compuesta	24	47	71	aglutinada	estructurada	SI	8	Ausente
74	1	13	hombre	F. Compuesta	26	33	59	No relacionada	flexible	SI	16	Leve
75	1	13	hombre	F. Nuclear	29	32	61	No relacionada	caótica	SI	21	Moderado
76	2	13	hombre	F. Compuesta	31	50	81	aglutinada	caótica	SI	1	Ausente
77	2	14	mujer	F. Compuesta	32	29	61	No relacionada	caótica	SI	29	Moderado
78	2	14	mujer	F. Compuesta	33	47	80	aglutinada	caótica	SI	9	Ausente
79	2	13	mujer	F. Nuclear	25	32	57	No relacionada	flexible	SI	25	Moderado
80	2	14	mujer	F. Nuclear	28	41	69	relacionada	flexible	NO	29	Moderado
81	2	13	mujer	F. Nuclear	20	46	66	aglutinada	estructurada	SI	6	Ausente
82	2	13	mujer	F. Nuclear	30	37	67	Semirrelacionada	caótica	SI	14	Leve
83	2	13	mujer	F. Nuclear	27	32	59	No relacionada	flexible	SI	27	Moderado
84	2	14	hombre	F. Compuesta	35	28	63	No relacionada	caótica	SI	31	Grave
85	2	14	mujer	F. Compuesta	27	43	70	relacionada	flexible	NO	19	Moderado
86	2	14	mujer	F. Nuclear	26	24	50	No relacionada	flexible	SI	23	Moderado
87	2	14	hombre	F. Compuesta	37	41	78	relacionada	caótica	SI	25	Moderado
88	2	14	mujer	F. Compuesta	24	47	71	aglutinada	estructurada	SI	8	Ausente
89	2	13	hombre	F. Compuesta	26	33	59	No relacionada	flexible	SI	16	Leve
90	2	13	hombre	F. Nuclear	29	32	61	No relacionada	caótica	SI	21	Moderado

código	Grado	Edad	sexo	Estructura familiar	Puntaje Adaptabilidad	Puntaje Cohesión	Puntaje total FACES	TIPO DE COHESIÓN FAMILIAR	TIPO DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR	DISFUNCION FAMILIAR	PUNTAJE TOTAL BECK
91	2	14	mujer	F. Nuclear	25	25	50	No relacionada	flexible	SI	19
92	2	13	mujer	F. Nuclear	30	40	70	Semirrelacionada	caótica	SI	4
93	2	14	hombre	F. Nuclear	24	47	71	aglutinada	estructurada	SI	1
94	2	14	mujer	F. Nuclear	30	40	70	Semirrelacionada	caótica	SI	10
95	2	14	mujer	F. Monoparental	16	29	45	No relacionada	rígida	SI	18
96	2	14	mujer	F. Nuclear	24	38	62	Semirrelacionada	estructurada	NO	5
97	2	13	hombre	F. Nuclear	23	23	46	No relacionada	estructurada	SI	26
98	2	14	mujer	F. Compuesta	27	40	67	Semirrelacionada	flexible	NO	7
99	2	13	hombre	F. Nuclear	34	44	78	relacionada	caótica	SI	24
100	2	13	mujer	F. Monoparental	23	31	54	No relacionada	estructurada	SI	14
101	2	13	hombre	F. Compuesta	24	45	69	relacionada	estructurada	NO	13
102	2	14	hombre	F. Compuesta	24	40	64	Semirrelacionada	estructurada	NO	0
103	2	14	mujer	F. Compuesta	28	47	75	aglutinada	flexible	SI	3
104	2	14	mujer	F. Nuclear	23	36	59	Semirrelacionada	estructurada	NO	22
105	2	14	hombre	F. Nuclear	26	45	71	relacionada	flexible	NO	5
106	2	14	mujer	F. Compuesta	34	47	81	aglutinada	caótica	SI	36
107	2	14	mujer	F. Nuclear	29	36	65	Semirrelacionada	caótica	SI	23
108	2	14	hombre	F. Nuclear	28	48	76	aglutinada	flexible	SI	11
109	2	14	hombre	F. Nuclear	32	42	74	relacionada	caótica	SI	5
110	2	13	hombre	F. Compuesta	29	34	63	aglutinada	caótica	SI	8
111	2	14	hombre	F. Nuclear	25	44	69	relacionada	flexible	NO	7
112	2	14	mujer	F. Compuesta	24	45	69	relacionada	estructurada	NO	3
113	2	14	hombre	F. Nuclear	22	43	65	relacionada	estructurada	NO	1
114	2	13	hombre	F. Compuesta	22	36	58	Semirrelacionada	estructurada	NO	3
115	2	14	mujer	F. Compuesta	20	43	63	relacionada	estructurada	NO	10
116	2	14	hombre	F. Compuesta	22	35	57	Semirrelacionada	estructurada	NO	4
117	2	14	hombre	F. Compuesta	30	42	72	relacionada	caótica	SI	6
118	2	14	mujer	F. Compuesta	20	25	45	No relacionada	estructurada	SI	28
119	2	14	mujer	F. Nuclear	28	43	71	relacionada	flexible	NO	7
120	2	14	hombre	F. Compuesta	28	42	70	relacionada	flexible	NO	10
121	2	14	hombre	F. Compuesta	34	41	75	relacionada	caótica	SI	16
122	2	14	hombre	F. Nuclear	30	36	66	Semirrelacionada	caótica	SI	17
123	2	13	hombre	F. Nuclear	26	30	56	No relacionada	flexible	SI	12
124	2	13	hombre	F. Compuesta	29	29	58	No relacionada	caótica	SI	18
125	2	13	mujer	F. Compuesta	30	31	61	No relacionada	caótica	SI	29
126	2	13	mujer	F. Nuclear	22	41	63	relacionada	estructurada	NO	0
127	2	13	mujer	F. Compuesta	12	19	31	No relacionada	rígida	SI	16
128	2	13	hombre	F. Compuesta	23	40	63	Semirrelacionada	estructurada	NO	0
129	2	14	hombre	F. Monoparental	14	46	60	aglutinada	rígida	SI	8
130	2	14	hombre	F. Nuclear	27	43	70	relacionada	flexible	NO	13
131	2	14	hombre	F. Nuclear	44	49	93	aglutinada	caótica	SI	0
132	2	13	hombre	F. Compuesta	48	44	92	relacionada	caótica	SI	19
133	2	14	hombre	F. Nuclear	28	49	77	aglutinada	flexible	SI	5
134	2	13	mujer	F. Nuclear	44	32	76	relacionada	caótica	SI	4
135	2	14	hombre	F. Nuclear	28	39	67	Semirrelacionada	flexible	NO	15
136	2	14	hombre	F. Nuclear	32	29	61	No relacionada	caótica	SI	0
137	2	14	hombre	F. Nuclear	22	44	66	relacionada	estructurada	NO	4
138	2	13	mujer	F. Nuclear	31	28	59	No relacionada	caótica	SI	9
139	2	14	mujer	F. Nuclear	15	35	50	Semirrelacionada	rígida	SI	13
140	2	13	mujer	F. Compuesta	31	46	77	aglutinada	caótica	SI	14
141	2	14	hombre	F. Nuclear	28	41	69	relacionada	flexible	NO	12
142	2	14	hombre	F. Compuesta	28	35	63	Semirrelacionada	flexible	NO	4
143	2	14	hombre	F. Nuclear	44	28	72	relacionada	flexible	NO	22
144	2	14	mujer	F. Nuclear	19	46	65	aglutinada	rígida	SI	7
145	2	13	hombre	F. Monoparental	31	45	76	relacionada	caótica	SI	7
146	2	13	hombre	F. Nuclear	23	33	56	No relacionada	estructurada	SI	6
147	2	13	hombre	F. Nuclear	17	35	52	Semirrelacionada	rígida	SI	1
148	3	14	mujer	F. Compuesta	31	37	68	Semirrelacionada	caótica	SI	18
149	3	14	mujer	F. Nuclear	19	24	43	No relacionada	rígida	SI	29
150	3	14	hombre	F. Nuclear	20	39	59	Semirrelacionada	estructurada	NO	11
151	3	14	hombre	F. Compuesta	31	50	81	aglutinada	caótica	SI	1
152	3	15	mujer	F. Compuesta	32	29	61	No relacionada	caótica	SI	29
153	3	15	mujer	F. Compuesta	33	47	80	aglutinada	caótica	SI	9
154	3	15	mujer	F. Nuclear	25	32	57	No relacionada	flexible	SI	25
155	3	15	mujer	F. Nuclear	28	41	69	relacionada	flexible	NO	29
156	3	15	mujer	F. Nuclear	20	46	66	aglutinada	estructurada	SI	6
157	3	15	mujer	F. Nuclear	30	37	67	Semirrelacionada	caótica	SI	14
158	3	15	mujer	F. Nuclear	27	32	59	No relacionada	flexible	SI	27
159	3	14	hombre	F. Compuesta	35	28	63	No relacionada	caótica	SI	31
160	3	15	mujer	F. Compuesta	27	43	70	relacionada	flexible	NO	19
161	3	15	mujer	F. Nuclear	26	24	50	No relacionada	flexible	SI	23
162	3	14	hombre	F. Compuesta	37	41	78	relacionada	caótica	SI	25
163	3	15	mujer	F. Compuesta	24	47	71	aglutinada	estructurada	SI	8
164	3	15	hombre	F. Compuesta	26	33	59	No relacionada	flexible	SI	16
165	3	15	hombre	F. Nuclear	29	32	61	No relacionada	caótica	SI	21
166	3	15	mujer	F. Compuesta	31	46	77	aglutinada	caótica	SI	14
167	3	14	hombre	F. Nuclear	28	41	69	relacionada	flexible	NO	12
168	3	15	hombre	F. Compuesta	28	35	63	Semirrelacionada	flexible	NO	4
169	3	15	hombre	F. Nuclear	44	28	72	relacionada	flexible	NO	22
170	3	15	mujer	F. Nuclear	19	46	65	aglutinada	rígida	SI	7
171	3	15	hombre	F. Monoparental	31	45	76	relacionada	caótica	SI	7
172	3	15	hombre	F. Nuclear	23	33	56	No relacionada	estructurada	SI	6
173	3	15	hombre	F. Nuclear	17	35	52	Semirrelacionada	rígida	SI	1
174	3	15	mujer	F. Compuesta	31	37	68	Semirrelacionada	caótica	SI	18
175	3	15	mujer	F. Nuclear	19	24	43	No relacionada	rígida	SI	29
176	3	15	hombre	F. Nuclear	20	39	59	Semirrelacionada	estructurada	NO	11
177	3	15	mujer	F. Nuclear	15	35	50	Semirrelacionada	rígida	SI	13
178	3	15	mujer	F. Nuclear	25	25	50	No relacionada	flexible	SI	19
179	3	15	mujer	F. Nuclear	30	40	70	Semirrelacionada	caótica	SI	4
180	3	15	hombre	F. Nuclear	24	47	71	aglutinada	estructurada	SI	1

código	Grado	Edad	sexo	Estructura familiar	Puntaje Adaptabilidad	Puntaje Cohesión	Puntaje total FACES	TIPO DE COHESIÓN FAMILIAR	TIPO DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR	DISFUNCION FAMILIAR	PUNTAJE TOTAL BECK	TIPO DE DEPRESIÓN
181	3	15	mujer	F. Nuclear	30	40	70	Semirrelacionada	caótica	SI	10	Leve
182	3	14	mujer	F. Monoparental	16	29	45	No relacionada	rígida	SI	18	Leve
183	3	14	mujer	F. Nuclear	24	38	62	Semirrelacionada	estructurada	NO	5	Ausente
184	3	14	hombre	F. Nuclear	23	23	46	No relacionada	estructurada	SI	26	Moderado
185	3	14	mujer	F. Compuesta	27	40	67	Semirrelacionada	flexible	NO	7	Ausente
186	3	15	hombre	F. Nuclear	34	44	78	relacionada	caótica	SI	24	Moderado
187	3	15	mujer	F. Monoparental	23	31	54	No relacionada	estructurada	SI	14	Leve
188	3	15	hombre	F. Compuesta	24	45	69	relacionada	estructurada	NO	13	Leve
189	3	15	hombre	F. Compuesta	24	40	64	Semirrelacionada	estructurada	NO	0	Ausente
190	3	15	mujer	F. Compuesta	28	47	75	aglutinada	flexible	SI	3	Ausente
191	3	14	mujer	F. Nuclear	23	36	59	Semirrelacionada	estructurada	NO	22	Moderado
192	3	14	hombre	F. Nuclear	26	45	71	relacionada	flexible	NO	5	Ausente
193	3	15	mujer	F. Compuesta	34	47	81	aglutinada	caótica	SI	36	Grave
194	3	15	mujer	F. Nuclear	29	36	65	Semirrelacionada	caótica	SI	23	Moderado
195	3	15	hombre	F. Nuclear	28	48	76	aglutinada	flexible	SI	11	Leve
196	3	15	hombre	F. Nuclear	32	42	74	relacionada	caótica	SI	5	Ausente
197	3	15	hombre	F. Compuesta	29	34	63	aglutinada	caótica	SI	8	Ausente
198	3	15	hombre	F. Nuclear	25	44	69	relacionada	flexible	NO	7	Ausente
199	3	15	mujer	F. Compuesta	24	45	69	relacionada	estructurada	NO	3	Ausente
200	3	14	hombre	F. Nuclear	22	43	65	relacionada	estructurada	NO	1	Ausente
201	3	15	hombre	F. Compuesta	22	36	58	Semirrelacionada	estructurada	NO	3	Ausente
202	3	15	mujer	F. Compuesta	20	43	63	relacionada	estructurada	NO	10	Leve
203	3	15	hombre	F. Compuesta	22	35	57	Semirrelacionada	estructurada	NO	4	Ausente
204	3	15	hombre	F. Compuesta	30	42	72	relacionada	caótica	SI	6	Ausente
205	3	14	mujer	F. Compuesta	20	25	45	No relacionada	estructurada	SI	28	Moderado
206	3	15	mujer	F. Nuclear	28	43	71	relacionada	flexible	NO	7	Ausente
207	3	15	hombre	F. Compuesta	28	42	70	relacionada	flexible	NO	10	Leve
208	3	15	hombre	F. Compuesta	34	41	75	relacionada	caótica	SI	16	Leve
209	3	15	hombre	F. Nuclear	30	36	66	Semirrelacionada	caótica	SI	17	Leve
210	3	15	hombre	F. Nuclear	26	30	56	No relacionada	flexible	SI	12	Leve
211	3	15	hombre	F. Compuesta	29	29	58	No relacionada	caótica	SI	18	Leve
212	3	15	mujer	F. Compuesta	30	31	61	No relacionada	caótica	SI	29	Moderado
213	3	14	mujer	F. Nuclear	22	41	63	relacionada	estructurada	NO	0	Ausente
214	3	14	mujer	F. Compuesta	12	19	31	No relacionada	rígida	SI	16	Leve
215	3	14	hombre	F. Compuesta	23	40	63	Semirrelacionada	estructurada	NO	0	Ausente
216	3	15	hombre	F. Monoparental	14	46	60	aglutinada	rígida	SI	8	Ausente
217	3	15	hombre	F. Nuclear	27	43	70	relacionada	flexible	NO	13	Leve
218	3	15	hombre	F. Nuclear	44	49	93	aglutinada	caótica	SI	0	Ausente
219	3	15	hombre	F. Compuesta	48	44	92	relacionada	caótica	SI	19	Moderado
220	3	15	hombre	F. Nuclear	28	49	77	aglutinada	flexible	SI	5	Ausente
221	3	15	mujer	F. Nuclear	44	32	76	relacionada	caótica	SI	4	Ausente
222	3	15	hombre	F. Nuclear	28	39	67	Semirrelacionada	flexible	NO	15	Leve
223	4	15	hombre	F. Nuclear	32	29	61	No relacionada	caótica	SI	0	Ausente
224	4	15	hombre	F. Nuclear	22	44	66	relacionada	estructurada	NO	4	Ausente
225	4	15	mujer	F. Nuclear	31	28	59	No relacionada	caótica	SI	9	Ausente
226	4	16	mujer	F. Nuclear	15	35	50	Semirrelacionada	rígida	SI	13	Leve
227	4	15	mujer	F. Compuesta	31	46	77	aglutinada	caótica	SI	14	Leve
228	4	15	hombre	F. Nuclear	28	41	69	relacionada	flexible	NO	12	Leve
229	4	16	hombre	F. Compuesta	28	35	63	Semirrelacionada	flexible	NO	4	Ausente
230	4	16	hombre	F. Nuclear	44	28	72	relacionada	flexible	NO	22	Moderado
231	4	16	mujer	F. Nuclear	19	46	65	aglutinada	rígida	SI	7	Ausente
232	4	16	hombre	F. Monoparental	31	45	76	relacionada	caótica	SI	7	Ausente
233	4	15	hombre	F. Nuclear	23	43	56	No relacionada	estructurada	SI	6	Ausente
234	4	15	hombre	F. Nuclear	17	35	52	Semirrelacionada	rígida	SI	1	Ausente
235	4	15	mujer	F. Compuesta	31	37	68	Semirrelacionada	caótica	SI	18	Leve
236	4	16	mujer	F. Nuclear	19	24	43	No relacionada	rígida	SI	29	Moderado
237	4	16	hombre	F. Nuclear	20	39	59	Semirrelacionada	estructurada	NO	11	Leve
238	4	16	hombre	F. Compuesta	31	50	81	aglutinada	caótica	SI	1	Ausente
239	4	16	mujer	F. Compuesta	32	29	61	No relacionada	caótica	SI	29	Moderado
240	4	15	mujer	F. Compuesta	33	47	80	aglutinada	caótica	SI	9	Ausente
241	4	15	mujer	F. Nuclear	25	32	57	No relacionada	flexible	SI	25	Moderado
242	4	15	mujer	F. Nuclear	28	41	69	relacionada	flexible	NO	29	Moderado
243	4	16	mujer	F. Nuclear	20	46	66	aglutinada	estructurada	SI	6	Ausente
244	4	15	mujer	F. Nuclear	30	37	67	Semirrelacionada	caótica	SI	14	Leve
245	4	16	mujer	F. Nuclear	27	32	59	No relacionada	flexible	SI	27	Moderado
246	4	15	hombre	F. Compuesta	35	28	63	No relacionada	caótica	SI	31	Grave
247	4	15	mujer	F. Compuesta	27	43	70	relacionada	flexible	NO	19	Moderado
248	4	15	mujer	F. Nuclear	26	24	50	No relacionada	flexible	SI	23	Moderado
249	4	15	hombre	F. Compuesta	37	41	78	relacionada	caótica	SI	25	Moderado
250	4	15	mujer	F. Compuesta	24	47	71	aglutinada	estructurada	SI	8	Ausente
251	4	15	hombre	F. Compuesta	26	33	59	No relacionada	flexible	SI	16	Leve
252	4	15	hombre	F. Nuclear	29	32	61	No relacionada	caótica	SI	21	Moderado
253	4	15	hombre	F. Nuclear	28	48	76	aglutinada	flexible	SI	11	Leve
254	4	16	hombre	F. Nuclear	32	42	74	relacionada	caótica	SI	5	Ausente
255	4	16	hombre	F. Compuesta	29	34	63	aglutinada	caótica	SI	8	Ausente
256	4	16	hombre	F. Nuclear	25	44	69	relacionada	flexible	NO	7	Ausente
257	4	16	mujer	F. Compuesta	24	45	69	relacionada	estructurada	NO	3	Ausente
258	4	16	hombre	F. Nuclear	22	43	65	relacionada	estructurada	NO	1	Ausente
259	4	16	hombre	F. Compuesta	22	36	58	Semirrelacionada	estructurada	NO	3	Ausente
260	4	16	mujer	F. Compuesta	20	43	63	relacionada	estructurada	NO	10	Leve
261	4	16	hombre	F. Compuesta	22	35	57	Semirrelacionada	estructurada	NO	4	Ausente
262	4	16	hombre	F. Compuesta	30	42	72	relacionada	caótica	SI	6	Ausente
263	4	16	mujer	F. Compuesta	20	25	45	No relacionada	estructurada	SI	28	Moderado
264	4	16	mujer	F. Nuclear	28	43	71	relacionada	flexible	NO	7	Ausente
265	4	16	hombre	F. Compuesta	28	42	70	relacionada	flexible	NO	10	Leve
266	4	16	hombre	F. Compuesta	34	41	75	relacionada	caótica	SI	16	Leve
267	4	16	hombre	F. Nuclear	30	36	66	Semirrelacionada	caótica	SI	17	Leve
268	4	16	hombre	F. Nuclear	26	30	56	No relacionada	flexible	SI	12	Leve
269	4	15	hombre	F. Compuesta	29	29	58	No relacionada	caótica	SI	18	Leve
270	4	15	mujer	F. Compuesta	30	31	61	No relacionada	caótica	SI	29	Moderado

código	Grado	Edad	sexo	Estructura familiar	Puntaje Adaptabilidad	Puntaje Cohesión	Puntaje total FACES	TIPO DE COHESIÓN FAMILIAR	TIPO DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR	DISFUNCION FAMILIAR	PUNTAJE TOTAL BECK	TIPO DE DEPRESIÓN
271	4	15	mujer	F. Nuclear	22	41	63	relacionada	estructurada	NO	0	Ausente
272	4	15	mujer	F. Compuest	12	19	31	No relaciona	rigida	SI	16	Leve
273	4	16	hombre	F. Compuest	23	40	63	Semirrelacio	estructurada	NO	0	Ausente
274	4	16	hombre	F. Monopare	14	46	60	aglutinada	rigida	SI	8	Ausente
275	4	16	hombre	F. Nuclear	27	43	70	relacionada	flexible	NO	13	Leve
276	4	15	hombre	F. Nuclear	44	49	93	aglutinada	caótica	SI	0	Ausente
277	4	16	hombre	F. Compuest	48	44	92	relacionada	caótica	SI	19	Moderado
278	4	15	hombre	F. Nuclear	28	49	77	aglutinada	flexible	SI	5	Ausente
279	4	16	mujer	F. Nuclear	44	32	76	relacionada	caótica	SI	4	Ausente
280	4	15	hombre	F. Nuclear	28	39	67	Semirrelacio	flexible	NO	15	Leve
281	4	15	hombre	F. Nuclear	32	29	61	No relaciona	caótica	SI	0	Ausente
282	4	16	hombre	F. Nuclear	22	44	66	relacionada	estructurada	NO	4	Ausente
283	4	16	mujer	F. Nuclear	31	28	59	No relaciona	caótica	SI	9	Ausente
284	4	16	mujer	F. Compuest	28	47	75	aglutinada	flexible	SI	3	Ausente
285	4	15	mujer	F. Nuclear	23	36	59	Semirrelacio	estructurada	NO	22	Moderado
286	4	15	hombre	F. Nuclear	26	45	71	relacionada	flexible	NO	5	Ausente
287	4	15	mujer	F. Compuest	34	47	81	aglutinada	caótica	SI	36	Grave
288	4	16	mujer	F. Nuclear	29	36	65	Semirrelacio	caótica	SI	23	Moderado
289	4	15	hombre	F. Compuest	24	40	64	Semirrelacio	estructurada	NO	0	Ausente
290	4	16	mujer	F. Nuclear	25	25	50	No relaciona	flexible	SI	19	Moderado
291	4	16	mujer	F. Nuclear	30	40	70	Semirrelacio	caótica	SI	4	Ausente
292	4	16	hombre	F. Nuclear	24	47	71	aglutinada	estructurada	SI	1	Ausente
293	4	16	mujer	F. Nuclear	30	40	70	Semirrelacio	caótica	SI	10	Leve
294	4	16	mujer	F. Monopare	16	29	45	No relaciona	rigida	SI	18	Leve
295	4	16	mujer	F. Nuclear	24	38	62	Semirrelacio	estructurada	NO	5	Ausente
296	4	15	hombre	F. Nuclear	23	23	46	No relaciona	estructurada	SI	26	Moderado
297	4	15	mujer	F. Compuest	27	40	67	Semirrelacio	flexible	NO	7	Ausente
298	4	16	hombre	F. Nuclear	34	44	78	relacionada	caótica	SI	24	Moderado
299	4	15	mujer	F. Monopare	23	31	54	No relaciona	estructurada	SI	14	Leve
300	4	15	hombre	F. Compuest	24	45	69	relacionada	estructurada	NO	13	Leve
301	5	17	hombre	F. Compuest	24	40	64	Semirrelacio	estructurada	NO	0	Ausente
302	5	17	mujer	F. Compuest	28	47	75	aglutinada	flexible	SI	3	Ausente
303	5	17	mujer	F. Nuclear	23	36	59	Semirrelacio	estructurada	NO	22	Moderado
304	5	17	hombre	F. Nuclear	26	45	71	relacionada	flexible	NO	5	Ausente
305	5	16	mujer	F. Compuest	34	47	81	aglutinada	caótica	SI	36	Grave
306	5	16	mujer	F. Nuclear	29	36	65	Semirrelacio	caótica	SI	23	Moderado
307	5	16	hombre	F. Nuclear	28	48	76	aglutinada	flexible	SI	11	Leve
308	5	17	hombre	F. Nuclear	32	42	74	relacionada	caótica	SI	5	Ausente
309	5	17	hombre	F. Compuest	29	34	63	aglutinada	caótica	SI	8	Ausente
310	5	17	hombre	F. Nuclear	25	44	69	relacionada	flexible	NO	7	Ausente
311	5	17	mujer	F. Compuest	24	45	69	relacionada	estructurada	NO	3	Ausente
312	5	16	hombre	F. Nuclear	22	43	65	relacionada	estructurada	NO	1	Ausente
313	5	16	hombre	F. Compuest	22	36	58	Semirrelacio	estructurada	NO	3	Ausente
314	5	16	mujer	F. Compuest	20	43	63	relacionada	estructurada	NO	10	Leve
315	5	17	hombre	F. Compuest	22	35	57	Semirrelacio	estructurada	NO	4	Ausente
316	5	16	hombre	F. Compuest	30	42	72	relacionada	caótica	SI	6	Ausente
317	5	16	mujer	F. Compuest	20	25	45	No relaciona	estructurada	SI	28	Moderado
318	5	16	mujer	F. Nuclear	28	43	71	relacionada	flexible	NO	7	Ausente
319	5	16	hombre	F. Compuest	28	42	70	relacionada	flexible	NO	10	Leve
320	5	16	hombre	F. Compuest	34	41	75	relacionada	caótica	SI	16	Leve
321	5	17	hombre	F. Nuclear	30	36	66	Semirrelacio	caótica	SI	17	Leve
322	5	16	hombre	F. Nuclear	26	30	56	No relaciona	flexible	SI	12	Leve
323	5	16	hombre	F. Compuest	29	29	58	No relaciona	caótica	SI	18	Leve
324	5	17	mujer	F. Compuest	30	31	61	No relaciona	caótica	SI	29	Moderado
325	5	16	mujer	F. Nuclear	22	41	63	relacionada	estructurada	NO	0	Ausente
326	5	17	mujer	F. Compuest	12	19	31	No relaciona	rigida	SI	16	Leve
327	5	16	hombre	F. Compuest	23	40	63	Semirrelacio	estructurada	NO	0	Ausente
328	5	17	hombre	F. Monopare	14	46	60	aglutinada	rigida	SI	8	Ausente
329	5	16	hombre	F. Nuclear	27	43	70	relacionada	flexible	NO	13	Leve
330	5	16	hombre	F. Nuclear	44	49	93	aglutinada	caótica	SI	0	Ausente
331	5	16	hombre	F. Compuest	48	44	92	relacionada	caótica	SI	19	Moderado
332	5	16	hombre	F. Nuclear	28	49	77	aglutinada	flexible	SI	5	Ausente
333	5	17	mujer	F. Nuclear	44	32	76	relacionada	caótica	SI	4	Ausente
334	5	16	hombre	F. Nuclear	28	39	67	Semirrelacio	flexible	NO	15	Leve
335	5	17	hombre	F. Nuclear	32	29	61	No relaciona	caótica	SI	0	Ausente
336	5	17	hombre	F. Nuclear	22	44	66	relacionada	estructurada	NO	4	Ausente
337	5	17	mujer	F. Nuclear	31	28	59	No relaciona	caótica	SI	9	Ausente
338	5	17	mujer	F. Nuclear	15	35	50	Semirrelacio	rigida	SI	13	Leve
339	5	17	mujer	F. Compuest	31	46	77	aglutinada	caótica	SI	14	Leve
340	5	17	hombre	F. Nuclear	28	41	69	relacionada	flexible	NO	12	Leve
341	5	17	hombre	F. Compuest	28	35	63	Semirrelacio	flexible	NO	4	Ausente
342	5	17	hombre	F. Nuclear	44	28	72	relacionada	flexible	NO	22	Moderado
343	5	17	mujer	F. Nuclear	19	46	65	aglutinada	rigida	SI	7	Ausente
344	5	17	hombre	F. Monopare	31	45	76	relacionada	caótica	SI	7	Ausente
345	5	17	hombre	F. Nuclear	23	33	56	No relaciona	estructurada	SI	6	Ausente
346	5	17	hombre	F. Nuclear	17	35	52	Semirrelacio	rigida	SI	1	Ausente
347	5	17	mujer	F. Compuest	31	37	68	Semirrelacio	caótica	SI	18	Leve
348	5	17	mujer	F. Nuclear	19	24	43	No relaciona	rigida	SI	29	Moderado
349	5	17	hombre	F. Nuclear	20	39	59	Semirrelacio	estructurada	NO	11	Leve
350	5	17	hombre	F. Compuest	31	50	81	aglutinada	caótica	SI	1	Ausente
351	5	17	mujer	F. Compuest	32	29	61	No relaciona	caótica	SI	29	Moderado
352	5	17	mujer	F. Compuest	33	47	80	aglutinada	caótica	SI	9	Ausente
353	5	17	mujer	F. Nuclear	25	32	57	No relaciona	flexible	SI	25	Moderado
354	5	17	mujer	F. Nuclear	28	41	69	relacionada	flexible	NO	29	Moderado
355	5	17	mujer	F. Nuclear	20	46	66	aglutinada	estructurada	SI	6	Ausente
356	5	16	mujer	F. Nuclear	30	37	67	Semirrelacio	caótica	SI	14	Leve
357	5	16	mujer	F. Nuclear	27	32	59	No relaciona	flexible	SI	27	Moderado
358	5	17	hombre	F. Compuest	35	28	63	No relaciona	caótica	SI	31	Grave
359	5	17	mujer	F. Compuest	27	43	70	relacionada	flexible	NO	19	Moderado
360	5	16	mujer	F. Nuclear	26	24	50	No relaciona	flexible	SI	23	Moderado
361	5	16	hombre	F. Compuest	37	41	78	relacionada	caótica	SI	25	Moderado
362	5	17	mujer	F. Compuest	24	47	71	aglutinada	estructurada	SI	8	Ausente
363	5	17	hombre	F. Compuest	26	33	59	No relaciona	flexible	SI	16	Leve
364	5	16	hombre	F. Nuclear	29	32	61	No relaciona	caótica	SI	21	Moderado
365	5	16	mujer	F. Nuclear	25	25	50	No relaciona	flexible	SI	19	Moderado
366	5	17	mujer	F. Nuclear	30	40	70	Semirrelacio	caótica	SI	4	Ausente
367	5	17	hombre	F. Nuclear	24	47	71	aglutinada	estructurada	SI	1	Ausente
368	5	17	mujer	F. Nuclear	30	40	70	Semirrelacio	caótica	SI	10	Leve
369	5	17	mujer	F. Monopare	16	29	45	No relaciona	rigida	SI	18	Leve
370	5	17	mujer	F. Nuclear	24	38	62	Semirrelacio	estructurada	NO	5	Ausente
371	5	17	hombre	F. Nuclear	23	23	46	No relaciona	estructurada	SI	26	Moderado
372	5	16	mujer	F. Compuest	27	40	67	Semirrelacio	flexible	NO	7	Ausente
373	5	16	hombre	F. Nuclear	34	44	78	relacionada	caótica	SI	24	Moderado
374	5	16	mujer	F. Monopare	23	31	54	No relaciona	estructurada	SI	14	Leve
375	5	17	hombre	F. Compuest	24	45	69	relacionada	estructurada	NO	13	Leve