

**Tesis UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL LICENCIADOS EN PSICOLOGÍA**

**TÍTULO
DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE
INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS SECUNDARIA DE
MENORES N° 60027 Y N° 6010227. SAN JUAN
BAUTISTA 2016.**

**PRESENTADO POR:
Bach. Pisc. FIORELLA, SÁNCHEZ NOGUEIRA
Bach. Pisc. GISELA, SÁNCHEZ TORRES**

**ASESOR:
Pisc. OTTO, PEREA TORRES**

IQUITOS-PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Dios por darme salud y fortaleza para lograr cumplir con uno de mis objetivos personales y profesionales

A mi esposo Rodrigo por el apoyo incondicional a mis queridos hijos:

Bill Rodrigo, Tifani Julieth y Golbert Gino quienes siempre han sido fuente de inspiración.

GISELA

A mi madre por su lucha para alcanza mis sueños.

FIORELLA

A todas las personas que nos apoyaron, en darnos un poco de su tiempo para trabajar con nosotros y tuvieron paciencia, para alcanzar nuestro anhelado sueño. GRACIAS.

GISELA Y FIORELLA

AGRADECIMIENTO

- A Dios, por habernos dado la salud y por ende la vida para poder hacer realidad nuestros sueños en haber concluido nuestra carrera Profesional.
- A nuestras familias por su comprensión, paciencia, por el inmenso amor que nos tienen, quienes son nuestras fuerzas y motivo para seguir emprendiendo la tarea de lograr nuestros objetivo.
- Un agradecimiento especial a nuestro asesor Lic. Psic. Otto Perea Torres por la colaboración, por su apoyo, paciencia, confianza y por el tiempo dedicado a este trabajo.
- Agradezco a la Universidad Científica del Perú, a sus maestros que en el andar por la vida influyeron con sus lecciones y experiencias en formarnos como personas profesionales preparadas para enfrentar los retos en el campo laboral.
- A nuestros amigos que siempre estuvieron con nosotros y nos hicieron sentir que la amistad **sí** existe.
- A las Instituciones Educativas de Menores N° 60027 y N° 6010227 del Distrito de San Juan, quienes nos permitieron realizar nuestra investigación y de esta manera poder conocer el problema que presentan los adolescentes que cursan el 5to. Año de secundaria.
- A todas las personas que de alguna manera nos brindaron su apoyo para cumplir con nuestro objetivo.



UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD En la ciudad de Iquitos, a los 19 días del mes de Agosto del 2017, siendo las 07:00 p.m., el Jurado de Tesis designado según Resolución Decanal N° 514-2017-UCP-FCS, de fecha 15 de Setiembre del 2017, con cargo a dar cuenta al Consejo de Facultad integrado por los señores docentes que a continuación se indica:

- | | |
|---|------------|
| ✓ Méd. Jaime Zamudio Zelada. | Presidente |
| ✓ Psic. Juan Alfonso Méndez del Águila. | Miembro |
| ✓ Psic. Alfredo Neyra Cisneros. | Miembro |

Se constituyeron en las instalaciones de la Sala de Sesiones del Consejo Directivo de nuestra Universidad, para proceder a dar inicio al acto de sustentación pública de la Tesis Titulada: "DEPRESION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 5° AÑO DE SECUNDARIA DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PUBLICAS DE MENORES N° 60027 Y N°6010227 DEL DISTRITO DE SAN JUAN DURANTE EL AÑO 2016" de las Bachilleres en Psicología: FIORELLA SANCHEZ NOGUEIRA Y GISELA SANCHEZ TORRES, para optar el Título Profesional de Psicología, que otorga la UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ, de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto General de la UCP vigente.

Luego de haber escuchado con atención la exposición del sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas de forma.....

El Jurado llegó a la siguiente conclusión:

INDICADOR	EXAMINADOR 1	EXAMINADOR 2	EXAMINADOR 3	PROMEDIO
A) Aplicación de la teoría a casos reales		4	4	
B) Investigación Bibliográfica	4	3	3	
C) Competencia expositiva (claridad conceptual, Segmentación, coherencia)	3	3	4	
D) Calidad de respuestas	3	3	3	
E) Uso de terminología especializada	3	3	2	
CALIFICACIÓN FINAL	16	16	16	

RESULTADO:

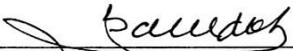
APROBADO POR:..... UNANIMIDAD

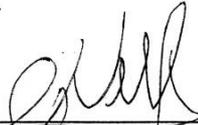
CALIFICACIÓN FINAL (EN LETRAS)..... DIECISEIS

LEYENDA:

INDICADOR	PUNTAJE
DESAPROBADO	Menos de 13 puntos
APROBADO POR MAYORÍA	De 13 a 15 puntos
APROBADO POR UNANIMIDAD	De 16 a 17 puntos
APROBADO POR EXCELENCIA	De 18 a 20 puntos


Psic. Juan Alfonso Méndez del Águila
Miembro


Méd. Jaime Zamudio Zelada
Presidente


Psic. Alfredo Neyra Cisneros.
Miembro

La Universidad Vive en Ti

Av. Abelardo Quiñones Km. 2,5 San Juan Bautista, Iquitos Telf.: (067) 261088-261092

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
PORTADA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ACTA DEL EXAMEN DE SUSTENTACIÓN EN TITULACIÓN	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO	v
ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	10
CAPITULO I	13
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1. Situación de la Problemática	13
1.2. Objetivos	21
1.2.1. Objetivos Generales	21
1.2.2. Objetivos Específicos.....	21
CAPITULO II	23
2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	23
2.1. Investigaciones Nacionales.....	23
2.2. Investigaciones Internacionales	25
3. MARCO CONCEPTUAL.....	29
3.1. Enfoque Teóricos y Explicativos de la Depresión	29
3.2. La Depresión en la Adolescencia.....	35
3.3. Causas de la Depresión en adolescentes	36
3.4. Consecuencia de la Depresión en adolescentes	37

3.5. Síntomas de la Depresión en la adolescencia	39
3.6. Relación de la Depresión y el funcionamiento Familiar en adolescentes ...	41
3.7. Característica de la Familia Funcional	42
3.8. Disfuncionalidad Familiar	45
3.9. Característica de la Funcionalidad Familiar.....	46
3.10. Descripción de los Instrumento a Usar en el Estudio	47
3.10.1. Instrumento de Zung.....	47
3.10.2. Los índices EAD de Zung y su Interpretación.	49
3.10.3. Cuestionario del Funcionamiento Familiar de APGAR.....	49
CAPITULO IV.....	55
4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	55
4.1. Método	55
4.2. Hipótesis	55
4.2.1. Hipótesis General	55
4.2.2. Hipótesis Específicas	55
4.3. Tipo de Investigación	56
4.4. Diseño de Investigación	56
4.5. Población y Muestra de Estudio	58
4.6. Variables de Estudio	58
4.7. Instrumento de Recolección de Datos	58
4.8. Test de Escala de Auto Medición de Depresión de Zung.....	59
4.9. Validez y Fiabilidad del Instrumento.....	59
4.10. Validez y confiabilidad del cuestionario de función familiar - APGAR	60

CAPITULO V.....	62
5. RESULTADOS	62
5.1. Análisis Descriptivos de la Variable Independiente	62
5.2. Resultado para la Contrastación de Hipótesis	73
CAPITULO VI.....	75
6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	75
6.1. Análisis y Discusión de los Resultados	75
6.2. Conclusiones	79
6.3. Recomendaciones	80
6.4. Referencias Bibliográfica	81
6.5. Anexos.....	89
Anexo N° 01 Matriz de Consistencia.....	90
Anexo N° 02 Matriz de Operacionalización de variable	91
Anexo N° 03 Conocimiento Informado	93
Anexo N° 04 Ficha Técnica del Test de Zung	94
Anexo N° 05 Instrumento de Zung	95
Anexo N° 06 Tabla para convertir la suma total en el índice EAMD.....	96
Anexo N° 07 Baremos de ZUNG	97
Anexo N° 08 Parrilla del Test de ZUNG	98
Anexo N° 09 Ficha Técnica de cuestionario de Funcionalidad Familiar.....	99
Anexo N° 10 Test de funcionamiento Familiar APGAR	100
Anexo N° 11 Baremos de APGAR Familiar	101
Anexo N° 12 Fotos	102
Anexo N° 13 Fotos	103
Anexo N° 14 Oficio N° 632-2016-UCP-FCS/D.....	104
Anexo N° 15 Oficio N° 633-2016-UCP-FCS/D.....	105
Anexo N° 16 Nominas de Matricula IE N° 60027.....	106
Anexo N° 17 Nominas de Matricula IE N° 6010227.....	110

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

		Pág.
TABLA N° 01	Nivel de Depresión en Adolescentes de 5° Año Secundaria	62
GRÁFICO 01	Nivel de Depresión en Adolescentes de 5° Año Secundaria	62
TABLA N° 02	Funcionabilidad Familiar en Adolescentes de 5° Año Secundaria....	63
GRÁFICO 02	Funcionabilidad Familiar en Adolescentes de 5° Año Secundaria....	63
TABLA N° 03	Relacionar el Nivel de Depresión y la Funcionabilidad Familiar en Adolescentes de 5° Año Secundaria.....	64
GRÁFICO 03	Relacionar el Nivel de Depresión y la Funcionabilidad Familiar en Adolescentes de 5° Año Secundaria.....	64
TABLA N° 04	Depresión según Sexo en Adolescentes de 5° Año Secundaria	66
GRÁFICO 04	Depresión según Sexo en Adolescentes de 5° Año Secundaria	66
TABLA N° 05	Funcionalidad Familiar según Sexo de Adolescentes de 5° Año Secundaria	68
GRÁFICO 05	Funcionalidad Familiar según Sexo de Adolescentes de 5° Año Secundaria	68
TABLA N° 06	Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes Varones	70
GRÁFICO 06	Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes Varones	70
TABLA N° 07	Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes Mujeres	71
GRÁFICO 07	Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes Mujeres	71
TABLA N° 08	Recálculo de la Tau-b de Kendall de la Relación entre Funcionalidad Familiar y Depresión en forma general y en función del sexo	73

RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre LA Funcionalidad Familiar y la Depresión en Adolescentes de las Instituciones Educativas Publicas de Menores N° 60027 7 6010227 del Distrito de San Juan Bautista durante el año 2016, el método fue cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo, correlacional, el tamaño de la muestra estuvo constituida por 79 estudiantes. Los instrumentos utilizados fueron "Escala de Autovaloración de de Depresión de Zung que tuvieron una validez por el método Delphi 97.64% y 97.5% respectivamente; y confiabilidad de 81.6% y el Cuestionario de APGAR de ambos instrumentos, según el Alfa de Cronbach y la validez de Constructo mediante el análisis Factorial exploratorio. Los datos se analizaron con ayuda del programa estadístico SPSS versión 22. En el análisis univariado, se empleó la estadística descriptiva, a través de frecuencias, porcentajes en tablas y gráficos. Se empleó la estadística inferencial haciendo uso del análisis bivariado, utilizando la prueba de no paramétrica Tau de Kendall, indicada para variables categóricas ordinales, en la relación de las variables en estudio a un $\alpha < 0,05$, como criterio de significancia. De los 79 (100%) estudiantes, el 17,2% (35) adolescentes resultaron con Niveles de Depresión leve a Moderada y el 14,4% () obtuvieron Nivel de Depresión moderada a Intensa a través de la aplicación de instrumento de adaptabilidad de Depresión de Zung. Asimismo se utilizó el Instrumento de APGAR para ver el nivel de Funcionalidad familiar de los adolescentes, se evidencia que del 100% (79) el 12,6% (10), con funcionalidad Normal, el 34,2% (27), con disfunción leve, disfunción moderada 32,9% (26) y con disfunción severa 20,3% (16). Por lo que se puede concluir que existe relación significativa entre los niveles de depresión y la funcionalidad familiar, obteniendo un Tau-b de Kendall =4,458, con $p = 0,0000$ ($p < 0.05$) para la depresión total y la funcionalidad familiar, lo que nos sugiere aceptar la hipótesis general planteada. Así se demostró relación significativa entre el sexo y la funcionalidad familiar (Tau-b de Kendall =3,298), con $p = 0,001$ ($p < 0.05$) para los hombres y Tau-b de Kendall =3,170, con $p = 0,002$ ($p < 0.05$) para las mujeres.

Palabras Claves: Depresión, adolescentes, funcionalidad familiar, genero, disfuncionalidad familiar.

ABSTRACT

The present study aimed to determine the relationship between Family Functionality and Depression in Adolescents of the Public Educational Institutions of Minors No. 60027 7 6010227 of the District of San Juan Bautista, during the year 2016. The method was quantitative, non-experimental, descriptive, correlational, the sample size consisted of 79 students. The instruments used were "Zung Depression Self-Assessment Scale, which were validated by the Delphi method 97.64% and 97.5% respectively; And reliability of 81.6% and the APGAR Questionnaire of both instruments, according to Cronbach's Alpha and the validity of Constructo using the exploratory Factorial analysis. The data were analyzed with the help of the statistical program SPSS version 22. In the univariate analysis, the descriptive statistics were used, through frequencies, percentages in tables and graphs. Inferential statistics were used using bivariate analysis, using the nonparametric Tau test of Kendall. Indicated for ordinal categorical variables, in the relation of the variables under study to a < 0.05 , as a criterion of significance. Of the 79 (100%) students, 17.2% (35) adolescents showed Mild to Moderate Depression Levels and 14.4% () obtained Moderate to Intense Depression Level through the application of Depression Adaptability Zung. The APGAR instrument was also used to see the level of Family Functionality of adolescents, it is evident that from 100% (79) 12.6% (10), with Normal functionality, 34.2% (27), with mild dysfunction, Moderate dysfunction 32.9% (26) and with severe dysfunction 20.3% (16). It can be concluded that there is a significant relationship between depression levels and family function, obtaining a Tau-b of Kendall = 4.458, with $p = 0.0000$ ($p < 0.05$) for total depression and family function, Which suggests us to accept the general hypothesis. Thus, a significant relationship was found between sex and family function (Kendall's Tau-b = 3,298), with $p = 0.001$ ($p < 0.05$) for men and Kendall's Tau-b = 3.170, with $p = 0.002$ ($p < 0.05$) for women.

Keywords: Depression, adolescents, family functionality, gender, family dysfunction.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día la Depresión es la cuarta causa más importante de morbilidad a nivel mundial, 121 millones de personas sufren actualmente de depresión la mujer es la que presenta mayores indicadores de prevalencia respecto a los hombres siendo esta 2 veces más que los hombres.

Para el año 2020 la depresión será uno de los principales problemas de salud pública, es bien sabido que la depresión trae consigo múltiples problemas de como por ejemplo la tristeza, pérdida de interés, placer, sentimiento de culpa, baja autoestima, trastorno de sueño, falta de apetito, de concentración y falta de energía etc. con series de repercusiones en nuestro estado mental respecto a la falta de apetito y falta de estado de ánimo.

La depresión Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es uno de los trastornos de mayor prevalencia en la población, afectando a todas las comunidades en el mundo; los trastornos depresivos comienzan a menudo a temprana edad. En adolescentes de todo el mundo el predominio de la depresión es del 4 al 8 %; a nivel latinoamericano la prevalencia se encuentra entre el 7 y 9 %, mientras que en Colombia se presenta un predominio del 3 al 5 %. Así, la depresión es considerada uno de los problemas psicológicos que más afecta a la población juvenil (OMS, 2012), es un problema que crece y seguirá extendiéndose influenciado esto también por nuestro estilo de vida y cultura respecto a la urbanización y el desarrollo global que crece y se extiende por nuestro actual estilo de vida y cultura sobre todo en los países desarrollados y urbanizados.

La presencia de la depresión en la adolescencia está asociada a problemas de múltiples ámbitos como el de la salud, el laboral y escolar, lo último se puede apreciar de manera clara los efectos de este trastorno en la adolescencia debido a la gran parte del tiempo que los jóvenes pasan en la escuela. En este sentido algunos estudios han encontrado que la presencia de trastornos depresivos está asociados a problemas que influye en la familia y la escuela creando inestabilidad en el adolescente, estos problemas son: bullying, divorcio, violencia familiar, fallecimiento

de uno de los progenitores, etc. No olvidemos que la familia es la célula básica de la sociedad compuesta por personas adultas que educan a los menores de edad brindándoles pautas y recursos que le permitan desarrollarse y explorar el mundo desde la infancia con la finalidad de ser autónomo e interactuar en el mundo a medida que se hagan adultos.

La adolescencia es una etapa de importantes cambios: físicos, emocionales, sexuales y sociales, es normal que los adolescentes cambien de estado emocional entre la felicidad y la tristeza, entre sentirse estúpido e inteligente, estos cambios bruscos que atraviesan los adolescentes pudiendo desencadenar en síntomas de inseguridad y/o depresión, situación que causa inestabilidad en la dinámica familiar, además puede convertirse en fuente de obstáculos en la adaptabilidad del adolescentes y lograr inestabilidad personal, poniendo en riesgo su funcionalidad familiar, lo cual forma un factor de riesgo para el desarrollo normal del adolescente, siendo la familia un factor de protección para su desarrollo normal, la cual brinda pautas y recursos que le permitan su desarrollo normal con la finalidad de ser autónomo e interactuar en el mundo a medida que se hagan adultos. Los cambios no deben visto como algo catastrófico, sino verlo con mucha comprensión, apoyarles y cubrir su necesidad afectiva – emocional logrando que se desenvuelvan con autonomía, que sepan enfrenten las tensiones propios de la edad, sean maduros emocionalmente y que dirijan sus vidas de manera óptima (Callabed, Moraga y Saset, 1997)

En la actualidad hay familias con ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar, hacen que sea disfuncional y existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión, existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida como efecto de una depresión mayor Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela (16). Esta situación podría desencadenar en factor de riesgo pudiendo verse involucrado en problemas sociales: delincuencia, drogadicción,

pandillas, deserción escolar etc. estos problemas se observa a menudo en nuestra sociedad. Es necesario poner atención a los obstáculos que presenta la familia en la cual se están desarrollando los adolescentes, para poder tener un análisis que permita fomentar nuevas estrategias y actividades dentro de programas de atención integral del adolescente. El propósito del presente estudio es determinar la relación a fin de tener base científica que permita adelantar e implementar un proyecto de intervención que aborde el problema de la Depresión y la funcionalidad familiar de los adolescentes de las N° 60027 y la IEP N° 6010227 del distrito de San Juan, durante el año 2017.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. SITUACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

La etapa de la adolescencia es un proceso de cambios físicos y psicológicos que necesitan un soporte familiar óptimo para lograr que los menores crezcan y maduren con autonomía. En nuestro contexto, debido a factores psicosociales, la cohesión y la adaptabilidad familiar se ve alterada, lo cual crea un desbalance en la vida del adolescente y en muchas ocasiones dicho desbalance no es controlado con asertividad⁽¹⁾.

El Ministerio de Salud del Perú ⁽²⁾ informa en relación a las patologías psiquiátricas más frecuentes datos obtenidos mediante la encuesta epidemiológica realizada en Lima Metropolitana por el Instituto Especializado en Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” en el 2002, la cual muestra la prevalencia de vida de 1% para trastornos psicóticos, consideraciones o pensamientos suicidas en el 30.3% de la población encuestada y prevalencia de tendencias violentas en el 30.2% de esa población. El suicidio ocupa el cuarto lugar (8%) como causa de muerte violenta en Lima, siendo la relación de 2:1 entre hombres y mujeres. Los motivos más frecuentes asociados al intento de suicidio son los conyugales (29.6%), los conflictos familiares (27%) y los conflictos sentimentales en un 22.1% entre otros.

¹ Shaffer D. Psicología de desarrollo: Infancia y adolescencia. Madrid: Ed. Thomson; 2000

² Ministerio de Salud del Perú. Plan Nacional de Salud Mental 2005-2010. Lima – Perú; 2005

Así mismo, el Ministerio de Salud del Perú ⁽³⁾ realizó el análisis de situación de salud de las y los adolescentes, detectando entre los problemas psicosociales que los principales factores por las cuales las y los adolescentes intentan suicidarse, son los mismos tanto para la población de la costa, sierra y selva, siendo el principal motivo los problemas con los padres. La familia es el factor protector y puede convertirse en factor de riesgo cuando surgen problemas dentro de ella.

Arenas ⁽⁴⁾, refiere que el Hospital Nacional Hipólito Unanue, recibe muchos adolescentes a través de sus diferentes servicios. El Módulo de MAMIS atiende a los niños y adolescentes víctimas de maltrato y violencia familiar; estos adolescentes evidencian sentimientos de tristeza, inutilidad, molestias físicas, irritabilidad, ansiedad, trastornos del sueño, falta de atención, etc. Los casos pueden deberse a depresión, falta de autoestima o incapacidad para visualizar un futuro mejor; siendo algunos de los factores desencadenantes: el abuso de drogas, el divorcio de los padres, la falta de empleo de los padres y problemas financieros en el hogar, la violencia o abuso familiar, etc.

La meta general es conocer los problemas de emocionales, como la depresión, en los adolescentes y relacionarlo con el nivel de funcionalidad de sus familias, para determinar si existe una relación directa entre ellas, en los adolescentes de 5to año de secundaria de una Institución Educativa Particular.

El tema elegido propone la descripción de la realidad problemática que envuelve el aporte académico del estudio permitiendo que se observen de manera teórica la definición de las variables y en el aspecto práctico la

³ Ministerio de salud del Perú. Análisis de la situación de salud en las o los adolescentes. [Internet].

⁴ Arenas Ayllón S. C. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes [Tesis para optar el título profesional de Psicóloga] UNMSM – Facultad de Psicología. Lima: Perú; 2009

aplicación de instrumentos que permitan conocer y reconocer el tema de la depresión dentro del ámbito familiar en el distrito de Iquitos, con la finalidad de enfocar realidades, problemáticas y situaciones diferentes en el país.

La investigación permite abrir los horizontes teórico - práctico a nuevas y futuras investigaciones relacionadas con el tema elegido. Desde toda óptica, la relación existente entre la depresión y el funcionamiento familiar, es importante reconocer que las funciones universales de la familia el cuidado y el entrenamiento de los padres y todos los miembros de la familia a proteger a los menores de edad, por lo que nuestro estudio permitirá conocer los problemas emocionales como la depresión en los adolescentes y relacionarlo con el nivel de funcionalidad de las familias, determinando si existe relación directa.

Autores como Navarro, Musitu y Herrero ⁽⁵⁾ afirman que la familia es una institución que varía, que se transforma, que se adapta, que se reinventa, que perdura y que puede constituir un elemento central en la organización de la vida y del bienestar propio. Entonces, podemos decir que la familia es una institución que nos permite formar parte de una realidad que se transforma y se adapta a nuestras propias necesidades.

Asimismo, Navarro y Cols. ⁽⁶⁾ manifiestan que la presencia de la familia en la vida de las personas es de vital importancia pues no se remite únicamente a ser la primera fuente de socialización de los hijos, sino que se convierte también en la principal fuente de apoyo a pesar de los conflictos que puedan suscitarse. El afecto y el apoyo dentro del contexto familiar son

⁵ Navarro L. Musitu GG. y Herrero J. Familias y Problemas, un Programa Especializado en Intervención Psicosocial Madrid: Editorial Síntesis; 2007

⁶ Navarro L. Musitu GG. y Herrero J. Familias y Problemas, un Programa Especializado en Intervención Psicosocial Madrid: Editorial Síntesis; 2007.

fundamentales para un adecuado desarrollo psicosocial de los niños y, sin duda, son un elemento clave del bienestar psicosocial.

Cuando la familia comienza a distorsionar su función principal ante la sociedad y antepone a ello los conflictos, actualmente se le etiqueta como familia disfuncional o multiproblemática. Linares, citado por Navarro y cols. (7) comenta que, este último término aparece por primera vez en 1959 en la publicación de Scott *Multiproblem families as a concern to the community*, en referencia a familias que poblaban guetos de las grandes ciudades norteamericanas en las que proliferan problemas sociales como la drogodependencia, conducta criminal o delincuencia, malos tratos, etc. Mientras que Aza, citado por Navarro y cols (8) en su revisión epistemológica ofrece el aporte teórico de Isaac Hoffman en 1952, usando este término para referirse a familias con serios problemas en más de una de las siguientes áreas:

Salud, situación económica y adaptación social, concluyendo que la pobreza y la asistencia social son dos variables que se relacionan con el término "familia multiproblemática". Por otro lado, Minuchin y Montalvo, citados por Navarro y cols(9), clasifican a las familias como familias desconectadas y familias enredadas. Las familias desconectadas son aquellas en que los nexos de relación entre miembros son débiles o inexistentes, que presentan límites poco definidos y permeables, escasa implicación emocional y déficit en la autonomía. Mientras que las familias enredadas se caracterizan por la estrecha relación entre sus miembros, donde los intentos de alguno de ellos

⁷ Navarro L. Musitu GG. y Herrero J. Familias y Problemas, un Programa Especializado en Intervención Psicosocial Madrid: Editorial Síntesis; 2007

⁸ Navarro L. Musitu GG. y Herrero J. Familias y Problemas, un Programa Especializado en Intervención Psicosocial Madrid: Editorial Síntesis; 2007

⁹ Navarro L. Musitu GG. y Herrero J. Familias y Problemas, un Programa Especializado en Intervención Psicosocial Madrid: Editorial Síntesis; 2007

por cambiar provocan una rápida resistencia complementaria por parte de los demás, presentando dificultades en el desarrollo de la individualidad.

Por lo anterior, Navarro y cols. ⁽¹⁰⁾ refieren que el concepto de familia multiproblemática o disfuncional debe ser analizado no sólo en base al contexto socioeconómico, sino en base a los factores de riesgo y de compensación en el funcionamiento familiar teniendo en cuenta que necesidades psicosociales del microsistema familiar se están viendo afectadas (físico-biológicas, afectivas y emocionales, relación e interacción entre sus miembros, pertenencia y necesidades educacionales).

También Horwitz, citado por Barna y cols ⁽¹¹⁾, comenta que la familia con hijos adolescentes ha recibido mucha atención a mediados de los años 80, por los conflictos potenciales que surgían en ella. Los padres deben aceptar el desarrollo físico y psicológico de sus hijos, así como las decisiones personales frente a su futuro académico, laboral y familiar aunque en ocasiones difiera de sus expectativas (explícitas o implícitas). La aceptación de la realidad es difícil tanto para los padres como para los hijos, en estos casos los progenitores pueden reaccionar apoyando a los hijos, manteniendo la comunicación y orientándolos, o cerrándose y tomando una actitud controladora abierta o encubierta.

Desde la perspectiva del adolescente, esta etapa presenta cambios difíciles que les producen ansiedad, confusión, desorientación y hasta ideas de

¹⁰ Navarro L. Musitu GG. y Herrero J. Familias y Problemas, un Programa Especializado en Intervención Psicosocial Madrid: Editorial Síntesis; 2007

¹¹ Barna R. Concha I. Florenzano R. Gonzales, A. Horwitz, N. Maddaleno M. Romero, M. Salazar D. Segovia I. Valdés M. Ventuini G. Villaseca P. y Ringeleng I. Salud familiar. Santiago de Chile: Ed. Corporación de promoción universitaria; 1986.

suicidio. Saset y Batlle, citados por Callabed y cols (¹²), encontraron investigaciones en las que se halla la presencia de factores asociados a la depresión adulta que también se cumplen en los adolescentes. No obstante, Ibarra (¹³) comenta que, a inicios de la adolescencia los posibles síntomas de depresión se enmascaran a través de otros síntomas psicológicos como la fatiga persistente, intranquilidad, preocupaciones por el cuerpo, búsqueda ansiosa de compañía o de aislamiento y comportamiento teatral y es en la etapa final de la adolescencia que la depresión puede manifestarse a través de la sintomatología adulta o formas indirectas como el consumo de droga, promiscuidad sexual y los intentos suicidas.

Blum, citado por Pardo, Sandoval y Umbarilia (¹⁴) comenta que los jóvenes son uno de los grupos etéreos que presentan mayor probabilidad de sufrir una depresión, dada la etapa de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos, que demanda en ellos el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía, éxito individual y social. Pardo y cols (¹⁵). Refieren que los criterios del trastorno depresivo son parecidos entre niños, adolescentes y adultos, de acuerdo al DSM —IV, sólo que en los adolescentes el síntoma característico es el notable cambio de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o problemas de conducta.

¹² Callabed J. Moraga F y Saset J. El Niño y el Adolescente: Riesgos y Accidentes. Batley Saset5 Capitulo IV Pensión en Adolescentes Madrid: Editorial Laertes; 1997

¹³ Ibarra L. ¿Problemas adolescentes o adolescentes problemas? Foro de Acción por los niños del Perú. Universidad de La Habana, Cuba; 2003

¹⁴ Pardo G. Sandoval A. y Umbarilia D. Adolescencia y Depresión. En Revista Colombiana de Psicología 13, 17-32; 2004

¹⁵ Pardo G. Sandoval, A. y Umbarilia, D. Adolescencia y Depresión; 2004

Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela ⁽¹⁶⁾, comentan que existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida como efecto de una depresión mayor. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar, hacen que sea disfuncional y existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión.

Asimismo, Pardo, Sandoval y Umbarilia ⁽¹⁷⁾ comentan en su artículo sobre la Adolescencia y Depresión, que dentro de las variables que se asocian a este trastorno está el factor familiar. Hernández (1996), citado por Pardo y cols. ⁽¹⁸⁾ estudió características de familias clínicas y no clínicas de poblaciones colombianas donde identificó variables relacionadas con el riesgo como son: La escasa o excesiva cercanía afectiva, la disciplina inconsciente, la confusión o caos en la asignación de responsabilidades, el escaso o excesivo control conductual por parte de los padres y los desacuerdos marcados entre los padres respecto a la crianza. Observó además que las familias denominadas no clínicas tienen mayor cohesión, mayor satisfacción y adaptación, además de mejor uso de estrategias de reestructuración para afrontar los problemas y mayor orgullo de pertenecer a la familia.

Por otro lado, Callabed y cols ⁽¹⁹⁾ refieren que las teorías explicativas actuales son de carácter multifactoriales e integran los modelos

¹⁶ Larraguibel M. González P. Martínez V. y Valenzuela R. Factores de Riesgo en la conducta suicida en niños y adolescentes; en Revista Chilena de Pediatría 71(3) 11 – 18; 2000

¹⁷ Pardo G. Sandoval A. y Umbarilia D. Adolescencia y Depresión. En Revista Colombiana de Psicología 13, 17-32; 2004

¹⁸ Pardo, G. y Cols. Adolescencia y Depresión. En Revista Colombiana de Psicología 13, 17-32; 2004

¹⁹ Callabed J. Moraga F Saset J. El Niño y el Adolescente: Riesgos y Accidentes. Batley Saset5 Capitulo IV Pensión en Adolescentes Madrid: Editorial Laertes; 1997

unifactoriales que se han postulado hasta la fecha surgiendo la interacción básica entre dos tipos de factores, los de carácter predisponentes (factores genéticos, temperamentales y experienciales tempranos) y de carácter precipitantes o desencadenantes (biológicos, socioculturales, familiares y/o acontecimientos vitales). Los autores indican que, históricamente se han diferenciado factores explicativos genéticos, biológicos y psicológicos, pero últimamente se pone énfasis en la forma como la familia interacciona. Los niveles de cohesión y adaptabilidad que el adolescente perciba en su hogar son decisivos para tener un adecuado desarrollo emocional, en las familias con reglas muy flexibles y con poco control, o muy rígidas y severas en la disciplina, forman adolescentes con baja autoestima, inseguros e inmaduros para asumir responsabilidades, por lo cual suelen ser propensos a desencadenar un cuadro depresivo ⁽²⁰⁾.

Larraguibel y cols ⁽²¹⁾, Comentan que existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida como efecto de una depresión mayor. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar, hacen que sea disfuncional y existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, el presente estudio está orientado a resolver las siguientes interrogantes.

²⁰ Álvarez M. Ramírez B. Silva A. Coffin N. y Jiménez L. (2009) La relación entre Depresión y Conflictos Familiares en Adolescentes Internacional, *Journal of Psychology and Psychological*.

²¹ Larraguibel M. González P. Martínez V. y Valenzuela R. Factores de Riesgo en la conducta suicida en niños y adolescentes

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVOS GENERAL

Determinar la relación entre el nivel de depresión y la funcionalidad familiar en adolescentes de 5to. Año de Secundaria de las Instituciones Educativas Publicas de Menores N° 60027 y N° 6010227 durante el periodo 2016.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar el nivel de Depresión de los adolescentes de 5to. Año de secundaria de las instituciones educativas N° 60027 y N° 6010227, durante el periodo 2016.
- ❖ Identificar la Funcionalidad Familiar, de los Adolescentes de 5to. Año de Secundaria de las Instituciones Educativas N° 60027 y N° 6010227, durante el periodo 2016.
- ❖ Establecer la relación que existe entre la depresión y el funcionalidad Familiar en Adolescentes de 5to. Año de Secundaria de las Instituciones Educativas N° 60027 y 6010227, durante el 2016.
- ❖ Identificar el Nivel de Depresión según sexo de los Adolescentes, de 5to. Año de Secundaria de las Instituciones Educativas N° 60027 y N° 6010227, durante el 2016.

- ❖ Identificar el Nivel de Funcionalidad Familiar según sexo de los Adolescentes, de 5to. Año de Secundaria de las Instituciones Educativas N° 60027 y N° 6010227, durante el 2016.

- ❖ Establecer la relación existente entre depresión y la funcionalidad familiar en Adolescentes Varones del 5to. Año de Secundaria de las Instituciones Educativas N° 60027 y 6010227, durante el periodo 2016.

- ❖ Relacionar el nivel de depresión y la funcionalidad familiar en Adolescentes Mujeres del 5to. Año de Secundaria de las Instituciones Educativas N° 60027 y 6010227, durante el periodo 2016.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. INVESTIGACIONES NACIONALES

Larraguibel, Gonzales, Martínez y Valenzuela ⁽²²⁾, comentan que existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el Riesgo de la Conducta suicida como efecto de una depresión mayor. la ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar, hacen que sea disfuncional y existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión.

Asimismo, Pardo, Sandoval y Umbarilia ⁽²³⁾, comentan en su artículo sobre la Adolescencia y Depresión, que dentro de las variables que se asocian a este trastorno está el factor familiar. Hernández, citado por Pardo y Cols ⁽²⁴⁾, estudio características de familias clínicas y no clínicas de población colombianas donde identificó variables relacionadas con el riesgo como son: La escasa o excesiva cercanía afectiva, la disciplina inconsciente, la confusión o caos en la asignación de responsabilidades, el escaso o excesivo control conductual por parte de los padres y los desacuerdos marcados entre los padres respecto a la crianza. Observó además que las familias denominadas no clínicas tienen mayor cohesión, mayor satisfacción y adaptación, además de mejor uso de estrategias de reestructuración para afrontar los problemas y mayor orgullo de pertenecer a la familia.

²² Larraguibel M. González P. Martínez V. y Valenzuela R. Factores de Riesgo en la conducta suicida en niños y adolescentes

²³ Pardo G. Sandoval A. y Umbarilia D. Adolescencia y Depresión. En Revista Colombiana de Psicología 13, 17-32; 2004

²⁴ Pardo, G. y Cols. Adolescencia y Depresión. En Revista Colombiana de Psicología 13, 17-32; 2004

Arenas S. (²⁵) en su tesis, titulada: “Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes”, presentada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para obtener el título profesional de psicóloga. Investigación que estudia la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes; se efectuó en una muestra de 63 adolescentes, entre 12 y 17 años, de ambos sexos que asisten al Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el distrito de El Agustino, departamento de Lima. El diseño de la investigación es descriptivo correlacional. Se administró el Cuestionario tetra dimensional de Depresión (CET-DE) para observar presencia o ausencia de depresión, y la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) para conocer el nivel de funcionalidad familiar que perciben en sus hogares, cuya validez de contenido fue estudiada a través del método de evaluación por criterio de jueces. Usando el estadístico Ji cuadrado (χ^2) se halló que la percepción de los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en adolescentes no presenta relación significativa en la muestra estudiada, así mismo dichas variable no se diferencian significativamente según sexo. En cuanto a la relación entre la presencia o ausencia de depresión según el sexo, no se hallaron diferencias significativas.

Huapaya Cáceres y Diana Beatriz (²⁶), en su tesis titulada Factores Asociados a Ideación Suicida en Adolescentes Escolares de 3°, 4° y 5° de Secundaria de instituciones Educativas Publicas del Cono Este de Lima 2009, investigación que estudia factores asociados a Ideación suicida en adolescentes, efectuó en una muestra de 321 escolares entre 16 y 19 años de ambos sexos que asisten a las Instituciones Públicas de Secundaria de

²⁵ Arenas Ayllón S. C. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes [Tesis para optar el título profesional de Psicóloga], UNMSM – Facultad de Psicología. Lima: Perú; 2009

²⁶ Huapaya Cáceres y Diana Beatriz. Tesis titulado Factores Asociados a Ideación Suicida en Adolescentes Escolares de 3°, 4° y 5° de Secundaria de instituciones Educativas Publicas del Cono Este de Lima 2009

Menores. El diseño de investigación es transversal analítico, se aplicó a 321 escolares a través de una encuesta estructurada tipo cuestionario para ser administrada y separada en sesiones: Disfunción, familiar, Depresión, ideación suicida, rasgos disociales, riesgo alto de alcoholismo y conflicto de pareja, resultados: 83,1% presentó bajo nivel de ideación suicida, 14,3% nivel medio y 2,6% nivel alto. Con el análisis multivariado la depresión y la edad de 16 a 19 años demostraron tener asociación significativa con la ideación suicida. Conclusiones: Los resultados del presente estudio demuestran que existe asociación significativa entre la ideación suicida con la sintomatología depresiva y el rango de edad de 16 a 19 años. Los síntomas depresivos presentes fueron el factor de riesgo más fuertemente asociado en el actual estudio, avalando lo encontrado en la mayoría de trabajos alrededor de la ideación suicida.

2.2. INVESTIGACIONES INTERNACIONALES

Suárez E. ⁽²⁷⁾ en su tesis: “Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública”, presentada en la Universidad de Chile para obtener el grado de Magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica. investigación que se centró en determinar la relación entre las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y el Estilo de Funcionamiento Familiar en adolescentes entre 15 y 18 años, de ambos sexos, con diagnóstico de Depresión atendidos en Centros de Salud Pública. Se empleó una metodología cuantitativa, diseño no experimental de cohorte transversal. Se utilizó una muestra de 40 adolescentes de la Región Metropolitana y Región de Atacama. Se aplicó el Cuestionario KIDSCREEN – 52 y Escala de Estilo de Funcionamiento Familiar de Dunst, Trivette y Deal. Los hallazgos señalan que los

²⁷ Suárez E. Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública. [Tesis para obtener el Grado de Magíster en Psicología Clínica], Universidad de Chile; 2013

adolescentes de esta muestra indican niveles bajos de CVRS, con una significativa relación con la percepción que éstos tienen de la funcionalidad familiar. Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en las dimensiones Autonomía y Amigos y Apoyo Social del constructo CVRS. En conclusión, se aprecia que los adolescentes con depresión auto reportan bajos niveles en su Calidad de Vida Relacionada con la Salud y perciben que su familia posee aspectos debilitados en su funcionamiento familiar, contando con escasos recursos intra y extra familiares. Estos resultados aportan evidencia sobre la importancia de obtener un tratamiento integral, que no apunte únicamente a lo sindromático, sino también a la funcionalidad, otorgando una noción esencial en el quehacer clínico infanta juvenil.

Villalobos L., Álvarez A., Torres A., Leal J., Abreu P. y Fernández R. ⁽²⁸⁾ en su tesis titulada: “Nivel de conocimiento de la depresión en los adolescentes en ciclo diversificado de la unidad educativa maestro Orlando Enrique Rodríguez” - 2012 Venezuela tiene como objetivo principal determinar los Niveles de depresión y Ansiedad en Adolescentes que permita conocer las causas, tipos de la depresión en los adolescentes, basado que hoy en día afecta a un gran número de adolescentes razón por la cual es necesario realizar la investigación acerca de las causas que conllevan a estar en depresión, se realizó esta investigación para aportar información a la comunidad educativa de cómo poder identificar la depresión, beneficiándose todas aquellas personas y grupos familiares donde miembro de nuestra comunidad se desenvuelvan, la población estuvo conformada por 70 estudiantes del ciclo diversificado, en edades comprendidas entre los 14 y 17 años, de la cursantes del cuarto año de

²⁸ Villalobos L. Álvarez A. Torres S. Leal J. Abreu Fernández R. Nivel de conocimiento de la depresión en los adolescentes en ciclo diversificado de la Unidad Educativa Maestro Orlando Enrique Rodríguez. [Tesis], República Bolivariana de Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Educación, Unidad Educativa “Maestro Orlando Enrique Rodríguez”, San Francisco-Edo Zulia; 2012

educación diversificada en la Unidad Educativa “U.E Maestro Orlando Enrique Rodríguez” la finalidad de esta investigación Presenta un aporte metodológico ya que da una utilidad informativa para toda la comunidad educativa, U.E „Maestro Orlando Enrique Rodríguez”.

: La muestra quedó conformada por 40 estudiantes del cuarto año de educación Diversificada. La Investigación tuvo como finalidad, determinar los niveles de ansiedad y Depresión en hombres y mujeres homosexuales del Municipio Maracaibo. El tipo de investigación es descriptivo de campo, con un diseño no experimental transaccional –descriptivo. Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional, quedando constituida la muestra por 44 hombres y 31 mujeres homosexuales residentes del Municipio de Maracaibo con edades comprendidas entre los 18 y 35 años, que expresan su homosexualidad en forma abierta. Los resultados obtenidos arrojan que las mujeres víctimas de violencia doméstica que participaron en esta investigación poseen un rango normal o una no depresión, al igual que sus niveles de ansiedad predominante es baja y la adaptación cognitiva.

Luna A. (29) en su tesis: “Funcionamiento familiar, conflictos con los padres y satisfacción con la vida de familia en adolescentes bachilleres”, presentada en la Universidad del Valle de Atemajac, en el 2012, el objetivo del estudio fue examinar en qué medida el funcionamiento del sistema familiar puede modular el efecto de los conflictos con los padres sobre los niveles de satisfacción familiar de los adolescentes. La muestra (N = 204) estuvo compuesta por estudiantes bachilleres con edades entre 15 y 19 años quienes respondieron la Escala de conflicto familiar en la adolescencia la Escala de Funcionamiento Familiar (FACES-20esp) (y la Escala de Satisfacción con la Vida de Familia. Un análisis de Regresión múltiple mostró una contribución significativa de la Cohesión y de la Frecuencia de

²⁹ Luna A. Funcionamiento Familiar conflictos con los padres y satisfacción con la vida de familia en adolescentes bachilleres de la Universidad del Valle de Atemajac, [Tesis]; 2012

conflictos sobre la Satisfacción familiar. Con base en ello, un Análisis de Varianza univariado permitió identificar que el efecto de la Frecuencia de conflictos sobre la Satisfacción familiar depende del grado de Cohesión familiar. Se discuten estos y otros resultados en el marco de la controversia, presente en la literatura, sobre los posibles efectos positivos o negativos del conflicto paterno-filial en la adolescencia.

Toro Sánchez A., Córdova Toro M.⁽³⁰⁾ en su Tesis titulada Depresión y su relación con el (genero), sexo en un grupo de Adolescentes de la Localidad de Bosa Colombia, presentado en la Universidad de la Sabana Colombia en el 2010, para obtener el Grado de Magister en Psicología, con mención en psicología Clínica. Investigación que se centró en determinar si existe relación entre el Sexo y síntomas específicos de la Depresión en un grupo de Adolescentes pertenecientes a la localidad de Bosa, en Bogotá, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck a un grupo de 111 adolescentes, 57 mujeres y 54 hombres, entre las edades de 13 y 17 años. Se utilizó un diseño no experimental de tipo descriptivo Transeccional. Los resultados evidencian presencia de Depresión en 55% de hombres y 75% en mujeres, en diferentes niveles de intensidad. Sin embargo, no se encuentran (diferencias) relaciones significativas de sexo en cuanto a los síntomas presentados; a excepción de los pensamientos o deseos de suicidio que fueron manifestados por el doble del hombre que de mujeres.

³⁰ (30)toro sanchez, A, cordova toro (Depresion y su relación con el (genero) sexo tesis año 2010

3. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

3.1. ENFOQUES TEÓRICO Y EXPLICATIVO DE LA DEPRESIÓN

Según María Soledad Beato ⁽³¹⁾, la depresión es un trastorno conocido desde hace mucho tiempo. Su presencia se detectó hace siglos, encontrándose descritos casos desde hace 3000 años. A pesar de todo, no se tiene una definición clara, creyéndose que, al igual que pasa con otros trastornos psicológicos, se trata de un continuo sintomático que va desde el decaimiento pasajero a la depresión crónica.

Es así que, por el momento, no existe una definición clara de lo que se entiende por depresión. La citada autora, propone una definición en la cual se incluyen los factores predisponentes y precipitantes que, desde su punto de vista, ayudan a una mejor y más completa comprensión de la misma.

La depresión sería un estado de tristeza patológica que surgiría del entrecruzamiento de factores predisponentes y precipitantes. Los primeros presentarían la vulnerabilidad psicológica y genética que influiría en el desencadenamiento o facilitación de este cuadro clínico, mientras que los precipitantes harían referencia a las circunstancias del medio ambiente que serían capaces de activar las vulnerabilidades del individuo. ⁽³²⁾

En alguna medida, las circunstancias ambientales y los resultados negativos son inherentes al ser humano, es decir, en el transcurrir de la vida todos los individuos pasan por situaciones negativas, pero no por ello todos sufren depresión. La vulnerabilidad psicológica puede dar cuenta del porqué de este hecho. De acuerdo con las orientaciones cognitivas de la personalidad,

³¹ Beato, María Soledad. Explicaciones teóricas de la depresión: del conductismo al cognitivismo. En Revista de Historia de la Psicología 1993, vol. 12, N° 3, 4, pág. 385

³² Beato, María Soledad. Explicaciones teóricas de la depresión: del conductismo al cognitivismo. En Revista de Historia de la Psicología 1993, vol. 12, N° 3, 4, pág. 385

las personas pueden mantener determinadas cogniciones que les hacen estar más predispuestos a la depresión. Por ejemplo, la teoría atribucional de la indefensión aprendida ⁽³³⁾, postula la existencia de un estilo atribucional depresivo caracterizado por la tendencia de los sujetos a atribuir las consecuencias negativas a causas internas, estables y globales, y las consecuencias positivas a causas externas, inestables y específicas. Sería más probable que los individuos con este estilo atribucional depresivo formasen expectativas y, a su vez, síntomas depresivos. ⁽³⁴⁾

Para la mayor parte de los estudiosos está claro que en la depresión intervienen variables de origen diverso (ambientales, bioquímicas, genéticas). Si no fuese así no podríamos explicar por qué situaciones externas concretas son capaces de poner en marcha cuadros depresivos de tipo endógeno, aunque no todos los autores dan igual importancia a las variables que influyen en la génesis de la depresión, de ahí que surjan diferentes teorías explicativas.

Beato ⁽³⁵⁾, precisa que el cambio de una teoría conductista hacia una teoría cognitivista en el estudio de la depresión debería considerarse como un caso concreto de la propia evolución que se experimenta de un paradigma conductista hacia un paradigma cognitivista, llegando en la actualidad a un predominio de los enfoques cognitivos de la depresión.

A partir de los años 30, el conductismo fue sustituyendo a otras escuelas llegando a dominar, en la década de los 40, el ámbito de la psicología. Con la llegada de éste, los procesos cognitivos superiores desaparecieron casi

³³ Abramson, L.Y. Soligman, M.E.P. y Teasdale, J. D. Learned helplessness in human. In humans. Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-64

³⁴ Beato, María Soledad. Explicaciones teóricas de la depresión: del conductismo al cognitivismo. En *Revista de Historia de la Psicología* 1993, vol. 12, N° 3, 4, pág.385 – 394

³⁵ Beato, María Soledad. Explicaciones teóricas de la depresión: del conductismo al cognitivismo. En *Revista de Historia de la Psicología* 1993, vol. 12, N° 3, 4, pág. 385 – 394

por completo del ámbito de la investigación académica puesto que quien se ocupase de las categorías mentales era situado fuera del ámbito de la ciencia.

El conductismo delimitó clara y operativamente su objeto de estudio, concretamente se ocupó de las conductas observables, y las analizaba partiendo del supuesto de que el hombre desempeña un papel pasivo. Pero, como es bien sabido, cuando un individuo realiza determinadas conductas, como por ejemplo solucionar problemas, resulta muy difícil explicar éste a partir de una simple ejecución mecánica y sería necesario acudir a los procesos internos al sujeto para una explicación más completa y correcta. Además, y según se ha podido comprobar con las investigaciones llevadas a cabo por los psicólogos cognitivos, la exclusión de lo que no es directamente observable no es algo absolutamente necesario para una interpretación científica de la conducta, sino una limitación grave.

En relación a las conductas depresivas, el conductismo ha esbozado diferentes hipótesis explicativas aunque todas ellas han enfatizado las conductas observadas en los depresivos, evitando tratar cualquier proceso interno al sujeto como elemento explicativo de la depresión. La primera hipótesis fue enunciada en la década sesenta por Ferster en 1965 ⁽³⁶⁾, quien puso el acento sobre la conducta depresiva y propuso un modelo explicativo según un esquema operante. Este autor definió la depresión como una reducción de la frecuencia de las conductas adaptativas que podrían ser reforzadas positivamente. Esta reducción conducible, a su vez, a la disminución de reforzamientos positivos de las conductas adaptativas que acabarían por extinguirse.

³⁶ Ferster, C.B. Classification behavioral pathology. En L. Krasner y L.P. Uilmann (Eds.). Research in behavior modification. Holt, Rinehart y Winston. New York

Pero el modelo conductual de la depresión más conocido fue propuesto por Lewinsohn, Weinstein y Shaw (1969), quienes atribuyen el desarrollo y el mantenimiento de la depresión a una reducción prolongada de los reforzadores sociales positivos. En un principio, una baja tasa de reforzamientos positivos produce unos descensos de la frecuencia de las conductas motoras y verbales seguido de la instalación de conductas depresivas y de sentimientos disfóricos. Después, la atención, el interés y la simpatía, es decir, las reacciones del medio social dirigidas a las personas deprimidas, consolidan mantienen estas conductas depresivas ⁽³⁷⁾.

Este modelo fue posteriormente completado por Lewinsohn y Libet (1972) postulando que las habilidades sociales de los sujetos deprimidos, o sea la capacidad de emitir conductas que serán reforzadas positivamente por los otros, son inadecuadas comparándolas con las de sujetos no deprimidos y, además, son una parte importante en el origen de las conductas depresivas ⁽³⁸⁾ ⁽³⁹⁾. Este déficit en habilidades sociales sería la condición antecedente que produciría una pérdida o un bajo nivel de reforzamientos positivos. A su vez, este último actuaría e licitando un estado afectivo de disforia con todas sus características.

A este modelo se le conoce como modelo “re-po-co-res” porque enfatiza el bajo nivel de reforzamiento positivo contingente a las respuestas del sujeto. Este sería el factor ambiental desencadenante de la depresión, provocando síntomas como disforia, culpa, fatiga, poca actividad y otros síntomas somáticos ⁽⁴⁰⁾.

Como se podrá observar, este modelo además de centrarse en la conducta observable, hace hincapié únicamente en los síntomas somáticos

³⁷ Lewinsohn, P.M., Weinstein, M.S. y Shaw, D. Depression a clinical research. En R. Rubin y C. Franks (Eds.). *Advances in behavior Therapy*, Academic Press.

³⁸ Lewinsohn, P.M., Weinstein, M.S. y Alper, T. A behavioral Approach to the treatment of depressed persona: a methological contribution. *Journal of Clinical Psychology*, 26, 525 – 532

³⁹ Libet, J. y Lewinsohn, P.M. Concept of social skill whit special reference to the behavior of depressed persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 204 – 312

⁴⁰ Lewinsohn, P.M. A behavioral approach to depression. En R.M.Friedman y M.M. Katz (Eds.) *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*. Winston – Wiley – Washington, 1974.

olvidándose por completo de otros síntomas como, por ejemplo, los síntomas afectivos, motivacionales o cognitivos. Pero, ¿qué pasa con los factores predisponentes? Los modelos conductistas explicativos e la depresión no tienen en cuenta los predisponentes de la personalidad como podrían ser los estilos cognitivos depresogénicos y, son fundamentales para comprender mejor la génesis de la depresión. No quiere decir que el ambiente no sea importante sino que es necesario un cierto estilo cognitivo para que esos factores ambientales puedan tener su efecto ⁽⁴¹⁾.

Para los modelos conductistas la depresión puede explicarse por la disminución de los reforzamientos positivos que llevan a la extinción de las conductas adaptativas y que se acompañan del aprendizaje de conductas depresivas (astenia, pérdida de la actividad motora y verba, sentimientos de tristeza y de incapacidad, etc.)

Al mismo tiempo que los modelos conductistas eran dominantes en la psicología, una serie de científicos empezaron a interesarse por las cogniciones como determinantes de la conducta humana. Pero fue en 1956 cuando se produjo la aceptación de la ciencia cognitiva. En la década de los 60, se produjo un incremento en los trabajos en psicología cognitiva siendo su objetivo el estudio de los procesos cognitivos, la mediación integradora de la experiencia y de la situación estimular, en definitiva estudia el papel de los procesos cognitivos en la determinación de la conducta, o dicho de otro modo, analiza los procesos mediadores de interpretación del medio y organización de la conducta, pero esto lo hace con datos objetivos ⁽⁴²⁾.

La psicología cognitiva intenta explicar los procesos intermedios (interiores al sujeto) y le interesan especialmente los procesos cognitivos como son la

⁴¹ Beato, María Soledad. Explicaciones teóricas de la depresión: del conductismo al cognitivismo. En Revista de Historia de la Psicología, vol. 12, N° 3, 4, pág. 385 – 394, 1993

⁴² Beato, María Soledad. Explicaciones teóricas de la depresión: del conductismo al cognitivismo. En Revista de Historia de la Psicología, vol. 12, N° 3, 4, pág. 385 – 394, 1993

percepción, atención, codificación, memoria, toma de decisión, pensamiento y lenguaje. En relación a la depresión, estos modelos hacen hincapié en sus aspectos cognitivos, centrándose también en los síntomas cognitivos que de ella se derivan. ⁽⁴³⁾

Adolescencia como Constructo social Papalia⁽⁴⁴⁾ sostiene que la adolescencia es un constructo social. En las sociedades preindustriales, los niños entraban al mundo adulto cuando maduraban en sentido físico o cuando comenzaban a trabajar como aprendices en una vocación. No fue sino hasta el siglo XX que la adolescencia se definió en el mundo occidental como una etapa vital independiente. En la actualidad, la adolescencia es universal (apartado 15-1). En la mayoría del mundo, el ingreso a la adolescencia requiere más tiempo y es menos evidente que en el pasado. La pubertad comienza antes de lo que solía ocurrir; no obstante, el ingreso a una vocación ocurre después y con frecuencia requiere periodos más largos de instrucción educativa y de capacitación vocacional para prepararse para las responsabilidades adultas.

ADOLESCENCIA: UN MOMENTO DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES⁽⁴⁵⁾

La adolescencia temprana (aproximadamente 11 a 14 años) ofrece oportunidades para el crecimiento, no sólo en las dimensiones físicas sino también en competencia cognitiva y social, autonomía, autoestima, e intimidad. Este periodo también conlleva riesgos. Algunos jóvenes tienen problemas para manejar todos estos cambios a la vez y es posible que necesiten ayuda para superar los riesgos que encuentran a lo largo del camino.

⁴³ Beato, María Soledad. Explicaciones teóricas de la depresión: del conductismo al cognitivismo. En Revista de Historia de la Psicología, vol. 12, N° 3, 4, pág. 385 – 394, 1993

⁴⁴Diane E. Papalia en su libro psicología de desarrollo de la adolescencia - 2012

⁴⁵Diane E. Papalia en su libro psicología de desarrollo de la adolescencia - 2012

TEORIA ESTRUCTURAL DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Principal exponente es Minuchin (1977)⁽⁴⁶⁾ se refiere a la familia como sistema que tiene una estructura dada por los miembros que la componen y las pautas de interacción que se repiten; la estructura le da la forma a la organización.

La estructura del sistema familiar es relativamente fija y estable para ayudar a la familia en el cumplimiento de tareas, protegerla del medio externo y darle sentido de pertenencia a sus integrantes. Pero a su vez, debe ser capaz de adaptarse a las etapas del desarrollo evolutivo y a las distintas necesidades de la vida facilitando así el desarrollo familiar y los procesos de individuación.

La propuesta estructural de Minuchin permite establecer el funcionamiento familiar con base en el manejo de sus límites. Los límites son las reglas que determinan qué miembros de la familia y de qué manera participan en una determinada transacción, por ejemplo, quién participa en decisiones como en qué se utiliza el presupuesto familiar y de qué forma lo hacen. Su función es proteger la diferenciación del sistema y sus subsistemas.

3.2. LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

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

⁴⁶ Salvador Minuchin 1977 - Terapia Familiar Estructural

abuso de sustancias. También puede conducir a un aumento en el riesgo de suicidio. ⁽⁴⁷⁾ ⁽⁴⁸⁾

Un estudio clínico financiado por el NIMH que abarcó a 439 adolescentes con depresión grave descubrió que una combinación de medicación y psicoterapia era la opción de tratamiento más efectiva. ⁽⁴⁹⁾ Otras investigaciones financiadas por el NIMH están desarrollando y probando maneras de prevenir el suicidio en niños y adolescentes, incluyendo diagnóstico y tratamiento tempranos y un mejor entendimiento del pensamiento suicida.

3.3. CAUSAS DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

No existe una causa única conocida de la depresión. Más bien, esta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos.

Investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. Las tecnologías para obtener imágenes del cerebro, tales como las imágenes por resonancia magnética, han demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce diferente del de quienes no la padecen. Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito, y comportamiento parecen no funcionar con normalidad. ⁽⁵⁰⁾

⁴⁷ Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, Klier CM, Ryan ND, Dahl RE, Wichramaratne P. Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, 1999; 281(18): 1701-1713.

⁴⁸ Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 1996; 53(4): 339-348.

⁴⁹ March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, Burns B, Domino M, McNulty S, Vitiello B, Severe J. Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) team. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2004; 292(7): 807-820.

⁵⁰ Instituto Nacional de la Salud Mental. Depresión.

Además, hay importantes neurotransmisores, sustancias químicas que las células del cerebro utilizan para comunicarse, que parecen no estar en equilibrio. Pero estas imágenes no revelan las causas de la depresión.

Algunos tipos de depresión tienden a transmitirse de generación en generación, lo que sugiere una relación genética. Sin embargo, la depresión también puede presentarse en personas sin antecedentes familiares de depresión. ⁽⁵¹⁾ La investigación genética indica que el riesgo de desarrollar depresión es consecuencia de la influencia de múltiples genes que actúan junto con factores ambientales u otros. ⁽⁵²⁾ Además, los traumas, la pérdida de un ser querido, una relación dificultosa, o cualquier situación estresante puede provocar un episodio de depresión. Episodios de depresión subsiguientes pueden ocurrir con o sin una provocación evidente.

3.4. CONSECUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

No todas las consecuencias de la depresión son negativas. Pero sí es cierto, que los riesgos que corremos cuando estamos sumidos en la depresión nos pueden afectar a nivel emocional y físico. Vamos a evaluar las consecuencias de la depresión para poder estar prevenidos y evitar problemas.

La depresión se caracteriza por dejarnos sin ganas, sin ilusión, sin fuerzas y sin esperanza, por lo que es fácil adivinar las consecuencias de atravesar un estado depresivo por un tiempo prolongado. En los casos más graves, una persona con depresión puede llegar hasta el intento de suicidio, por lo que no estamos hablando de un simple periodo de tristeza. Esa desilusión, pero también esa falta de autoestima, ese creer que no valemos nada y ese

⁵¹ Valdés, M., Serrano, T. & Florenzano R. Factores familiares protectores para conductas de riesgo: Vulnerabilidad y resistencia. Trabajo presentado en el XXXIX Congreso de Psiquiatría, Neurología y Neuropsiquiatría, Viña del Mar, Chile; 1994.

⁵² Saucedo J, Maldonado J. La Familia: su dinámica y tratamiento. Washington: OPS; 2003. p. 3

dejarnos abandonar puede hacer que nos aislemos socialmente, lo que puede empeorar el sentimiento de soledad que suele ir asociado a la depresión. Desde perder amigos, parejas rotas, relaciones familiares destrozadas hasta quedarnos sin trabajo y con un montón de problemas económicos, es el abanico de consecuencias que puede dejar una depresión ⁽⁵³⁾.

Además, la depresión se deja notar también en el plano físico. A los dolores de cabeza, a los dolores musculares o al cansancio se le suman los efectos secundarios de los antidepresivos, cuando finalmente nos ponemos en tratamiento. Además, la depresión debilita nuestro sistema inmunitario, por lo que también está asociada a numerosas enfermedades, infecciones y hasta problemas cardiovasculares. ⁽⁵⁴⁾

Indudablemente, todo tiene su parte positiva. Si las consecuencias de sufrir una depresión son tan negativas como aterradoras, las consecuencias de superar esa depresión se convierten en un tesoro repleto de beneficios.

Porque superar una depresión cuesta mucho esfuerzo, mucho trabajo y mucho tiempo, pero al final, merece la pena. Y merece la pena no sólo por liberarnos de ese lastre que nos paraliza, sino que generalmente, al superar una depresión, nos transformamos en personas más fuertes psicológicamente, más preparadas para afrontar cualquier adversidad. Superar una depresión supone aprender a mantener el equilibrio emocional, subir los niveles de autoestima y ser más conscientes de las cosas buenas que nos ofrece la vida. En definitiva, tras superar una depresión aprendemos a disfrutar más de la vida y a ser más felices. Y tampoco podemos olvidarnos de la oportunidad que supone caer hasta el fondo a

⁵³ Vélez, Laura. Consecuencias de la depresión: evita los riesgos y aprende de ello. 2013

⁵⁴ Vélez, Laura. Consecuencias de la depresión: evita los riesgos y aprende de ello. 2013

causa de una depresión, para resurgir con más fuerza y empezar una nueva vida. Una vida mejor. ⁽⁵⁵⁾

3.5. SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

De acuerdo con la Clínica DAM, la depresión en la adolescencia es un trastorno que afecta a los adolescentes y que lleva a que se presente tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y pérdida de interés en actividades habituales. La depresión puede cambiar la forma cómo los adolescentes se ven a sí mismos y a sus vidas, así como las personas en torno a ellos.

Los adolescentes con depresión por lo general ven todo más negativamente y son incapaces de imaginar que cualquier problema o situación se puede resolver de un modo positivo.

Todos o algunos de estos síntomas de depresión pueden estar presentes: ⁽⁵⁶⁾

- ❖ Cambios en el apetito (por lo general pérdida del apetito pero a veces aumento).
- ❖ Dificultad para concentrarse.
- ❖ Dificultad para tomar decisiones.
- ❖ Episodios de pérdida de la memoria.
- ❖ Fatiga.
- ❖ Sentimiento de agitación, inquietud e irritabilidad.
- ❖ Sentimientos de minusvalía, desesperanza, tristeza u odio hacia sí mismo.
- ❖ Pérdida del interés o el placer en actividades que alguna vez eran divertidas.

⁵⁵ Vélez, Laura. Consecuencias de la depresión: evita los riesgos y aprende de ello. 2013

⁵⁶ Clínica DAM Madrid. Depresión en adolescentes. 2011

- ❖ Pensar o hablar acerca del suicidio o la muerte.
- ❖ Problemas para dormir, sueño excesivo o somnolencia diurna.

Algunas veces, el comportamiento de una persona puede cambiar o puede haber problemas en el hogar o en la escuela sin ningún síntoma de depresión. ⁽⁵⁷⁾

- ❖ Comportamiento inadecuado (incumplimiento de toques de queda, actitud desafiante poco común).
- ❖ Conducta delictiva (como el hurto).
- ❖ Comportamiento irresponsable.
- ❖ Rendimiento escolar deficiente; baja en las calificaciones.
- ❖ Distanciamiento de la familia y los amigos (pasar más tiempo solo).
- ❖ Consumo de alcohol u otras sustancias ilegales.

Si estos síntomas duran por lo menos dos semanas y afectan el estado de ánimo o la capacidad para desempeñarse, consiga tratamiento.

El suicidio es un riesgo para todos los adolescentes deprimidos.

Según el Instituto Nacional de Salud Mental ⁽⁵⁸⁾, precisa que no todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su enfermedad en particular.

- ❖ Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío.
- ❖ Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo.
- ❖ Sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia.
- ❖ Irritabilidad, inquietud.
- ❖ Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales.
- ❖ Fatiga y falta de energía.
- ❖ Dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones.

⁵⁷ Clínica DAM Madrid. Depresión en adolescentes. 2011

⁵⁸ Instituto de Salud Mental. Depresión

- ❖ Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado.
- ❖ Comer excesivamente o perder el apetito.
- ❖ Pensamientos suicidas o intentos de suicidio.
- ❖ Dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza.
- ❖ Cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento.

3.6. RELACIÓN DE LA DEPRESIÓN Y EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ADOLESCENTES

Aunque se reconoce la relevancia de la presión en la adolescencia, muchas veces no se proporciona la atención debida. Los adolescentes deprimidos son poco identificados por sus padres, no buscan ayuda en ellos y son resistentes a consultar a un profesional de la salud. Cuando acuden para atención médica, lo hacen por manifestaciones somáticas. Por dichas razones, este grupo se vuelve vulnerable al no tener identificados sus problemas emocionales, que tal vez no podrán resolverse de forma espontánea y dificultarán el desarrollo psíquico normal de la adolescencia y de la vida adulta ⁽⁵⁹⁾ ⁽⁶⁰⁾ ⁽⁶¹⁾.

Los factores causales de la depresión en el adolescente son múltiples, entre ellos el genético, ya que se ha demostrado mayor riesgo de depresión en hijos de personas que presentan trastornos afectivos. Así mismo, se ha informado la presencia de factores biológicos como el descenso de dopamina, noradrenalina y serotonina. Se han detectado factores individuales como labilidad emocional, formación de una nueva imagen de sí mismo, actitud auto- destructiva, falta de maduración y falta de logros académicos. Los factores sociales como la familia, la escuela, los compañeros y las

⁵⁹ Dos Santos-Palazzo J, Béria JU, Alonso-Fernández F, Tomasi E. Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva. *Aten Primaria* 2001;28 (8):543-549

⁶⁰ Moreno-Contreras S, Boschetti-Fentanes B, Monroy-Caballero C, Irigoyen-Coria A, Dorantes-Barríos P. Perfil familiar de un grupo de adolescentes mexicanos con riesgo de depresión. *Arch Med Fam* 2003;5(3):89-91

⁶¹ Wells KB, Kataoka SH, Asarnow JR. Affective disorders in children and adolescents: addressing unmet need in primary care settings. *Biol Psychiatry* 2001;49:111-1120

relaciones sociales también desempeñan un papel importante en la génesis de la depresión del adolescente. Respecto a la interacción padre e hijo, las alteraciones más frecuentes en los adolescentes deprimidos son el carácter autoritario o permisivo de los padres, la ruptura de lazos familiares, la riña continua de los padres, el rechazo de los padres y la falta de comunicación⁽⁶²⁾ ⁽⁶³⁾.

3.7. CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA FUNCIONAL

Según Olson, Potner, y Lavee⁽⁶⁴⁾, la familia funcional es la manera de interactuar de los miembros de una familia. Sostienen asimismo, que el funcionamiento familiar se produce por la interacción de las dimensiones de cohesión (afecto) y adaptabilidad (autoridad), y que es facilitada u obstaculizada por la manera de comunicarse. Las relaciones entre sus distintos miembros, llegan en ocasiones a constituirse en un problema bastante serio y preocupante, cuando no se logra establecer los vínculos afectivos que se desea con los demás. El convivir en armonía se ha constituido en todo un arte, que muchos de ellos no se cultiva, en ocasiones por no considerarlo importante si al fin de cuentas a la familia hay que soportarla y punto; y otras veces porque no se está dispuestos a destinarle el esfuerzo e interés que demanda una tarea así cuyos resultados quizá no son apreciables ni cuantificables pero que indudablemente van a enriquecer profundamente la vida personal y emocional.

⁶² Fornos LB, Mika VS, Bayles B, Serrano AC, Jiménez RL, Villarreal R. A qualitative study of Mexican American adolescents and depression. *J Sch Health* 2005;75(5):162-170

⁶³ Steinhausen HC, Winkler MC. Adolescent self-rated depressive symptoms in a Swiss epidemiological study. *J Youth Adolescence* 2000;29(4):427-440.

⁶⁴ Olson, D., Potner, J y Lavee, Y. *Faces III Family Adaptability and cohesion. Evaluation scale.* University of Minnesota. 1985

Por otro lado, Espejel, citado por Meza (⁶⁵) define al funcionamiento familiar como la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve. Para comprender el funcionamiento familiar es necesario analizar su estructura, los procesos y su filosofía familiar. Como indica, Duvall (⁶⁶) el funcionamiento familiar es la capacidad del sistema familiar para resolver sus problemas en forma efectiva. Asimismo, señala que el funcionamiento familiar se sucede a través de una secuencia de etapas con relación de sentido y continuidad iniciándose con la formación de la pareja y terminando con la muerte de ambos miembros de la pareja. Estas sucesivas etapas por las que atraviesa habitualmente una familia ofrecen numerosos momentos en los cuales pueden aparecer tensiones y conflictos entre sus miembros. Por lo tanto, la acumulación de tensiones y estresores familiares está positivamente asociada con el deterioro del funcionamiento familiar y del bienestar de sus miembros.

Para, Minuchin (⁶⁷) señala que toda la familia enfrenta situaciones de tensión y la familia saludable no puede ser distinguida de la familia enferma por la ausencia de problemas. Para evaluar una familia, el terapeuta debe disponer de un esquema conceptual del funcionamiento familiar, basado en la concepción de la familia como sistema que opera dentro de los contextos sociales específicos. Tal esquema debe considerar que la familia es un sistema sociocultural abierto, en el proceso de transformación; muestra un desarrollo a través de ciertos números de etapas; adaptase a las

⁶⁵ Meza Rojas, Héctor Rigoberto. "Funcionamiento Familiar y rendimiento escolar En Alumnas del Tercer Grado de Secundaria de una Institución Educativa del Callao". Tesis para optar el grado académico de Maestro en Educación en la Mención de Evaluación y acreditación de la calidad educativa. Lima – Perú, 2010

⁶⁶ Duvall E. (1988). Aplicación del resultado de la pesquisa. Minneapolis. Ed. Winston.

⁶⁷ Salvador Minuchin (2013). Familias y Terapias familiar. 9na reimpresión. Editorial Gedisa. Recuperado de: <https://www.tagusbooks.com/leer?isbn=9788497843416&idsource=3001&li=1>

circunstancias en cambios de modo a mantener una continuidad e fomentar el crecimiento psicosocial de cada miembro.

Según Ares ⁽⁶⁸⁾ señala que el funcionamiento familiar saludable es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, entre los cuales se puede citar los siguientes:

- ❖ La satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros.
- ❖ La transmisión de valores éticos y culturales.
- ❖ La promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros.
- ❖ El establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital.
- ❖ El establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social).
- ❖ La creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual.

Asimismo, el mismo autor señala que los indicadores de un funcionamiento familiar adecuado puede considerarse la flexibilidad en las reglas y roles familiares, es decir que estas no sean rígidas, que no se impongan, sino que sean claras y que se asuman conscientemente por los miembros existiendo complementariedad entre los integrantes del sistema familiar para su cumplimiento, con el objetivo de evitar la sobrecarga y sobre exigencia en algún miembro. Sin embargo, cuando se analiza este indicador desde el concepto de género se da cuenta que están indiscutiblemente relacionados y que las problemáticas del rol de género, en cuanto a las normas establecidas para cada sexo, imposibilita en muchos hogares su

⁶⁸ Ares, P. (2004). *Psicología de Familia. Una aproximación a su estudio*. La Habana: Editorial Félix Varela; 2002

comportamiento adecuado, manteniéndose, por lo general, un modelo tradicional de distribución de las tareas domésticas que da a la mujer la mayor responsabilidad ante ellas y mantiene el hombre un rol periférico.

3.8. DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

De acuerdo con Valdés, Serrano & Florenzano (⁶⁹), la disfuncionalidad familiar estaría relacionada con la emergencia de trastornos de salud física y mental, lo que se observa a manera de ejemplo en la influencia que ejercen las relaciones conflictivas entre los padres sobre las conductas de riesgo de sus hijos.

Los factores protectores son aquellos que reducen las probabilidades de tener consecuencias negativas para la salud y motivan a la persona al logro de las tareas de cada etapa de su desarrollo y los factores de riesgo corresponden al conjunto de variables que preceden a la aparición de un trastorno o evento negativo en la población, por tanto, está asociado a la probabilidad de morbilidad o mortalidad futuras (⁷⁰).

En algunos artículos como el de Florenzano (⁷¹), se menciona la existencia de factores del funcionamiento familiar que se transforman en condiciones de riesgo o protección para la salud de los miembros de una familia. La influencia de estos factores se puede apreciar particularmente en los estudios de adolescentes, como lo sugieren las investigaciones de la división de Ciencias Médicas del área oriente de la Universidad de Chile que apuntan a mostrar una correlación alta entre disfuncionalidad familiar y la aparición de conductas de riesgo en el adolescente.

⁶⁹ Valdés, M., Serrano, T. & Florenzano R. Factores familiares protectores para conductas de riesgo: Vulnerabilidad y resistencia. Trabajo presentado en el XXXIX Congreso de Psiquiatría, Neurología y Neuropsiquiatría, Viña del Mar, Chile; 1994.

⁷⁰ Saucedo J, Maldonado J. La Familia: su dinámica y tratamiento. Washington: OPS; 2003. p. 3

⁷¹ Florenzano Ramón (2005). El adolescente y sus conductas de riesgos. 3era. Edición. Chile

3.9. CARACTERÍSTICAS DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Desde los lineamientos derivados de las escuelas estructural y estratégica, una familia funcional posee las siguientes características:

1. La jerarquía consta de un subsistema parental especialmente fuerte, pues aunque la tendencia de la familia sea democrática el liderazgo pertenece a uno o ambos padres, quienes se apoyan mutuamente en sus actitudes respecto a la crianza.
2. Los límites o fronteras entre los individuos y los subsistemas son claros y flexibles, no difusos ni rígidos.
3. Las alianzas interpersonales se basan en afinidades y metas comunes, no en el propósito de perjudicar a nadie.
4. Los papeles son complementarios y tienen consistencia interna. No son inmutables y experimentan variaciones de acuerdo a las circunstancias cambiantes.
5. La comunicación entre los integrantes del sistema tiende a ser clara, directa y congruente, y se utiliza en la búsqueda de soluciones de los problemas comunes, no para agredirse mutuamente.
6. Existe una actitud de apertura que permite la formación de redes de apoyo con otros grupos y personas fuera del núcleo familiar.
7. Hay la flexibilidad suficiente para garantizar la autonomía e independencia de los integrantes del grupo y para procurar tanto el crecimiento individual de estos como el mantenimiento del sistema.
8. Se favorece la continuidad y también la adaptabilidad ante las demandas de cambio internas (las propias del desarrollo), como las externas o ambientales.

3.10. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS A USAR EN EL ESTUDIO

3.10.1. INSTRUMENTO DE ZUNG

Basados en el estudio de Lezama S. queda claro que la ESD-Z (Escala de Zung) es una escala de autorreporte que mide sintomatología depresiva, creada por Zung ⁽⁷²⁾, en la construcción de esta escala los criterios diagnósticos usados comprenden la mayoría de las características de la depresión, contemplando aspectos afectivos, fisiológicos y psicológicos. La puntuación se obtiene de una escala tipo Likert, de 1 a 4 para los ítems negativos y de 4 a 1 para los ítems positivos. El índice de la escala se obtiene sumando el puntaje de los valores otorgados a cada uno de los 20 ítems, el puntaje máximo es de 80 y se asume presencia de depresión con puntajes superiores al 50%.

En el estudio de Zung, ⁽⁷³⁾ la prueba original se aplicó a un total de 56 pacientes admitidos en una clínica psiquiátrica, con un diagnóstico primario de desorden depresivo. 31 de estos pacientes fueron tratados por este desorden, mientras que otros 25 recibieron otro tipo de diagnóstico. Dentro del grupo de depresivos, 22 completaron la prueba nuevamente después de recibir tratamiento. Finalmente se aplicó la prueba a un grupo control de 100 personas, empleados del hospital y pacientes sin diagnóstico de depresión.

⁷² Zung, W. (1965). Self-report depression scale. Archives of General Psychiatry, 12, 63-70.

⁷³ Zung, W. (1965). Self-report depression scale. Archives of General Psychiatry, 12, 63-70.

Los resultados obtenidos fueron una media de 0.74 para los pacientes con diagnóstico de depresión y 0.39 después del tratamiento. La media para el grupo control fue de 0.33. ⁽⁷⁴⁾

A partir de entonces esta escala ha demostrado su utilidad en varios contextos en atención primaria ⁽⁷⁵⁾ en contextos clínicos ⁽⁷⁶⁾, en estudios epidemiológicos ⁽⁷⁷⁾, en investigación ⁽⁷⁸⁾ y en validaciones de otras pruebas ⁽⁷⁹⁾.

⁷⁴ Zung, W. (1965). Self-report depression scale. Archives of General Psychiatry, 12, 63-70.

⁷⁵ Suárez M. A. y Alcalá M. APGAR Familiar: Una Herramienta para detectar disfunción familiar. Rev. Méd. La Paz v.20 n.1, La Paz; 2014

⁷⁶ Suárez M. A. y Alcalá M. APGAR Familiar: Una Herramienta para detectar disfunción familiar. Rev. Méd. La Paz v.20 n.1, La Paz; 2014

⁷⁷ Valdés, M., Serrano, T. & Florenzano R. Factores familiares protectores para conductas de riesgo: Vulnerabilidad y resiliencia. Trabajo presentado en el XXXIX Congreso de Psiquiatría, Neurología y Neuropsiquiatría, Viña del Mar, Chile; 1994

⁷⁸ Valdés, M., Serrano, T. & Florenzano R. Factores familiares protectores para conductas de riesgo: Vulnerabilidad y resiliencia. Trabajo presentado en el XXXIX Congreso de Psiquiatría, Neurología y Neuropsiquiatría, Viña del Mar, Chile; 1994

⁷⁹ Valdés, M., Serrano, T. & Florenzano R. Factores familiares protectores para conductas de riesgo: Vulnerabilidad y resiliencia. Trabajo presentado en el XXXIX Congreso de Psiquiatría, Neurología y Neuropsiquiatría, Viña del Mar, Chile; 1994

3.10.2. LOS ÍNDICES EAD. DE ZUNG Y SU INTERPRETACIÓN.

ÍNDICE EAD	INTERPRETACIÓN
MENOS DE 50	DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES
50 - 59	DEPRESIÓN LEVE A MODERADA
60 - 69	DEPRESIÓN MODERADA INTENSA
70 - MAS	DEPRESIÓN INTENSA

3.10.3. CUESTIONARIO DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE APGAR

a) Antecedentes del Test de APGAR

Este es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos ⁽⁸⁰⁾.

Este test fue denominado «APGAR familiar» por ser una palabra fácil de recordar a nivel de los médicos, dada su familiaridad con el test de uso casi universal en la evaluación de recién nacidos propuesto por la doctora Virginia Apgar, y porque denota una evaluación rápida y de fácil aplicación.

⁸⁰ Horwitz, N. Consideraciones sociológicas acerca de la relación entre familia y atención primaria en salud; 1986. En R. Florenzano, N. Horwitz, I. Ringeling, G. Venturini & P. Villaseca, Salud familiar. Santiago: Corporación de Promoción Universitaria

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

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.

El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas cuando este los detecta en la conversación durante la consulta.

Con este instrumento se pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación.

Se utiliza el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. Así ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y de fácil aplicación.

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

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

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

Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades.

La última modificación de APGAR FAMILIAR fue realizada por la Dra. Liliana Arias, citado por Suárez y Alcalá ⁽⁸¹⁾, en la que se incluye a los amigos; estas respuestas son útiles para ver si existe este recurso al cual podemos acudir en caso de que el paciente viva lejos de su familia o haya gran disfuncionalidad. De acuerdo con los estudios de Cobb Cohen y Smilkstein, lo fundamental es contar con una persona hacia la cual se pueda recurrir en caso necesario. ⁽⁸²⁾.

⁸¹ Zaldívar Pérez, Dionisio F. Funcionamiento familiar saludable. 2007

⁸² González Salamea Teoría estructural familiar.

b) Componentes

Los componentes de este instrumento son 5 elementos que se evalúan para evaluar la funcionalidad de la familia. Esto es ⁽⁸³⁾

- ❖ **ADAPTACIÓN:** es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.
- ❖ **PARTICIPACIÓN:** o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
- ❖ **GRADIENTE DE RECURSOS:** es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
- ❖ **AFECTIVIDAD:** es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.
- ❖ **RECURSOS O CAPACIDAD RESOLUTIVA:** es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

El APGAR, se usa rutinariamente en todos los pacientes o usuarios en la segunda cita, para ya tener un panorama completo del paciente a quien vamos a cuidar.

En otro tipo de establecimientos, es muy importante que sea usado por lo menos en los siguientes casos:

⁸³ Danhke G L. Investigación y comunicación. En C. Fernández—Collado y G.L. Danhke (comps.). La comunicación humana: ciencia social. México, D.F.: McGraw—Hill de México, 385—454; 1989

- ❖ Pacientes poli sintomáticos, en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosociales de las dolencias, particularmente en la ansiedad o depresión
- ❖ En Grupos familiares o pacientes crónicos Cuando es necesaria la participación de la familia en el cuidado de un paciente.
- ❖ A los integrantes de una familia que atraviesa una crisis del diario vivir.
- ❖ A los miembros de familias problemáticas.
- ❖ Cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados, particularmente en enfermedades crónicas.
- ❖ En los casos en que otros instrumentos de atención a la familia describan algún evento problemático.

Todo profesional médico debe saber que la funcionalidad familiar repercute en la salud de sus integrantes, y se ha relacionado la obesidad en niños con disfunción familiar o la depresión que presentan las personas de la tercera edad cuando hay alteración en la función de sus familias.

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellas que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: •0: Nunca •1: Casi nunca •2: Algunas veces •3. Casi siempre •4: Siempre.

INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE:

- ❖ Normal: 18 -20 puntos
- ❖ Disfunción leve: 14-17 puntos.
- ❖ Disfunción moderada: 10-13 puntos
- ❖ Disfunción severa: menor o igual a 9.

CAPITULO IV

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.MÉTODO

El método de investigación que se utilizó en el presente estudio es el cuantitativo, porque plantea un problema delimitado y concreto, considera un marco teórico, utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar la hipótesis establecida.

4.2.HIPÓTESIS

4.2.1. HIPÓTESIS GENERAL

- ❖ Existe relación Significativa entre el Nivel de Depresión y la Funcionalidad Familiar en Adolescentes de 5to. Año de Secundaria de las Instituciones Educativas de Menores N° 60027 y N° 6010227 del Distrito de San Juan Bautista el año 2016.

4.2.2. HIPÓTESIS ESPECIFICA

- ❖ La Depresión según sexo de los adolescentes de 5° Año de Secundaria de las Instituciones Educativas de Menores N° 60027 y 6010227, durante el año 2016, se caracteriza por tener mayor prevalencia en Adolescentes Mujeres que hombres.
- ❖ La Funcionalidad Familiar Según Sexo de los Adolescentes de 5° Año de Secundaria de las Instituciones Educativas de Menores N° 60027 y N° 6010227, en el año 2016.

4.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo descriptivo - correlacional, y está interesada en la captura de información acerca de la relación existente entre las variables de depresión y funcionamiento familiar en los Adolescentes de 5° Año de Secundaria de las Instituciones Educativas de Menores N° 60024 y 6010227 en el Año 2016.

“La investigación descriptiva busca especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”⁽⁸⁴⁾.

“La investigación Correlacional... es un tipo de estudio que tiene como propósito evaluar la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables (en un contexto en particular). Los estudios cuantitativos correlacionales miden el grado de relación entre esas dos o más variables (cuantifican relaciones). Es decir, miden cada variable presuntamente relacionada y después también miden y analizan la correlación. Tales correlaciones se expresan en hipótesis sometidas a prueba”.⁽⁸⁵⁾

4.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación que se utilizó en el presente estudio de investigación fue:

No experimental: porque se estudió una situación sin intervenir, ni manipular las variables en estudio: “Funcionamiento Familiar y la Depresión en los Adolescentes de las Instituciones Educativas de Menores 60027 y 6010 227 del Distrito de San Juan durante el Año de 2016.”

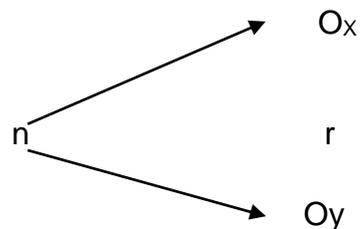
⁸⁴ Hernández S., R. y otros. Metodología de Investigación. Quinta Edición. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. DE C.V. Pág. 84 y 137; 2014

⁸⁵ Hernández S., R. y otros. Metodología de Investigación. Quinta Edición. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. DE C.V. Pág. 84 y 137; 2014

Descriptivo: Descriptivo, porque se buscó describir las variables: "Funcionamiento Familiar y su Relación con la Depresión de los Adolescentes", a partir de la información recolectada de manera independiente.

Correlacional: Porque permitió determinar el Nivel de relación del Funcionamiento Familiar y la Depresión en los Adolescentes, en una misma muestra de sujetos.

Grafico del Diseño de la Investigación



Dónde:

n: Es la muestra de Adolescentes de las Instituciones Educativas de Menores N° 60027 y 6010227 del Distrito de San Juan Bautista.

Ox: Representa la observación sobre Funcionamiento Familiar (x) sobre la Depresión de los Adolescentes de las Instituciones Educativas de Menores N° 60027 y N° 6010227 del Distrito de San Juan Bautista.

Oy: Representa la observación sobre la Depresión de los Adolescentes de las Instituciones Educativas de Menores N° 60027 y 6010227 del distrito de San Juan Bautista.

r: Hace mención a la posible relación entre variables

4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

El ámbito geográfico de la investigación se desarrolló en el Distrito de San Juan Bautista, Provincia de Maynas, Departamento de Loreto (Perú),

a) Población

La población en estudio estuvo constituida por todos los Adolescentes de 5° Año de Secundaria (79 alumnos), de las Instituciones Educativas de Menores N° 60027 y N° 6010227 del Distrito de San Juan Bautista.

b) Muestra

La muestra de estudio estuvo conformada por 79 Adolescentes de 5° Año de Secundaria de las Instituciones de Menores N° 60027 y 6010227 del Distrito de San Juan del año 2016. Es decir la muestra será igual que la población dado que solo existen tres grupos académicos, de esta manera el estudio recaerá sobre la utilidad de la población.

4.6. VARIABLES DE ESTUDIOS

a) Depresión

Medido a través del Test de Depresión de Zung.

b) Funcionalidad Familiar

Medido a través del Cuestionario de APGAR Familiar.

4.7. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos referentes al Funcionamiento Familiar fueron obtenidos mediante la aplicación del Cuestionario de APGAR Familiar del Dr. Gabriel Smilkstein Ashworth y Montano, luego se aplicó el Test de Depresión de William Zung y Zung, la técnica que se utilizó para recolectar datos fue la Técnica Psicométrica. A continuación, se describe de manera detallada los Instrumentos que fueron utilizados en la Investigación:

4.8. DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA DE ZUNG

La escala de autovaloración de Depresión comprende un cuestionario de 20 relatos cada uno referido a manifestaciones características de Depresión como síntoma o signo. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de la Depresión, como expresión de trastornos emocionales. Los ítems deben ser valorados por el examinador en una entrevista con el paciente y utilizando las observaciones clínicas como la información aportada por el paciente, las preguntas deben hacer referencia a un periodo anterior de una semana.

Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Zung, 1965). La Escala Autoaplicada de Zung (SDS, por sus siglas en inglés) fue diseñada para determinar el grado de severidad de un episodio depresivo mayor (EDM) en pacientes psiquiátricos hospitalizados. Se publicó en 1965 y se ha utilizado también como instrumento diagnóstico en población general en Colombia y en el mundo. Consta de 20 preguntas que evalúan síntomas somáticos como por ejemplo “Tengo molestias de estreñimiento” y cognitivos como “Me resulta fácil tomar decisiones” (8 ítems para cada uno), y estado de ánimo (Me siento abatido y melancólico) y síntomas psicomotores (El corazón me late más aprisa que de costumbre) (dos ítems para cada uno).

4.9. VALIDEZ Y FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE ZUNG

a. Fiabilidad:

Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice α de Cronbach entre 0,79 y 0,92) 6,20.

b. Validez:

Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global

oscilan entre 0.50 y 0.80 3,6,18,20. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico 3,21. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, si muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general 1, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

En población geriátrica disminuye su validez, tanto para cuantificar la intensidad / gravedad de la depresión, como a efectos de cribado o detección de casos 16, debido al elevado peso relativo que tienen los síntomas somáticos en el puntaje total. Orientadas más hacia el paciente geriátrico, se han desarrollado versiones abreviadas²³⁻²⁴, con menor peso de los síntomas somáticos, que han tenido una difusión muy limitada.

Propiedades de la Prueba de APGAR FAMILIAR

Para el registro de los datos el APGAR Familiar, el cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que lo realice en forma personal, excepto aquellos que no sepan leer, caso en el cuál el entrevistador aplicara el cuestionario para cada pregunta debe marcar solo con un aspa cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre 0 y 4 puntos.

4.10. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE FUNCIÓN FAMILIAR – APGAR

Dentro del rubro de las propiedades psicométricas: Validación española – fiabilidad test –retest superior a 75, dilucidando buena consistencia interna (Alpha de Crobach 84), analizado por Bellón y Cols en 1996.

a. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para recolectar los datos se utilizaron:

- a. Test de Depresión de Zung.
- b. Cuestionario de APGAR Familiar.

Para el proceso de recolección de datos se realizó los siguientes pasos:

- Se solicitó autorización por escrito a los Directores de las Instituciones Educativas N° 60027 y N° 6010227.
- Se ejecutó la aplicación del Instrumento de recolección de datos en las aulas de las instituciones materia de estudio.
- Para el proceso de recolección de datos se estimó un tiempo aproximadamente de 45 minutos por cada sección.
- La participación de los sujetos de estudios fue en forma voluntaria y anónima.
- Se respetó los derechos de los sujetos de estudio mediante la confidencialidad y el consentimiento informado durante todo el proceso que duro la recolección de datos.
- Se procedió a la elaboración de base de datos con los resultados obtenidos del instrumento utilizado.
- Posteriormente se procedió a la elaboración del informe final de tesis, para su respectiva sustentación.

b. CONSIDERACIÓN ÉTICA

Durante el desarrollo del presente trabajo de Investigación se tuvo en consideración el consentimiento informado de los 79 Adolescentes que conformaron la muestra del presente trabajo de investigación. (Anexo N° 01)

CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE: NIVELES DE DEPRESIÓN.

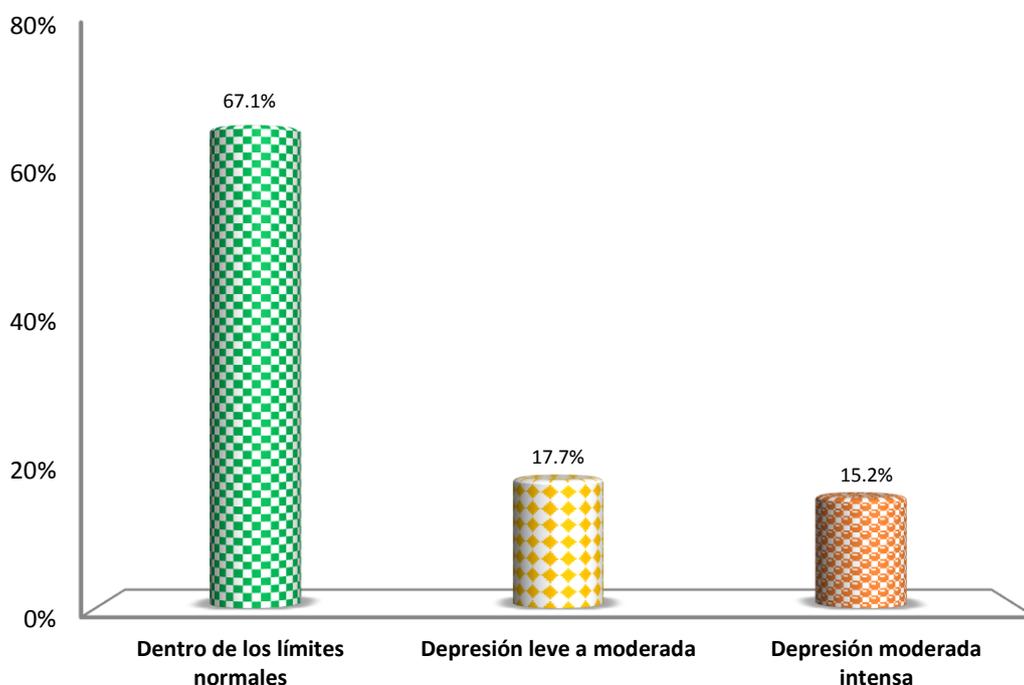
Tabla 1: Niveles de Depresión en Adolescentes de 5° Año de las Instituciones Educativas Publicas de Menores N° 60027 y N° 6010227 del Distrito de San Juan Bautista 2016

Niveles de Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Dentro de los límites normales	53	67,1
Depresión leve a moderada	14	17,7
Depresión moderada intensa	12	15,2
Total	79	100,0

Fuente: Cuestionario de depresión con escala de Zung aplicado a los adolescentes

Gráfico N° 01

Niveles de Depresión en Adolescentes de 5° Año de las Instituciones Educativas Publicas de Menores N° 60027 y N° 6010227 del Distrito de San Juan Bautista 2016



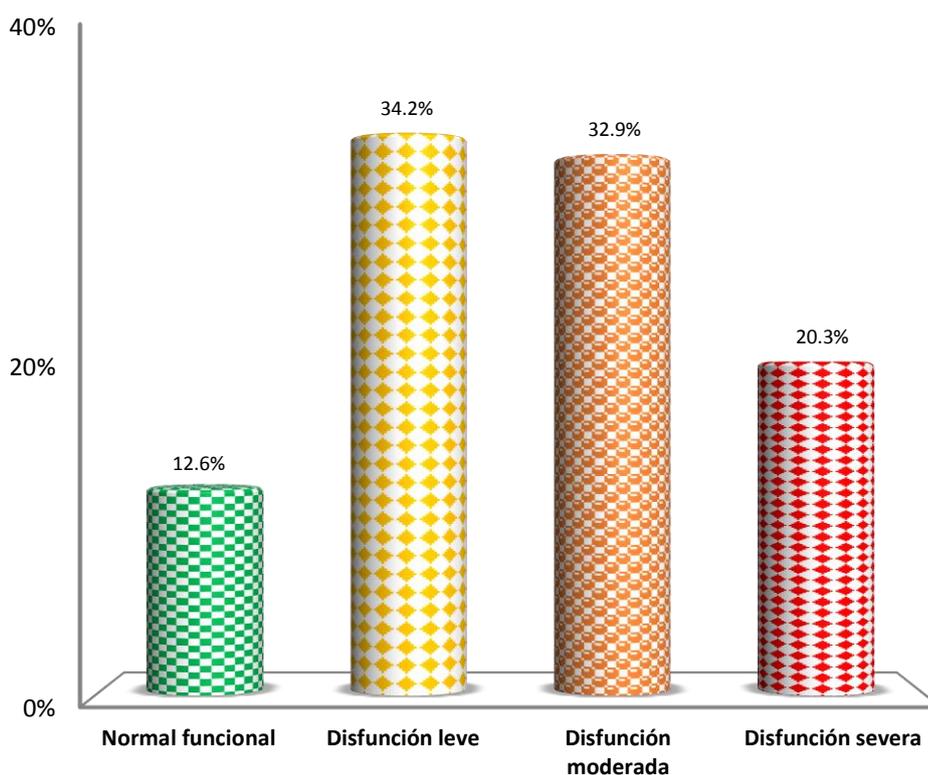
Fuente: Cuestionario de depresión con escala de Zung aplicado a los adolescentes

Tabla 2: Funcionalidad Familiar de Adolescentes de 5° Año de las instituciones Educativas Publicas de Menores N° 60027 y N° 6010227 del Distrito de San Juan Bautista 2016

Funcionalidad familiar	Frecuencia	Porcentaje
Normal funcional	10	12,6
Disfunción leve	27	34,2
Disfunción moderada	26	32,9
Disfunción severa	16	20,3
Total	79	100,0

Fuente: Cuestionario de funcionalidad familiar aplicado a los adolescentes.

Gráfico 2: Funcionalidad Familiar de Adolescentes de 5° Año de las instituciones Educativas Publicas de Menores N° 60027 y N° 6010227 del Distrito de San Juan Bautista.2016



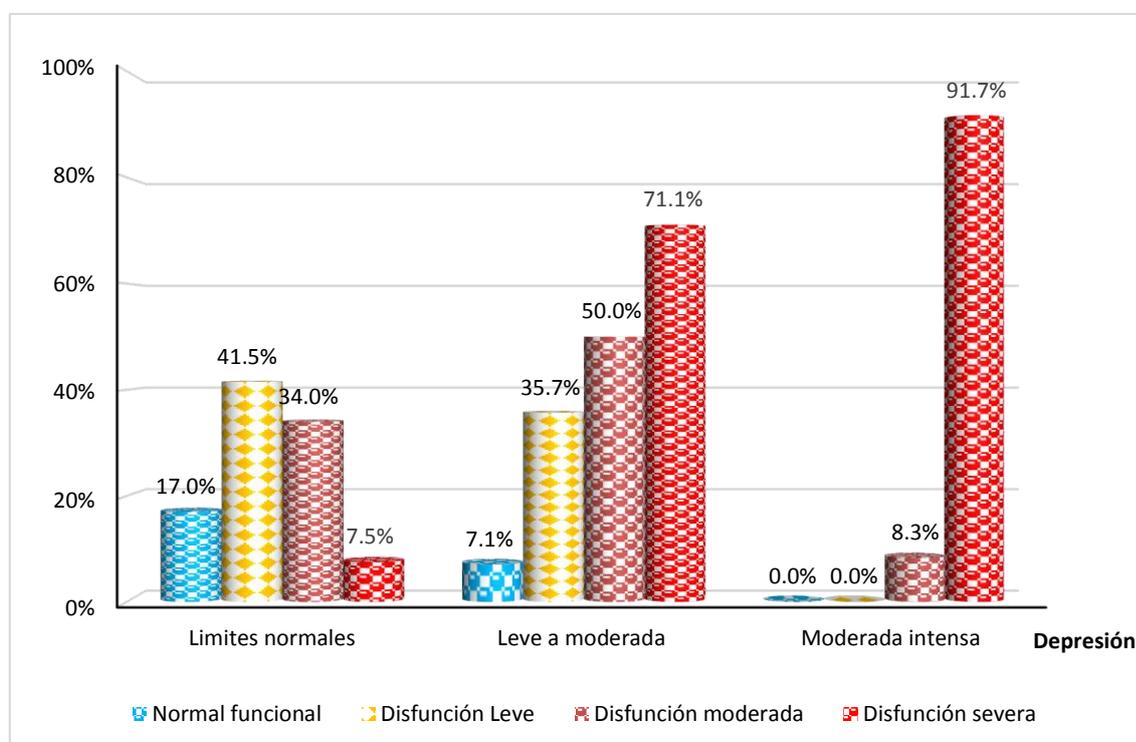
Fuente: cuestionario de funcionalidad familiar aplicado a los adolescentes.

Tabla 3: Depresión y Funcionalidad Familiar de Adolescentes de 5° Año de las instituciones Educativas Publicas de Menores N° 60027 y N° 6010227 del Distrito de San Juan Bautista 2016

Funcionalidad familiar	Depresión						Total	
	Límites normales		Leve a moderada		Moderada intensa			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Normal funcional	9	17,0	1	7,1	0	0,0	10	12,6
Disfunción leve	22	41,5	5	35,7	0	0,0	27	34,2
Disfunción moderada	18	34,0	7	50,0	1	8,3	26	32,9
Disfunción severa	4	7,5	1	7,1	11	91,7	16	20,3
Total	53	100,0	14	100,0	12	100,	79	100,0

Fuente: Elaborado por las investigadoras

Gráfico 3: Depresión y Funcionalidad Familiar de Adolescentes de 5° Año de las instituciones Educativas Publicas de Menores N° 60027 y N° 6010227 del Distrito de San Juan Bautista 2016



Fuente: Elaborado por las investigadoras

Análisis de la relación entre la Funcionalidad Familiar y la depresión.

Al realizar la relación de la distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles de funcionalidad familiar con la depresión de los adolescentes de las Instituciones Educativas Públicas de Menores N° 60027 y N° 601022 (tabla y gráfico 05) se comprueba que de los 53 (100,0) adolescentes con depresión de límites normales la mayor frecuencia corresponde a los de disfunción leve, luego se encuentran los de disfunción moderada con 34,0%, luego los de familia que son de normal funcional en 17,0% y finalmente a los de disfunción severa con 7,5% respectivamente. De los 14 (100,0%) adolescentes con depresión leve a moderada, el mayor porcentaje 50,0% corresponde a los de disfunción moderada le siguen los de disfunción leve con el 35,7%, los de normal funcional y los de disfunción severa con el 7,1% proporcionalmente. Sobre los 12 (100,0%) adolescentes con depresión moderada intensa la mayoría de ellos tienen disfunción severa en su familia.

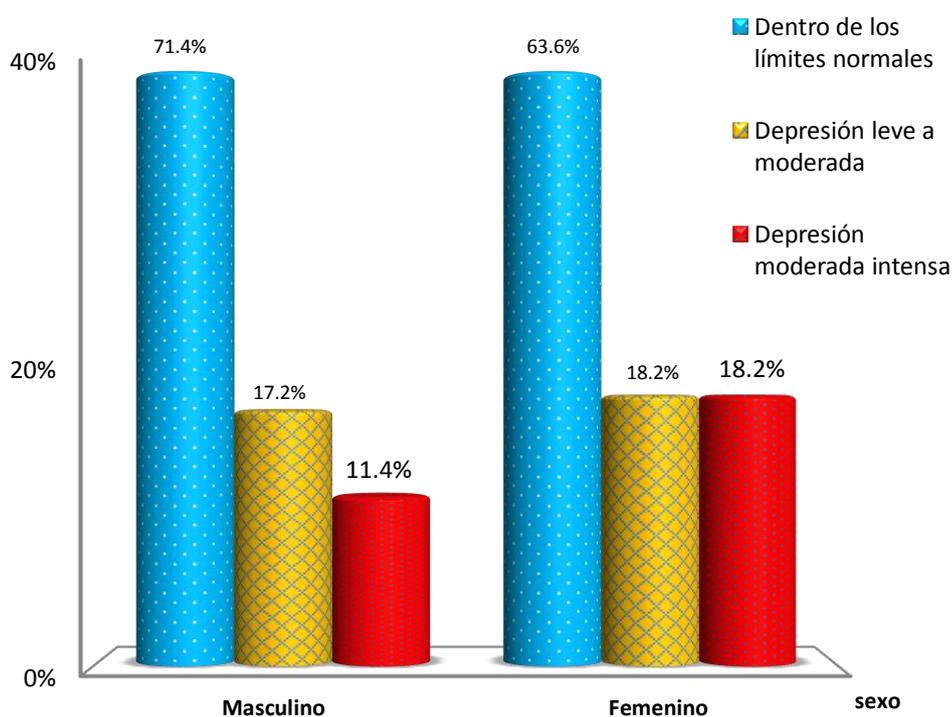
Análisis descriptivo de la variable dependiente: Niveles de depresión

Tabla 4: Niveles de Depresión Según Sexo de Adolescentes de 5° Año de las Instituciones Educativas Publicas de Menores N° 60027 y N° 6010227 del Distrito de San Juan Bautista 2016

Niveles de Depresión	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		n°	%
	n°	%	n°	%		
Dentro de los límites normales	25	71,4	28	63,6	53	67,1
Depresión leve a moderada	6	17,2	8	18,2	14	17,7
Depresión moderada intensa	4	11,4	8	18,2	12	15,2
Total	35	100,0	44	100,0	79	100,0

Fuente: Cuestionario de depresión con escala de Zung aplicado a los adolescentes.

Gráfico 04: Niveles de Depresión Según Sexo de Adolescentes de 5° Año de las Instituciones Educativas Publicas de Menores N° 60027 y N° 6010227 del Distrito de San Juan Bautista.2016



Fuente: Cuestionario de depresión con escala de Zung aplicado a los adolescentes.

Cuando se abarca el análisis de la distribución de frecuencias y porcentajes de la variable dependiente depresión, según la escala de Zung en los 79 (100%) adolescentes del 5° año de las Instituciones Educativas Públicas de Menores N° 60027 y N° 6010227 del Distrito de San Juan Bautista (ver tabla y gráfico 03) se determina que el 67,1% de los adolescentes presentan depresión dentro de los límites normales, 17,7% tienen depresión leve a moderada y el 15,2% depresión moderada intensa proporcionalmente.

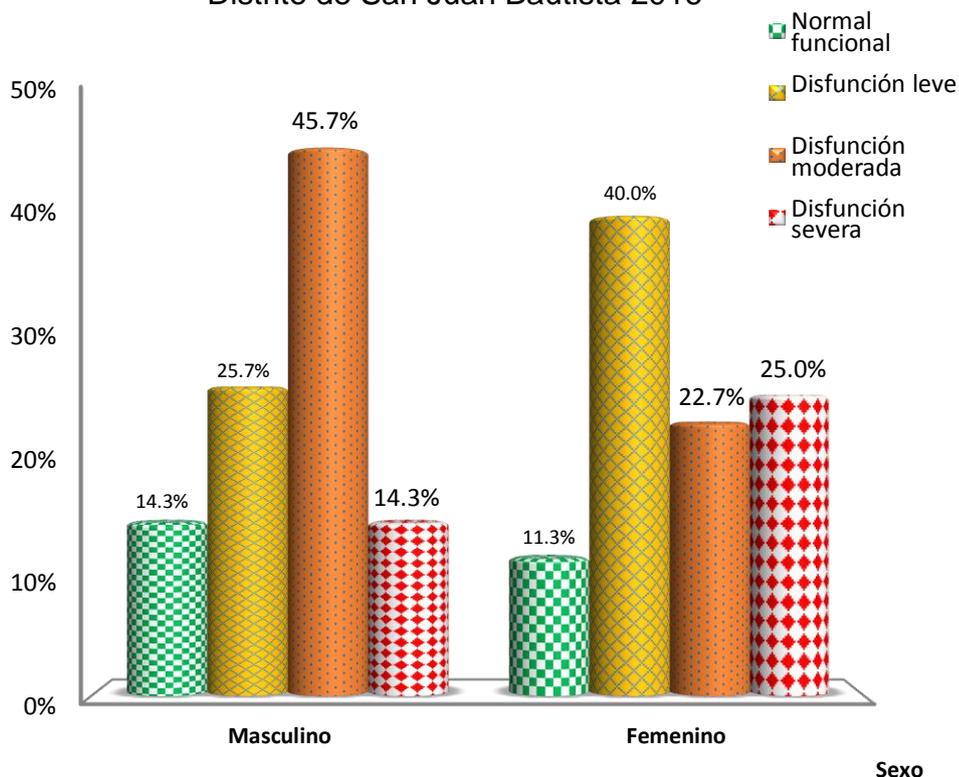
Del análisis de la depresión según género de los adolescentes de las Instituciones Educativas Públicas de Menores N° 60027 y N° 601022 (ver tabla y gráfico 04) se concluye que, de los 35 (100,0%) varones el mayor porcentaje pertenecen a los estudiantes adolescentes varones con depresión dentro los límites normales, 17,2% a los estudiantes con depresión leve a moderada y el 11,4% a estudiantes con depresión moderada intensa respectivamente. Con respecto a las 44 (100,0%) que son mujeres, la mayoría de ellas 63,6% Se encuentran con nivel de depresión dentro los límites normales y el 11,42% de ellas con depresión moderada intensa proporcionalmente.

Tabla 5: Funcionalidad Familiar Según Sexo de Adolescentes de 5° Año de las Instituciones Educativas Publicas de Menores N° 60027 y N° 6010227 del Distrito de San Juan Bautista 2016

Funcionalidad familiar	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		n°	%
	n°	%	n°	%		
Normal funcional	5	14,3	5	11,3	10	12,6
Disfunción leve	9	25,7	18	40,0	27	34,2
Disfunción moderada	16	45,7	10	22,7	26	32,9
Disfunción severa	5	14,3	11	25,0	16	20,3
Total	35	100,0	44	100,0	79	100,0

Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar aplicado a los adolescentes.

Gráfico 5: Funcionalidad Familiar Según Sexo de Adolescentes de 5° Año de las Instituciones Educativas Publicas de Menores N° 60027 y N° 6010227 del Distrito de San Juan Bautista 2016



Fuente: Cuestionario de funcionalidad familiar aplicado a los adolescentes.

Del análisis de la distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles de funcionalidad familiar de los 79 (100%) adolescentes del 5° año de las Instituciones Educativas Públicas de Menores N° 60027 y N° 6010227 del Distrito de San Juan Bautista (ver tabla y gráfico 01) se puede observar que los adolescentes que presentan disfunción leve en sus hogares es el 34,2%, seguido de los que presentan disfunción moderada con el 32,9%, los de disfunción severa con el 20,3% y finalmente los que normalmente funcionales con el 12,6% respectivamente.

Cuando analizamos la distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles de funcionalidad familiar según género de los adolescentes de las Instituciones Educativas Públicas de Menores N° 60027 y N° 601022 (ver tabla y gráfico 02) se aprecia que, de los 35 (100,0%) varones en mayor frecuencia pertenecen a los de disfunción moderada con el 45,7%, luego están los de disfunción leve en 25,7% y los de funcionalidad normal y los de disfunción severa con el 14,3% cada una respectivamente. En cuanto a las 44 (100,0%) mujeres, la mayor frecuencia se encuentra en las familias de las estudiantes con disfunción leve con 40,0%, le siguen las estudiantes con familia con disfunción severa en 25,0%, las de disfunción moderada y finalmente las de funcionalidad normal.

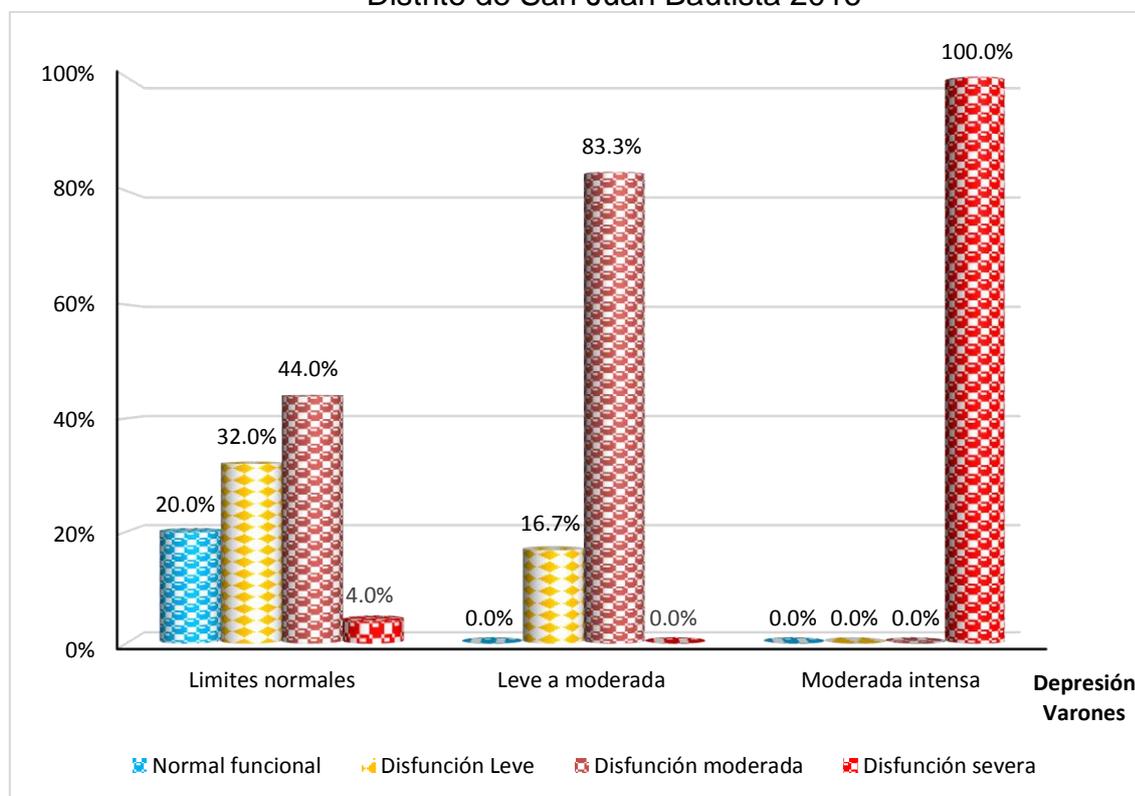
Análisis bivariado de Funcionalidad Familiar y la depresión según sexo.

Tabla 6: Funcionalidad Familiar y Depresión de Adolescentes Varones del 5° Año de las instituciones Educativas Publicas de Menores N° 60027 y N° 6010227 del Distrito de San Juan Bautista 2016

Funcionalidad familiar	Depresión de Varones						Total	
	Límites normales		Leve a moderada		Moderada intensa			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Normal funcional	5	20,0	0	0,0	0	0,0	5	14,3
Disfunción leve	8	32,0	1	16,7	0	0,0	9	25,7
Disfunción moderada	11	44,0	5	83,3	0	0,0	16	45,7
Disfunción severa	1	4,0	0	0,0	4	100,0	5	14,3
Total	25	100,0	6	100,0	4	100,0	35	100,0

Fuente: Elaborado por las investigadoras.

Gráfico 6: Funcionalidad Familiar y Depresión de Adolescentes Varones del 5° Año de las Instituciones Educativas Publicas de Menores N° 60027 y N° 6010227 del Distrito de San Juan Bautista 2016



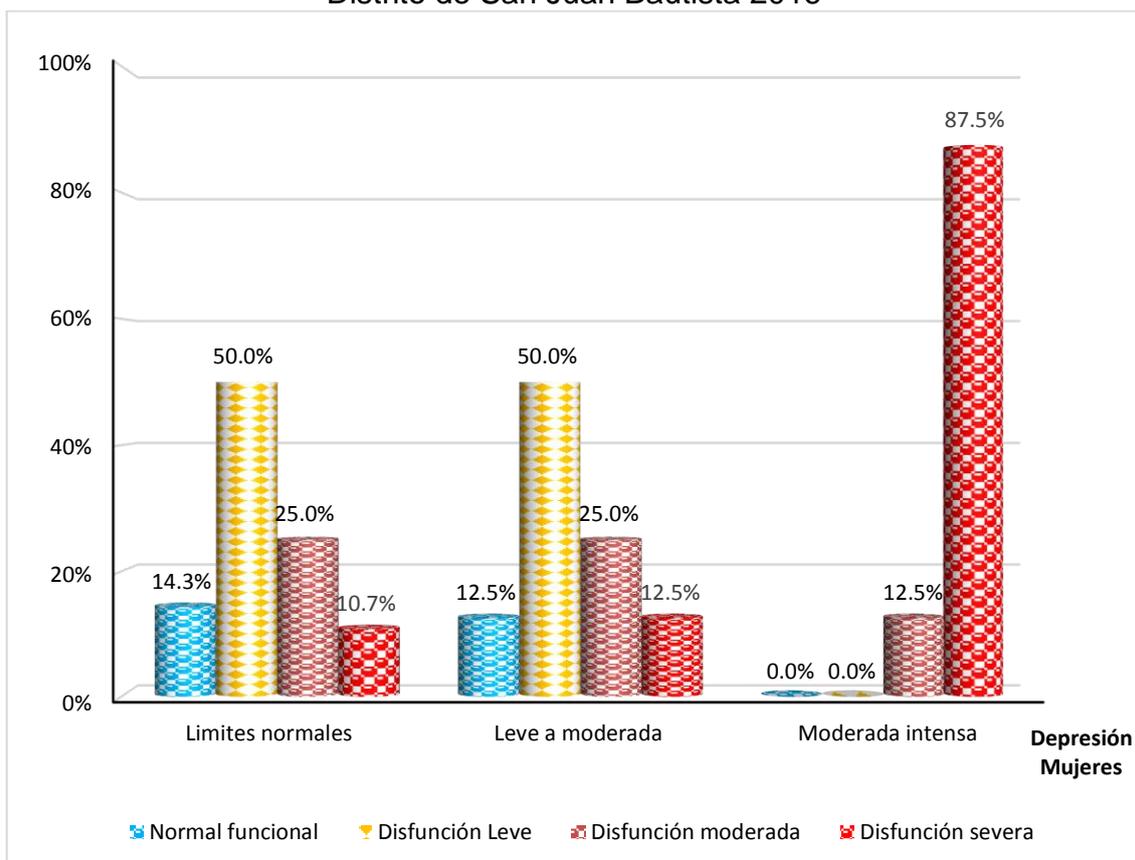
Fuente: Elaborado por las investigadoras.

Tabla 07: Funcionalidad Familiar y Depresión de Adolescentes Mujeres del 5° Año de las instituciones Educativas Publicas de Menores N° 60027 y N° 6010227 del Distrito de San Juan Bautista 2016

Funcionalidad familiar	Depresión de Varones						Total	
	Límites normales		Leve a moderada		Moderada intensa			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Normal funcional	4	14,3	1	12,5	0	0,0	5	11,4
Disfunción leve	14	50,0	4	50,0	0	0,0	18	40,9
Disfunción moderada	7	25,0	2	25,0	1	12,5	10	22,7
Disfunción severa	3	10,7	1	12,5	7	87,5	11	25,0
Total	28	100,0	8	100,0	8	100,0	44	100,0

Fuente: Elaborado por las investigadoras.

Gráfico 7: Funcionalidad Familiar y Depresión de Adolescentes Mujeres del 5° Año de las instituciones Educativas Publicas de Menores N° 60027 y N° 6010227 del Distrito de San Juan Bautista 2016



Fuente: Elaborado por las investigadoras

Cuando analizamos la relación de la distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles de funcionalidad familiar con la depresión de los adolescentes de las Instituciones Educativas Públicas de Menores N° 60027 y N° 601022 en función del sexo se encuentra lo siguiente:

De los 25 (100,0) adolescentes varones con depresión de límites normales el mayor porcentaje 44,0% corresponde a los varones que perciben en su familia con disfunción moderada, le siguen los que distinguen en su familia disfunción leve, los que aprecian que son normal funcional y finalmente los que perciben en su familia disfunción severa en 4,0%. Sobre los 14 (100,0%) adolescentes con depresión leve a moderada, la mayor frecuencia 83,3% corresponde a los que observan en su familia disfunción moderada, luego están los que perciben en su familia con el 16,7%, no hubo familia de los varones que sean normal funcional y disfunción severa respectivamente. En cuanto a los 4 (100,0%) adolescentes varones con depresión moderada intensa ellos percibían a su familia con disfunción severa. (Tabla y gráfico 06).

En cuanto a las 28 (100,0) adolescentes mujeres con depresión de límites normales la mayor frecuencia de ellas 50,0% corresponde a las mujeres que distinguen a su familia con disfunción leve, luego se encuentran las que aprecian que en su familia existe disfunción moderada con 25,0%, las que observan que su familia es normal funcional en 14,3% y las que aprecian que su familia tiene disfunción severa en 10,7% proporcionalmente. Sobre las 8 (100,0%) adolescentes mujeres con depresión leve a moderada, la mayor frecuencia 50,0% corresponde a las que observan en su familia disfunción leve, luego están las que perciben en su familia tiene disfunción moderada con el 25,0% y las adolescentes que perciben que su familia es normal funcional y disfunción severa en el 12,5% respectivamente. En cuanto a las 8 (100,0%) adolescentes mujeres con depresión moderada intensa, la mayor frecuencia corresponde a las adolescentes que aprecian que en su hogar con disfunción severa y finalmente las adolescentes que observan en su familia con disfunción moderada correspondientemente. (Tabla y gráfico 07).

5.2. RESULTADOS PARA LA CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Tabla N° 08

Cálculo de la tau-b de Kendall de la relación entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes en forma general y en función del sexo

Relación de las Variables	Tau-b de Kendall Valor calculado	Significancia
Funcionalidad familiar y depresión total	4,458	0,000
Funcionalidad familiar y depresión en función del genero	Masculino	3,298
	Femenino	3,170
		0,001
		0,002

En la tabla 8, se presentan los resultados acerca de los niveles de funcionalidad familiar y los niveles en adolescentes de las Instituciones Educativas Publicas de Menores N° 60027 y N° 601022 en forma global y en función del sexo.

correspondiente a la hipótesis general que plantea una relación estadísticamente significativa en los niveles de funcionalidad y los niveles de depresión entre los adolescentes se aplicó la prueba no paramétrica tau-b de Kendall que es la indicada para variables categóricas ordinales como es el presente caso. Se encontró un valor tau-b de Kendal de 3,298 con valor aproximado de significancia de $p = 0,000$ el mismo que es estadísticamente significativo ($p < 0,05$) dado esto se valida la hipótesis en los niveles de funcionalidad familiar y presencia de depresión en adolescentes

En concordancia a las hipótesis específicas que plantea relación estadísticamente significativa en función del sexo. En relación a los hombres se halló un valor tau-b de Kendall de 3,170 con valor aproximado de significancia de 0,001 el cual es estadísticamente significativo ($p < 0,05$), por ello se puede validar la hipótesis

específica de existe relación significativa entre la funcionalidad familiar de los varones y los niveles de depresión. Con respecto a la segunda hipótesis específica que plantea que existe relación de funcionalidad familiar de las mujeres y depresión se encontró un valor tau-b de Kendall 4,458 y un valor aproximado de significancia de 0,002, el mismo que estadísticamente significativo ($p < 0,05$), en consecuencia, se puede validar la segunda hipótesis específica de que existe relación significativa entre la funcionalidad familiar de las adolescentes mujeres y la depresión

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

6.1. ANÁLISIS DE DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente trabajo de investigación se cumplió el objetivo del estudio, que fue determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la Depresión de Adolescentes de las Instituciones Públicas de Menores 60027 y 6010227 del Distrito de San Juan Bautista durante el año 2016.

1. En el presente estudio, los hogares de los adolescentes con disfunción familiar severa alcanzaron el 20,3% y los de disfunción familiar moderada fueron el 34,2% de ellos; estos hallazgos concuerdan con los encontrados por Duvall ⁽⁶³⁾ en su estudio Duvall E. (1988). Aplicación del resultado de la pesquisa. Minneapolis. Ed. Winston. el cual concluye que la acumulación de tensiones y estresores familiares está positivamente asociada con el deterioro del funcionamiento familiar y del bienestar de sus miembros, también es similar a lo mencionado por Florenzano ⁽⁷¹⁾, en uno de sus artículos donde señala la existencia de factores del funcionamiento familiar que se transforman en condiciones de riesgo o protección para la salud de los miembros de una familia, también coincide con las investigaciones de la división de Ciencias Médicas del área oriente de la Universidad de Chile los mismos que sugieren que los factores del funcionamiento familiar en los adolescentes tienden a mostrar una correlación alta entre disfuncionalidad familiar y la aparición de conductas de riesgo. Todo esto evidencia la necesidad de Elaborar Programas Preventivos en salud mental encaminados al adolescente teniendo en cuenta su funcionalidad familiar, y contar con la participación activa de profesionales de la salud y docentes, plantear programas dirigidos a padres, debido a que su labor educadora es brindarles pautas

necesarias para fortalecer la comunicación y toma de decisión en las familias. en el adolescentes.

2. De los 35 estudiantes varones, el 14,3% proceden de hogares con disfunción familiar severa y el 45,7% de hogares con disfunción familiar moderada, estos resultados son similares a los encontrados por la publicación de **Scott** "Multiproblem families as a concern to the community", en que hace referencia a familias guetos de las grandes ciudades norteamericanas en las que proliferan problemas sociales como la drogodependencia, conducta criminal o delincuencia, malos tratos, etc. Asimismo los hallazgos de Valdés, Serrano & Florenzano (⁶⁹), en donde indica que la disfuncionalidad familiar estaría relacionada con la emergencia de trastornos de salud física y mental, lo que se observa a manera de ejemplo en la influencia que ejercen las relaciones conflictivas entre los padres sobre las conductas de riesgo de sus hijos.
3. 25% de las mujeres presentan hogares disfuncionales y 40% hogares con disfunción familiar leve; estos resultados son similares a los obtenidos por Florenzano (⁷¹), en su artículo "" donde afirma que existen factores en el funcionamiento familiar que se transforman en riesgo o protección para la salud de los miembros de una familia, esta se puede apreciar particularmente en los estudios de adolescentes, como lo sugieren las investigaciones de la división de Ciencias Médicas del área oriente de la Universidad de Chile que apuntan a mostrar una correlación alta entre disfuncionalidad familiar y la aparición de conductas de riesgo en el adolescente.
4. La depresión intensa alcanzó el 15.2% y la depresión leve a moderada 17.7%, estos hallazgos son similares a los encontrados por Blum, Sandoval y Umbarilia (¹⁴) donde afirman que los jóvenes son los que presentan mayor probabilidad de sufrir una depresión, dada la etapa de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos, así mismo con Pardo G. Sandoval A. y Umbarilia D. Adolescencia y Depresión. En

Revista Colombiana de Psicología ⁽¹⁵⁾ en que refieren que los criterios del trastorno depresivo son parecidos entre niños, adolescentes y adultos, de acuerdo al DSM —IV, sólo que en los adolescentes el síntoma característico es el notable cambio de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o problemas de conducta.

5. El 17.2% de los varones alcanzaron Niveles de Depresión leve a moderada y el 11.4% depresión Moderada a Intensa, hallazgos que difieren a los encontrados por Arenas S. en su estudio titulado: “Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes”, en el concluye que los niveles de depresión entre varones y mujeres no se diferencian significativamente así mismo en la depresión según sexo, no se hallaron diferencias significativas.
6. El 18.2% de todas las mujeres tuvieron depresión moderada a intensa y depresión leve a moderada respectivamente, resultados que difieren a los encontrados por Diana Beatriz Huapaya Cáceres, en su tesis titulada “Factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to años de secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de lima. 2009”. Investigación en el demuestra que los factores asociados a la depresión que lleva a la ideación suicida en adolescentes, es la depresión en adolescentes de 16 a 19 años concluyendo que los síntomas depresivos presentes es un factor de riesgo más fuertemente asociado a la ideación suicida.
7. Existe relación significativa de la funcionalidad familiar con la depresión en los estudiantes del nivel secundario ($p < 0,000$), estos hallazgos son similares a los encontrados por Pardo, Sandoval y Umbarilia ⁽¹⁴⁾ en su artículo “Adolescencia y Depresión” en el concluye que el factor familiar y la adolescencia son variables que se asocian significativamente al trastorno de la depresión, así mismo con Larraguibel y cols ⁽²¹⁾, en el mismo artículo, en el demuestran que existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la

conducta suicida como efecto de una depresión mayor, estos resultados aportan la importancia de brindar tratamiento integral, que no apunte únicamente a la sintomatología sino también a la funcionalidad familiar en los adolescentes.

8. La funcionalidad familiar está relacionada significativamente a la depresión de los adolescentes mujeres de secundaria (**p < 0,001**), estos resultados son similares a los encontrados por Andre Toro Sánchez y Martha Córdova Toro, en su Tesis Titulada “Depresión y su Relación con el Género, según en un grupo de Adolescentes de la Localidad de Bosa”, de la Universidad de la Sabana de Colombia, en el que concluye que existe mayor presencia de depresión en las mujeres (75%), en comparación con los hombres (55%) p < 0,0221

6.2. CONCLUSIONES

En base a los objetivos planteados y los resultados encontrados en el presente estudio se concluye en lo siguiente:

- a) El 20,3% de los adolescentes tienen hogares con disfunción familiar severa y el 34,2% de ellos disfunción familiar moderada
- b) De los 35 (100,0%) estudiantes varones analizados, en el 14,3% de ellos existe hogares con disfunción familiar severa, siendo los hogares con disfunción familiar moderada el 45,7%.
- c) Sobre las 44 (100,0) estudiantes mujeres, en el 25,0% de ellas se encuentran los hogares con disfunción familiar severa y en el 40,0% disfunción familiar leve.
- d) Los niveles de depresión intensa y leve a moderada en los estudiantes alcanzaron los porcentajes de 15,2% y 17,7% respectivamente.
- e) Del 100,0% estudiantes varones el 17,2% y el 11,4% alcanzaron niveles de depresión leve a moderada y moderada a intensa proporcionalmente.
- f) De todas las estudiantes mujeres el 18,8% de ellas tienen nivel de depresión leve a moderada y moderada a intensa proporcionalmente.
- g) Se determina relación ordinal estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y los niveles de depresión en los adolescentes del 5to. Año de Secundaria de las Instituciones Educativas N° 60027 y 6010227 ($p < 0,000$)
- h) Se comprueba relación ordinal estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y los niveles de depresión en los adolescentes varones del 5to. Año de Secundaria de las Instituciones Educativas N° 60027 y 6010227 ($p < 0,001$)
- i) Se establece relación ordinal estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y los niveles de depresión en las adolescentes mujeres del 5to. Año de Secundaria de las Instituciones Educativas N° 60027 y 6010227 ($p < 0,0$)

6.3. RECOMENDACIONES.

1. Realizar investigaciones similares al estudio, que permitan identificar y comparar datos. de esta manera poder consolidar la investigación.
2. Realizar Talleres, sesiones psicoeducativas, informativas para los adolescentes y Padres de Familia de las instituciones Educativas que fueron materia de estudio.
3. Elaborar Programas Preventivos en salud mental dirigidos a adolescente teniendo en cuenta su funcionalidad familiar y contar con la participación activa de profesionales de la salud y docentes.
4. Plantear Programas preventivos dirigidos a padres de familia para brindarles pautas de afrontamiento a posibles trastornos depresivos.
5. La municipalidad de San Juan Bautista debe Elaborar Programas Sociales que promuevan la participación activa de adolescentes de instituciones Educativas.
6. Proponer e Implementar Consejería Psicológica para escolares Adolescentes, con el propósito de pesquisar síntomas depresivos, para su derivación a instituciones de salud.
7. Implementar acciones específicas orientada a la Promoción de la Salud mental en los estudiantes de secundaria de las Instituciones Educativas que fueron sujetos de estudios.

6.4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shaffer D. (2000). *Psicología de desarrollo: Infancia y adolescencia*. Madrid: Ed. Thomson.
2. Ministerio de Salud del Perú. (2005). *Plan Nacional de Salud Mental 2005-2010*. Lima – Perú
3. Ministerio de salud del Perú. *Análisis de la situación de salud en las o los adolescentes*. [Internet]. Consultado el 15 de Diciembre 2009 en: http://www.minsa.gob.pe/ocom/prensa/notadeprensa.asp?np_codigo=7922&mes=9&anio=2009
4. Arenas Ayllón S. C.(2009). Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes [Tesis para optar el título profesional de Psicóloga] UNMSM – Facultad de Psicología. Lima: Perú
5. Navarro L. Musitu GG. y Herrero J. Familias y Problemas, un Programa Especializado en Intervención Psicosocial Madrid: Editorial Síntesis; 2007
6. Navarro L. Musitu GG. y Herrero J. Familias y Problemas, un Programa Especializado en Intervención Psicosocial Madrid: Editorial Síntesis; 2007.
7. Navarro L. Musitu GG. y Herrero J. Familias y Problemas, un Programa Especializado en Intervención Psicosocial Madrid: Editorial Síntesis; 2007
8. Navarro L. Musitu GG. y Herrero J. Familias y Problemas, un Programa Especializado en Intervención Psicosocial Madrid: Editorial Síntesis; 2007
9. Navarro L. Musitu GG. y Herrero J. Familias y Problemas, un Programa Especializado en Intervención Psicosocial Madrid: Editorial Síntesis; 2007
10. Navarro L. Musitu GG. y Herrero J. Familias y Problemas, un Programa Especializado en Intervención Psicosocial Madrid: Editorial Síntesis; 2007
11. Barna R. Concha I. Florenzano R. Gonzales, A. Horwitz, N. Maddaleno M. Romero, M. Salazar D. Segovia I. Valdés M. Ventuini G. Villaseca P. y Ringeleng I. Salud familiar. Santiago de Chile: Ed. Corporación de promoción universitaria; 1986.

12. Callabed J. Moraga F y Saset J. El Niño y el Adolescente: Riesgos y Accidentes. Batley Saset5 Capitulo IV Pensión en Adolescentes Madrid: Editorial Laertes; 1997
13. Ibarra L. ¿Problemas adolescentes o adolescentes problemas? Foro de Acción por los niños del Perú. Universidad de La Habana, Cuba; 2003
14. Pardo G. Sandoval A. y Umbarilia D. Adolescencia y Depresión. En Revista Colombiana de Psicología 13, 17-32; 2004
15. Pardo G. Sandoval, A. y Umbarilia, D. Adolescencia y Depresión; 2004
16. Larraguibel M. González P. Martínez V. y Valenzuela R. Factores de Riesgo en la conducta suicida en niños y adolescentes; en Revista Chilena de Pediatría 71(3) 11 – 18; 2000
17. Pardo G. Sandoval A. y Umbarilia D. Adolescencia y Depresión. En Revista Colombiana de Psicología 13, 17-32; 2004
18. Pardo, G. y Cols. Adolescencia y Depresión. En Revista Colombiana de Psicología 13, 17-32; 2004
19. Callabed J. Moraga F Saset J. El Niño y el Adolescente: Riesgos y Accidentes. Batley Saset5 Capitulo IV Pensión en Adolescentes Madrid: Editorial Laertes; 1997
20. Álvarez M. Ramírez B. Silva A. Coffin N. y Jiménez L. (2009) La relación entre Depresión y Conflictos Familiares en Adolescentes Internacional, *Journal of Psychology and Psychological*.
21. Larraguibel M. González P. Martínez V. y Valenzuela R. Factores de Riesgo en la conducta suicida en niños y adolescentes
22. Larraguibel M. González P. Martínez V. y Valenzuela R. Factores de Riesgo en la conducta suicida en niños y adolescentes
23. Pardo G. Sandoval A. y Umbarilia D. Adolescencia y Depresión. En Revista Colombiana de Psicología 13, 17-32; 2004
24. Pardo, G. y Cols. Adolescencia y Depresión. En Revista Colombiana de Psicología 13, 17-32; 2004

25. Arenas Ayllón S. C. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes [Tesis para optar el título profesional de Psicóloga], UNMSM – Facultad de Psicología. Lima: Perú; 2009
26. Huapaya Cáceres y Diana Beatriz. Tesis titulado Factores Asociados a Ideación Suicida en Adolescentes Escolares de 3°, 4° y 5° de Secundaria de instituciones Educativas Publicas del Cono Este de Lima 2009
27. Suárez E. Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública. [Tesis para obtener el Grado de Magíster en Psicología Clínica], Universidad de Chile; 2013
28. Villalobos L. Álvarez A. Torres S. Leal J. Abreu Fernández R. Nivel de conocimiento de la depresión en los adolescentes en ciclo diversificado de la Unidad Educativa Maestro Orlando Enrique Rodríguez. [Tesis], República Bolivariana de Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Educación, Unidad Educativa “Maestro Orlando Enrique Rodríguez”, San Francisco-Edo Zulia; 2012
29. Luna A. Funcionamiento Familiar conflictos con los padres y satisfacción con la vida de familia en adolescentes bachilleres de la Universidad del Valle de Alemojac, [Tesis]; 2012
30. Toro Sanchez, A, Cordova Toro (Depresión y su relación con el (genero) año 2010.
31. Beato, María Soledad. Explicaciones teóricas de la depresión: del conductismo al cognitivismo. En Revista de Historia de la Psicología 1993.
32. Beato, María Soledad. Explicaciones teóricas de la depresión: del conductismo al cognitivismo. En Revista de Historia de la Psicología 1993.
33. Abramson, L.Y. Soligman, M.E.P. y Teasdale, J. D. Learned helplessness in human. In humans.
34. Beato, María Soledad. Explicaciones teóricas de la depresión: del conductismo al cognitivismo. En Revista de Historia de la Psicología 1993.
35. Beato, María Soledad. Explicaciones teóricas de la depresión: del conductismo al cognitivismo. En Revista de Historia de la Psicología 1993.

36. Ferster, C.B. Classification behavioral pathology. En L. Krasner y L.P. Uilmann (Eds.). Research in behavior modification. Holt, Rinehart y Winston. New York
37. Lewinsohn, P.M., Weinstein, M.S. y Shaw, D. Depression a clinical research. En R. Rubin y C. Franks (Eds.). Advances in behavior Therapy, Academic Press.
38. Lewinsohn, P.M., Weinstein, M.S. y Alper, T. A behavioral Approach to the treatment of depressed persona: a methological contribution. Journal of Clinical Psychology, 26, 525 – 532
39. Libet, J. y Lewinsohn, P.M. Concept of social skill whit special reference to the behavior of depressed persons. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40, 204 – 312
40. Lewinsohn, P.M. A behavioral approach to depression. En R.M.Friedman y M.M. Katz (Eds.) The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research. Winston – Wiley – Washington, 1974.
41. Beato, María Soledad. Explicaciones teóricas de la depresión: del conductismo al cognitivismo. En Revista de Historia de la Psicología, vol. 12, N° 3, 4, pág. 385 – 394, 1993
42. Beato, María Soledad. Explicaciones teóricas de la depresión: del conductismo al cognitivismo. En Revista de Historia de la Psicología, vol. 12, N° 3, 4, pág. 385 – 394, 1993
43. Beato, María Soledad. Explicaciones teóricas de la depresión: del conductismo al cognitivismo. En Revista de Historia de la Psicología, vol. 12, N° 3, 4, pág. 385 – 394, 1993
44. Diane E. Papalia en su libro psicología de desarrollo de la adolescencia – 2012
45. Diane E. Papalia en su libro psicología de desarrollo de la adolescencia – 2012
46. Salvador Minuchin 1977 - Terapia Familiar Estructural

47. Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, Klier CM, Ryan ND, Dahl RE, Wichramaratne P. Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, 1999; 281(18): 1701-1713.
48. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 1996; 53(4): 339-348.
49. March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, Burns B, Domino M, McNulty S, Vitiello B, Severe J. Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) team. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2004; 292(7): 807-820.
50. Instituto Nacional de la Salud Mental. Depresión.
51. Valdés, M., Serrano, T. & Florenzano R. Factores familiares protectores para conductas de riesgo: Vulnerabilidad y resistencia. Trabajo presentado en el XXXIX Congreso de Psiquiatría, Neurología y Neuropsiquiatría, Viña del Mar, Chile; 1994.
52. Saucedo J, Maldonado J. La Familia: su dinámica y tratamiento. Washington: OPS; 2003. p. 3
53. Vélez, Laura. Consecuencias de la depresión: evita los riesgos y aprende de ello. 2013
54. Vélez, Laura. Consecuencias de la depresión: evita los riesgos y aprende de ello. 2013
55. Vélez, Laura. Consecuencias de la depresión: evita los riesgos y aprende de ello. 2013
56. Clínica DAM Madrid. Depresión en adolescentes. 2011
57. Clínica DAM Madrid. Depresión en adolescentes. 2011
58. Instituto de Salud Mental. Depresión

59. Dos Santos-Palazzo J, Béria JU, Alonso-Fernández F, Tomasi E. Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva. *Aten Primaria* 2001;28 (8):543-549
60. Moreno-Contreras S, Boschetti-Fentanes B, Monroy-Caballero C, Irigoyen-Coria A, Dorantes-Barríos P. Perfil familiar de un grupo de adolescentes mexicanos con riesgo de depresión. *Arch Med Fam* 2003;5(3):89-91
61. Wells KB, Kataoka SH, Asarnow JR. Affective disorders in children and adolescents: addressing unmet need in primary care settings. *Biol Psychiatry* 2001;49:111-1120
62. Fornos LB, Mika VS, Bayles B, Serrano AC, Jiménez RL, Villarreal R. A qualitative study of Mexican American adolescents and depression. *J Sch Health* 2005;75(5):162-170
63. Steinhausen HC, Winkler MC. Adolescent self-rated depressive symptoms in a Swiss epidemiological study. *J Youth Adolescence* 2000;29(4):427-440.
64. Olson, D., Potner, J y Lavee, Y. *Faces III Family Adaptability and cohesion. Evaluation scale.* University of Minnesota. 1985
65. Meza Rojas, Héctor Rigoberto. "Funcionamiento Familiar y rendimiento escolar En Alumnas del Tercer Grado de Secundaria de una Institución Educativa del Callao". Tesis para optar el grado académico de Maestro en Educación en la Mención de Evaluación y acreditación de la calidad educativa. Lima – Perú, 2010
66. Duvall E. (1988). *Aplicación del resultado de la pesquisa.* Minneapolis. Ed. Winston.
67. Salvador Minuchin (2013). *Familias y Terapias familiar.* 9na reimpresión. Editorial Gedisa. Recuperado de:
<https://www.tagusbooks.com/leer?isbn=9788497843416&idsource=3001&li=1>
68. Ares, P. (2004). *Psicología de Familia. Una aproximación a su estudio.* La Habana: Editorial Félix Varela; 2002
69. Valdés, M., Serrano, T. & Florenzano R. Factores familiares protectores para conductas de riesgo: Vulnerabilidad y resistencia. Trabajo presentado en el

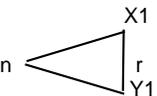
- XXXXIX Congreso de Psiquiatría, Neurología y Neuropsiquiatría, Viña del Mar, Chile; 1994.
70. Saucedo J, Maldonado J. La Familia: su dinámica y tratamiento. Washington: OPS; 2003. p. 3
71. Florenzano Ramón (2005). El adolescente y sus conductas de riesgos. 3era. Edición. Chile
72. Zung, W. (1965). Self-report depression scale. Archives of General Psychiatry, 12, 63-70.
73. Zung, W. (1965). Self-report depression scale. Archives of General Psychiatry, 12, 63-70.
74. Zung, W. (1965). Self-report depression scale. Archives of General Psychiatry, 12, 63-70.
75. Suárez M. A. y Alcalá M. APGAR Familiar: Una Herramienta para detectar disfunción familiar. Rev. Méd. La Paz v.20 n.1, La Paz; 2014
76. Suárez M. A. y Alcalá M. APGAR Familiar: Una Herramienta para detectar disfunción familiar. Rev. Méd. La Paz v.20 n.1, La Paz; 2014
77. Valdés, M., Serrano, T. & Florenzano R. Factores familiares protectores para conductas de riesgo: Vulnerabilidad y resiliencia. Trabajo presentado en el XXXIX Congreso de Psiquiatría, Neurología y Neuropsiquiatría, Viña del Mar, Chile; 1994
78. Valdés, M., Serrano, T. & Florenzano R. Factores familiares protectores para conductas de riesgo: Vulnerabilidad y resiliencia. Trabajo presentado en el XXXIX Congreso de Psiquiatría, Neurología y Neuropsiquiatría, Viña del Mar, Chile; 1994
79. Valdés, M., Serrano, T. & Florenzano R. Factores familiares protectores para conductas de riesgo: Vulnerabilidad y resiliencia. Trabajo presentado en el XXXIX Congreso de Psiquiatría, Neurología y Neuropsiquiatría, Viña del Mar, Chile; 1994
80. Horwitz, N. Consideraciones sociológicas acerca de la relación entre familia y atención primaria en salud; 1986. En R. Florenzano, N. Horwitz, I. Ringeling,

- G. Venturini & P. Villaseca, Salud familiar. Santiago: Corporación de Promoción Universitaria
81. Zaldívar Pérez, Dionisio F. Funcionamiento familiar saludable. 2007
82. González Salamea Teoría estructural familiar.
83. Danhke G L. Investigación y comunicación. En C. Fernández—Collado y G.L. Danhke (comps.). La comunicación humana: ciencia social. México, D.F.: McGraw—Hill de México, 385—454; 1989
84. Hernández S., R. y otros. Metodología de Investigación. Quinta Edición. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. DE C.V. Pág. 84 y 137; 2014
85. Hernández S., R. y otros. Metodología de Investigación. Quinta Edición. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. DE C.V. Pág. 84 y 137; 2014

ANEXOS

Anexo N° 01

TITULO: “DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS SECUNDARIA DE MENORES N° 60027 Y N° 6010227. SAN JUAN BAUTISTA, 2016”.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	Variable / dimensiones	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué relación existe entre el nivel de depresión y el nivel de funcionamiento familiar en adolescentes de 5to. Año de secundaria de las Instituciones educativas N° 60027 y N° 6010227, durante el periodo 2016? 	<p>O. GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la relación entre el nivel de depresión y la funcionalidad familiar en adolescentes de 5to. Año de Secundaria de las Instituciones Educativas Publicas de Menores N° 60027 y N° 6010227 durante el periodo 2016. 	<p>H. GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Existe relación Significativa entre el Nivel de Depresión total y la Funcionalidad Familiar en Adolescentes de 5to. Año de Secundaria de las Instituciones Educativas de Menores N° 60027 y N° 6010227 del Distrito de San Juan Bautista el año 2016. 	<p>VI: Depresión</p> <p>VD: Funcionamiento familiar</p>	<p>Método de la investigación</p> <p>Tipos de investigación Descriptiva correlacional</p> <p>Diseño de la investigación El diseño empleado en esta investigación es no experimental descriptivo correlacional de corte transversal.</p>  <p>n: Es la muestra de Adolescentes de las Instituciones Educativas de Menores N° 60027 y 6010227 del Distrito de San Juan Bautista.</p> <p>OX: Representa la observación sobre Funcionamiento Familiar (x) sobre la Depresión de los Adolescentes de las Instituciones Educativas de Menores N° 60027 y N° 6010227 del Distrito de San Juan Bautista.</p> <p>Oy: Representa la observación sobre la Depresión de los Adolescentes de las Instituciones Educativas de Menores N° 60027 y 6010227 del distrito de San Juan Bautista.</p> <p>r: Hace mención a la posible relación entre variables</p> <p>Población: La población en estudio estuvo constituida por todos los Adolescentes de 5° Año de Secundaria (79 alumnos), de las Instituciones Educativas de Menores N° 60027 y N° 6010227 del Distrito de San Juan Bautista.</p> <p>Muestra: En la presente investigación, la muestra estará formada por: 79 estudiantes.</p>
<p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿La Depresión según sexo masculino de los adolescentes de 5to. Año de secundaria de las instituciones educativas N° 60027 y N° 6010227, durante del año 2016 está relacionada con la funcionalidad familiar? ¿La Depresión según sexo femenino de los adolescentes de 5to. Año de Secundaria de las Instituciones Educativas N° 60027 y N° 6010227, durante el periodo 2016 esta relacionada con la funcionalidad familiar? 	<p>O. ESPECÍFICO</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar el nivel de Depresión de los adolescentes de 5to. Año de secundaria de las instituciones educativas N° 60027 y N° 6010227, durante el periodo 2016. Identificar la Funcionalidad Familiar, de los Adolescentes de 5to. Año de Secundaria de las Instituciones Educativas N° 60027 y N° 6010227, durante el periodo 2016. Establecer la relación que existe entre la depresión y el funcionalidad Familiar en Adolescentes de 5to. Año de Secundaria de las Instituciones Educativas N° 60027 y 6010227, durante el 2016. Identificar el Nivel de Depresión según sexo de los Adolescentes, de 5to. Año de Secundaria de las Instituciones Educativas N° 60027 y N° 6010227, durante el 2016. Identificar el Nivel de Funcionalidad Familiar según sexo de los Adolescentes, de 5to. Año de Secundaria de las Instituciones Educativas N° 60027 y N° 6010227, durante el 2016. Establecer la relación existente entre depresión y la funcionalidad familiar en Adolescentes Varones del 5to. Año de Secundaria de las Instituciones Educativas N° 60027 y 6010227, durante el periodo 2016. Relacionar el nivel de depresión y la funcionalidad familiar en Adolescentes Mujeres del 5to. Año de Secundaria de las Instituciones Educativas N° 60027 y 6010227, durante el periodo 2016. 	<p>H. ESPECÍFICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> La Depresión según sexo masculino de los adolescentes de 5° Año de Secundaria de las Instituciones Educativas de Menores N° 60027 y 6010227, durante el año 2016, se caracteriza por tener mayor prevalencia en Adolescentes Mujeres que hombres. La Funcionalidad Familiar Según Sexo femenino de los Adolescentes de 5° Año de Secundaria de las Instituciones Educativas de Menores N° 60027 y N° 6010227, en el año 2016. 		

Anexo N° 02

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE Y DEPENDIENTES

V1: DEPRESIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA DE VALORACIÓN				
					Nunca (N)	Casi Nunca (CN)	A veces (AV)	Casi siempre (CS)	Siempre (S)
					1	2	3	4	5
DEPRESIÓN	será uno de los principales problemas de salud pública, es bien sabido que la depresión trae consigo múltiples problemas.	MENOS DE 50	DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES	1. Me siento abatido y melancólico. 2. En la mañana es cuando me siento mejor. 3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar. 4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche. 5. Como igual que antes. 6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales. 7. Noto que estoy perdiendo peso. 8. Tengo molestias de estreñimiento. 9. El corazón me late más aprisa que de costumbre. 10. Me canso aunque no haga nada. 11. Tengo la mente tan clara como antes. 12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer. 13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto. 14. Tengo esperanza en el futuro. 15. Estoy más irritable de lo usual. 16. Me resulta fácil tomar decisiones. 17. Siento que soy útil y necesario. 18. Mi vida tiene bastante interés. 19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera. 20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.					
		50 - 59	DEPRESION LEVE A MODERADA						
		60 - 69	DEPRESION MODERADA INTENSA						
		70 - MAS	DEPRESION INTENSA						

V2: FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA DE VALORACIÓN				
					Nunca (N)	Casi Nunca (CN)	A veces (AV)	Casi siempre (CS)	Siempre (S)
					1	2	3	4	5
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES	Los adolescentes deprimidos son poco identificados por sus padres, ellos a veces no buscan ayuda y son resistentes a consultar a un profesional de la salud. Cuando acuden para atención médica, lo hacen por manifestaciones somáticas. Por esta razón, pueden volverse vulnerable al no tener identificados sus problemas emocionales y así tal vez no podrán resolverse de forma espontánea y dificultarán el desarrollo psíquico normal de la adolescencia y de la vida adulta.	DE 18 – 20	NORMAL FUNCIONAL	<ol style="list-style-type: none"> Me satisface la ayuda que recibo de mi familia, cuando tengo algún problema y/o necesidad Me satisface como mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como la rabia, tristeza, amor Me satisface como compartimos en mi familia: <ol style="list-style-type: none"> El tiempo para estar juntos. Los espacios en la casa. El dinero. ¿Usted tiene un (a), amigo (a), cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda? Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as) 					
		DE 14-17	DISFUNCION AL LEVE						
		DE 10-13	DISFUNCION AL MODERADA						
		DE Menor ó igual a 9	DISFUNCIÓN SEVERA						

Anexo N° 03

CONOCIMIENTO INFORMADO

El presente trabajo de investigación es realizado por Gisela Sánchez Torres y Fiorella Sánchez Nogueira bachilleres de Psicología de la Universidad Científica del Perú, ubicada en el Distrito de San Juan Bautista, Provincia de Maynas y Departamento de Loreto, estudio que lleva por título:

“ Depresión y la Funcionalidad Familiar en Adolescentes de Instituciones Educativas Públicas de Menores N° 60027 y 6010227- 20116”.

Si ud. Accede a participar en este trabajo de investigación, se le solicitará responder a las 20 preguntas de las prueba de Escala de Auto-Medición de la Depresión y 8 preguntas de la prueba de APGAR ambas pruebas requieren tiempo de 5 minuto, Si tiene alguna duda sobre las pruebas puede hacer preguntas mientras dure su realización si por algún motivo no desea continuar con la prueba puede retirarse esto no le perjudicara en nada puesto que la aplicación de la prueba es voluntaria. Si hubiese alguna pregunta que le incomoda, inmediatamente comunique a las investigadoras, como también puede no responderlas, los datos que consignen en la prueba será de confidencial, de manera que las investigadoras puedan evaluar y obtener resultado. La participación en este estudio es estrictamente voluntario y la información que se recoja será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los de la investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación, es decir serán anónimas, después estas pruebas serán destruidas. Agradecemos su colaboración.

Acepto participar voluntariamente, en esta investigación ejecutada por GISELA SANCHEZ TORRES Y FIORELA SANCHEZ NOGUEIRA,, Bach. En Psicología de la Universidad Científica del Perú, del Distrito de San Juan Bautista, Provincia de Maynas, Departamento de Loreto. He sido informada (o) sobre objetivo de estudio “Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de las Instituciones Educativas de Menores N° 60027 y 6010227- 2016.

Tendré que responder 20 preguntas de la Prueba de Escala de Auto-Medición de Depresión y 08 preguntas de la Prueba de APGAR, cada prueba tiene un tiempo de 5 minutos cada uno.

Reconozco que la información que proporcione es para esta investigación, además que es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito. He sido informada (o) de que puedo hacer preguntas durante el proceso de desarrollo de los test, además que sí decido retirarme lo puedo hacer, sin que esto acarre perjuicio alguno hacia mi persona. Si hubiera alguna pregunta antes, durante o después del el proceso de desarrollo de la prueba , puedo contactarme con las investigadoras. Además si considero necesario solicitaré copia de la ficha de consentimiento.

.....

Nombre del (a) Participante

.....

Firma del (a)

ANEXO N° 04**FICHA TÉCNICA:**

- Nombre : Escala de Auto-Medición de la Depresión (EAMD)
- Autor : Dr. W. Zung.
- Año de Publicación : 1971
- Aplicación : Individual o Colectiva.
- Ámbito de Aplicación : Adolescentes y adultos.
- Duración : 05 minutos de trabajo efectivo.
- Finalidad : Medir las llamadas “Depresión”.
- Material : Cuestionario de Auto-Medición de la Depresión (EAMD), Manual y Parrillas de Calificación de Zung-Índice EAMD

Anexo N° 05

INSTRUMENTO PARA MEDIR DEPRESIÓN DE ZUNG

	Poco Tiempo	Algo de tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento abatido y melancólico.				
2. En la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5. Como igual que antes.				
6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo molestias de estreñimiento.				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10. Me canso aunque no haga nada.				
11. Tengo la mente tan clara como antes.				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo usual.				
16. Me resulta fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Mi vida tiene bastante interés.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.				

Anexo N° 06

TABLA PARA CONVERTIR LA SUMA TOTAL EN EL INDICE EAMD

SUMA TOTAL	INDICE EAMD	SUMA TOTAL	INDICE EAMD	SUMA TOTAL	INDICE EAMD
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

ANEXO 07
BAREMOS DE ZUNG

INDICE EAD	INTERPRETACIÓN
MENOS DE 50	DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES
50 - 59	DEPRESION LEVE A MODERADA
60 - 69	DEPRESION MODERADA INTENSA
70 - MAS	DEPRESION INTENSA

Anexo N° 08

PARRILLA DEL TEST ZUNG

1	2	3	4
4	3	2	1
1	2	3	4
1	2	3	4
4	3	2	1
4	3	2	1
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
4	3	2	1
4	3	2	1
1	2	3	4
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
1	2	3	4
4	3	2	1

ANEXO N° 09

FICHA TÉCNICA DE CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

- Nombre : Cuestionario de APGAR Familiar
- Autor : Dr. Gabriel Smilkstein Ashworth y Montano
- Año de Edición : 1978
- Adaptación : Bellon, Luna y Lardelli (1996)
- Forma de Administrar : Individual o Colectiva
- Tiempo Aplicación : 5 minutos
- Ámbito de Aplicación : Para adolescentes desde los 11 años y adultos.
- Significación : Técnica Psicométrica útil para diagnóstico de Problemas de Disfunción Familiar
- Características : Este cuestionario toma su nombre (APGAR): de las cuales presenta:
- Adaptación : Utilización de recursos para la procuración del bien común y la ayuda mutua para la resolución de problemas familiares.
- Participación : Distribución solidaria de responsabilidades familiares, se comparten y se resuelven problemas.
- Gradiente de Crecimiento: Autorrealización de los miembros de la familia.
- Afectividad : Relación afectiva entre los miembros de la familia.
- Resolución : Compartir tiempo y recursos en la resolución de problemas.

ANEXO N° 10

TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR - APGAR

Nombres y Apellidos:.....

Edad.....Sexo.....Estado Civil.....Ocupación.....

Fecha de Aplicación.....

Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. La familia es definida como el (los) individuos con quien Ud. usualmente vive. Si Ud. vive solo (a), su familia consiste en la (s), personas, con quienes Ud. tiene ahora el lazo emocional más fuerte.

Para cada pregunta marcar una x en el caso específico para Ud.

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	TOTAL
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia, cuando tengo algún problema y/o necesidad						
2. Me satisface como mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas						
3. Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades						
4. Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como la rabia, tristeza, amor						
5. Me satisface como compartimos en mi familia: 1. El tiempo para estar juntos. 2. Los espacios en la casa. 3. El dinero.						
6. ¿Usted tiene un (a), amigo (a), cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?						
7. Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)						
TOTAL PUNTAJE						

Anexo N° 11
BAREMOS DE APGAR FAMILIAR

ÍNDICE	INTERPRETACIÓN
1. DE 18 – 20	NORMAL FUNCIONAL
2. DE 14-17	DISFUNCIONAL LEVE
3. DE 10-13	DISFUNCIONAL MODERADA
4. DE Menor ó igual a 9	DISFUNCIÓN SEVERA

ANEXO N° 12



ANEXO N°13



ANEXO N° 14



Universidad Científica del Perú

"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAY"

FACULTAD
DE CIENCIAS
DE LA SALUD

San Juan, 09 de noviembre del 2016

OFICIO N° 632 -2016-UCP-FCS/D

Señora:
Directora de la Institución Educativa Pública
De Menores N°60027
Ciudad.-

N.E.F.S.M. N° 60027
SANTA CLARA DE NANAY
RECEPCIÓN

RECEBIDO POR
FECHA 10-11-2016
HORA 2.45
FIRMA

De mi consideración:

Asunto: Autorización para Ingreso de Bachilleres

Tengo a bien dirigirme a usted, para expresarle un cordial saludo y al mismo tiempo solicitarle se sirva brindar las facilidades a las Srtas. Bachilleres en Psicología: **FIGRELLA SÁNCHEZ NOGUEIRA y GISELA SÁNCHEZ TORRES**, para ingresar a realizar encuesta a los alumnos del 5to año de secundaria, con el fin de recabar información para su Proyecto de Tesis denominado: **"DEPRESIÓN Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 5to AÑO DE SECUNDARIA DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS DE MENORES DE N°60027 y N°6010227 DEL DISTRITO DE SAN JUAN DURANTE EL AÑO 2016"** con el fin de obtener su Título Profesional de Licenciada en Psicología.

Sin otro particular y agradeciendo la atención que se sirva brindar al presente, me suscribo de usted.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ
Facultad de Ciencias de la Salud
Jesús J. Mogallanes
Méd. Mgr. Jesús J. Mogallanes Castilla
Decano

Cc. Archivo
JMC/acp.

ANEXO N° 15



Universidad Científica del Perú

"AVANCE DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU"

FACULTAD
DE CIENCIAS
DE LA SALUD

San Juan, 09 de noviembre del 2016

OFICIO N° 633 -2016-UCP-FCS/D

Señora:

Directora de la Institución Educativa Pública
De Menores N°6010227 del Distrito San Juan
Ciudad.-

De mi consideración:

Asunto: Autorización para Ingreso de Bachilleres

Tengo a bien dirigirme a usted, para expresarle un cordial saludo y al mismo tiempo solicitarle se sirva brindar las facilidades a la Sra. Bachiller en Psicología: **GISELA SÁNCHEZ TORRES FIORELLA SÁNCHEZ NOGUEIRA y GISELA SÁNCHEZ TORRES**, para ingresar a realizar encuesta a los alumnos del 5to año de secundaria, con el fin de recabar información para su Proyecto de Tesis denominado: "DEPRESIÓN Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 5to AÑO DE SECUNDARIA DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS DE MENORES DE N°60027 y N°6010227 DEL DISTRITO DE SAN JUAN DURANTE EL AÑO 2016" con el fin de obtener su Título Profesional de Licenciadas en Psicología.

Sin otro particular y agradeciendo la atención que se sirva brindar al presente, me suscribo de usted.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ
Facultad de Ciencias de la Salud
José Gallardo
Méd. Mgr. Jesús J. Peralta Castiella
Decano

I.E.P.P.S.M. N° 6010227	
"LA ROCA"	
RECIBIDO	
Fecha	10/11/2016
Hora	3:20
N° Exp.	
Nivel	Sec.
Firma	<i>Suena</i>

Cc. Archivo
JMC/acp.

ANEXO N° 16

NÓMINA DE MATRÍCULA - 2016

El reporte de matrícula se emitirá haciendo uso de la Nómina de Matrícula del aplicativo informático SIAGIE (Sistema de Información de Apoyo a la Gestión de la Institución Educativa), disponible en <http://siagie.minedu.gob.pe>. Este reporte es de responsabilidad del Director de la I. E. y TIENE CARÁCTER OFICIAL.



MINISTERIO DE EDUCACIÓN

N° Orden	N° de D.N.I. o Código del Estudiante ⁽¹⁾	Datos de la Instancia de Gestión Educativa Descentralizada (DRE - UGEL)			Datos de la Institución Educativa o Programa Educativo					Periodo Lectivo			Ubicación Geográfica					
		Código	Nombre de la I. E.	UGEL	Número y/o Nombre	Código Modular	Resolución de Creación N°	Nivel/Ciclo ⁽²⁾	EBR	6927			Inicio	Fin	Opco.	Provincia	Departamento	Municipio
										Categoría ⁽⁷⁾	Programa ⁽⁸⁾	POD	14/03/2016	22/12/2016	LORETO			
1	D.N.I. : 7.6.0.9.1.3.9.3	AHUANARI INUMA, Sergio	692-82	Grado/Edad ⁽³⁾	5	Sección ⁽⁴⁾	T	Fecha de Nacimiento			Sexo	Apellidos y Nombres (Orden Alfabético)						
2	D.N.I. : 7.3.1.0.4.5.3.9	ALAVA TEAGUA, Edwin	692-82	Grado/Edad ⁽³⁾	5	Sección ⁽⁴⁾	T	Fecha de Nacimiento			Sexo	Apellidos y Nombres (Orden Alfabético)						
3	D.N.I. : 6.1.10.3.7.4.9.1	AMASIFUEN JIMENEZ, Jesus	692-82	Grado/Edad ⁽³⁾	5	Sección ⁽⁴⁾	T	Fecha de Nacimiento			Sexo	Apellidos y Nombres (Orden Alfabético)						
4	D.N.I. : 7.7.7.0.7.9.9.8	APUELA RIMACHI, Diego	692-82	Grado/Edad ⁽³⁾	5	Sección ⁽⁴⁾	T	Fecha de Nacimiento			Sexo	Apellidos y Nombres (Orden Alfabético)						
5	D.N.I. : 7.6.6.6.7.1.0.6	AQUITUARI DOS SANTOS, Jojisy Aylene	692-82	Grado/Edad ⁽³⁾	5	Sección ⁽⁴⁾	T	Fecha de Nacimiento			Sexo	Apellidos y Nombres (Orden Alfabético)						
6	D.N.I. : 7.6.8.3.1.5.4.3	ARICARA PACAYA, Monica Elizabeth	692-82	Grado/Edad ⁽³⁾	5	Sección ⁽⁴⁾	T	Fecha de Nacimiento			Sexo	Apellidos y Nombres (Orden Alfabético)						
7	D.N.I. : 7.5.1.9.0.6.1.9	ARICARA RUBIO, Nataly Naiti	692-82	Grado/Edad ⁽³⁾	5	Sección ⁽⁴⁾	T	Fecha de Nacimiento			Sexo	Apellidos y Nombres (Orden Alfabético)						
8	D.N.I. : 7.6.4.9.3.2.3.4	ARICARI MANUYAMA, Fressa Janny	692-82	Grado/Edad ⁽³⁾	5	Sección ⁽⁴⁾	T	Fecha de Nacimiento			Sexo	Apellidos y Nombres (Orden Alfabético)						
9	D.N.I. : 7.5.3.0.9.0.1	ARICARI PEZO, Daniel Enrique	692-82	Grado/Edad ⁽³⁾	5	Sección ⁽⁴⁾	T	Fecha de Nacimiento			Sexo	Apellidos y Nombres (Orden Alfabético)						
10	D.N.I. : 7.6.2.6.5.3.5.2	ARICARI USHINAHUA, Jenifer Janina	692-82	Grado/Edad ⁽³⁾	5	Sección ⁽⁴⁾	T	Fecha de Nacimiento			Sexo	Apellidos y Nombres (Orden Alfabético)						
11	D.N.I. : 7.7.1.7.3.9.3.7	CARTIMARI GONAS, Moises Alberto	692-82	Grado/Edad ⁽³⁾	5	Sección ⁽⁴⁾	T	Fecha de Nacimiento			Sexo	Apellidos y Nombres (Orden Alfabético)						
12	D.N.I. : 6.1.0.7.4.7.1.1	CHOTA HUANAQUIRI, Karday Jhoana	692-82	Grado/Edad ⁽³⁾	5	Sección ⁽⁴⁾	T	Fecha de Nacimiento			Sexo	Apellidos y Nombres (Orden Alfabético)						
13	D.N.I. : 7.5.1.9.0.8.4.2	CHOTA ROMANOL, Ronald Junior	692-82	Grado/Edad ⁽³⁾	5	Sección ⁽⁴⁾	T	Fecha de Nacimiento			Sexo	Apellidos y Nombres (Orden Alfabético)						
14	D.N.I. : 7.7.6.7.1.6.7	FALCON SANGAMA, Luz Maria	692-82	Grado/Edad ⁽³⁾	5	Sección ⁽⁴⁾	T	Fecha de Nacimiento			Sexo	Apellidos y Nombres (Orden Alfabético)						
15	D.N.I. : 7.5.1.8.0.5.2.0	GAIMA MACUYAMA, Amelita Roxana	692-82	Grado/Edad ⁽³⁾	5	Sección ⁽⁴⁾	T	Fecha de Nacimiento			Sexo	Apellidos y Nombres (Orden Alfabético)						
16	D.N.I. : 7.5.2.9.5.3.0.1	GRANDEZ ARIMUYA, Emanuel Jesus	692-82	Grado/Edad ⁽³⁾	5	Sección ⁽⁴⁾	T	Fecha de Nacimiento			Sexo	Apellidos y Nombres (Orden Alfabético)						
17	D.N.I. : 7.5.3.0.9.8.9.0	HIDALGO MANUYAMA, Maria Adelita	692-82	Grado/Edad ⁽³⁾	5	Sección ⁽⁴⁾	T	Fecha de Nacimiento			Sexo	Apellidos y Nombres (Orden Alfabético)						
18	D.N.I. : 7.0.6.7.7.2.8.8	JARAMILLO HUINAPI, Christopert	692-82	Grado/Edad ⁽³⁾	5	Sección ⁽⁴⁾	T	Fecha de Nacimiento			Sexo	Apellidos y Nombres (Orden Alfabético)						
19	D.N.I. : 7.5.2.1.3.4.3.0	JARAMILLO RIMACHI, Cristian	692-82	Grado/Edad ⁽³⁾	5	Sección ⁽⁴⁾	T	Fecha de Nacimiento			Sexo	Apellidos y Nombres (Orden Alfabético)						
20	D.N.I. : 7.3.3.2.3.3.9.7	JARAMILLO VILLAGORTA, Any	692-82	Grado/Edad ⁽³⁾	5	Sección ⁽⁴⁾	T	Fecha de Nacimiento			Sexo	Apellidos y Nombres (Orden Alfabético)						
21	D.N.I. : 7.5.2.1.3.4.3.9	JIMENEZ PACCA, Leandro	692-82	Grado/Edad ⁽³⁾	5	Sección ⁽⁴⁾	T	Fecha de Nacimiento			Sexo	Apellidos y Nombres (Orden Alfabético)						

(1) Nivel / Ciclo : Para el caso EBR/EBE: (NI) Inicial (PR) Primaria (SEC) Secundaria Para el caso EBA: (I) Inicial, (INT) Intermedio, (AV) Avanzado
 (2) Modalidad : (EBR) Educ. Básica Regular, (EBA) Educ. Básica Alternativa.
 (3) Grado/Edad : En el caso de EBR: Ciclo 1°, 2°, 3°, Avanzado 1°, 2°, 3°, 4°
 En el caso de EBA: Ciclo 1°, 2°, Intermedio 1°, 2°, Avanzado 1°, 2°, 3°, 4°
 (4) Característica : (U) Unidocente, (PM) Polidocente Multigrado y (PC) Polidocente Completo.
 (5) Forma : (E) Escolarizado, (NoE) No Escolarizado Para el caso EBA: (P) Presencial, (SP) Semi Presencial, (A) A distancia
 (6) Sección : A, B, C, Colección de la sección inicial o a se trata de Nivel Inicial
 (7) Gestión : (PGD) Pub. de gestión directa, (PGP) Pub. de Gestión Privada, (PR) Privada (PRN) PERANA: Prog. de Educ. Bas. Altern. de Niños y Adolescentes (PRJ) PEJUNA: Prog. de Educ. Bas. Altern. de Jóvenes y Adultos (PRM) PERMANA: Prog. de Educ. Bas. Altern. de Jóvenes y Adultos Ninos y Adolescentes, y Jóvenes y Adultos. Búsqueda Altern. de Colocar. - en caso de no corresponder.
 (8) Programa : (M) Matemática, (T) Tercer, (N) Noche
 (9) Turno : (M) Mañana, (T) Tercer, (N) Noche
 (10) Situación de Matrícula : (I) Ingresante, (P) Promovido, (R) Replanteo, (RE) Reenrolante, (S) Solo en el caso de EBA: (RE) Reingresante
 (11) País : (E) Ecuador, (C) Colombia, (V) Venezuela, (CH) Chile, (OT) Otro
 (12) Lengua : (C) Castellano, (AN) Aymara, (SH) Shuar, (OT) Otro
 (13) Escudería de la Madre : (SE) Sin Escudería, (P) Primaria, (S) Secundaria, Y (SP) Superior
 (14) Tipo de discapacidad : (I) Intelectual, (DA) Auditiva, (DV) Visual, (DM) Motora, (SC) Sordociego (OT) Otro
 En caso de no aplicarse discapacidad, dejar en blanco
 (15) IE de procedencia : para el caso de estudiantes que proceden de otra Institución Educativa.
 (16) N° de DNI o Cod. Dni : El Cod. en E.I. se anota solo en el caso que el estudiante no posea DNI.
 Etc.

N° Orden	D.N.I. o Código del Estudiante ⁽¹⁶⁾	Apellidos y Nombres (Orden Alfabético)	Fecha de Nacimiento			Sexo H/M	Situación de Matriculación ⁽¹⁰⁾	País ⁽¹¹⁾	Padre vive SI / NO	Madre vive SI / NO	Lengua Materna ⁽¹²⁾	Segunda Lengua ⁽¹²⁾	Trabaja el Estudiante SI / NO	Horas semanales que labora	Escolaridad de la Madre ⁽¹³⁾	Nacimiento Registrado SI/NO	Tipo de Discapacidad ⁽¹⁴⁾	Institución Educativa de procedencia ⁽¹⁵⁾	Número y/o Nombre
			Día	Mes	Año														
22	D.N.I. 7.5.1.9.0.8.2.9	MACUYAMA ARICARA, Rodrigo	19	10	1999	H	P	P	SI	SI	C	NO	NO	S	SI				
23	0.5.0.3.9.8.0.7.3.0.0.9.8.0	MONTES MURAYARI, Bella Shirley	15	02	1998	M	P	P	SI	SI	C	NO	NO	P	NO				
24	0.5.0.2.0.2.0.8.5.0.0.4.6.0	NOLORBE CUMAPA, Rosa Diana	19	08	1999	M	P	P	SI	SI	C	NO	NO	P	NO				
25	D.N.I. 7.2.7.1.9.9.8.1	NOLORBE MANUYAMA, Verónica	02	08	1999	M	P	P	SI	SI	C	NO	NO	S	SI				
26	D.N.I. 7.5.2.7.6.6.2.4	OROCHI VISERRA, Segundo Francisco	08	07	1999	H	P	P	SI	SI	C	NO	NO	P	SI				
27	D.N.I. 7.6.1.5.3.1.9.8	PANAIFO TUISIMA, Jostin Lehi	09	02	2000	H	P	P	SI	SI	C	NO	NO	S	SI				
28	D.N.I. 7.2.7.8.0.6.0.0	RICOPA ARIRAMA, Sy Alejandra	08	07	1997	M	P	P	SI	SI	C	NO	NO	P	SI				
29	D.N.I. 7.6.6.4.6.3.4.4	RUIZ GARCIA, Deyvi	04	10	1995	H	P	P	SI	SI	C	NO	NO	P	SI				
30	D.N.I. 7.6.3.5.9.1.3	RUIZ GARCIA, Janeth	08	07	1998	M	P	P	SI	SI	C	NO	NO	P	SI				
31	D.N.I. 7.6.2.5.2.1.4.2	SANGAMA CANAYO, Luis Mariano	27	05	1999	H	P	P	SI	SI	C	NO	NO	P	SI				
32	D.N.I. 6.0.9.4.4.0.7.8	TUANAMA MANUYAMA, Dalivie Saral	28	01	2000	M	P	P	SI	SI	C	NO	NO	S	SI				
33	D.N.I. 7.7.5.6.5.7.5.7	USHINAHUA MACUYAMA, Fabiola Jasmin	16	10	1999	M	P	P	SI	SI	C	NO	NO	S	SI				
34	D.N.I. 7.3.6.7.2.6.0.0	VILCHEZ SOZA, Eduardo	06	12	1999	H	P	P	SI	SI	C	NO	NO	P	SI				
35	D.N.I. 6.1.2.6.6.6.2.8	VILLANUEVA VASQUEZ, Juan Carlos	14	01	2000	H	P	P	SI	SI	C	NO	NO	S	SI				
36																			
37																			
38																			
39																			
40																			
41																			
42																			
43																			
44																			
45																			
46																			
47																			
48																			
49																			
50																			

Resumen	
Hombres	18
Mujeres	17
Total	35

VENANCINO LOZANO, ROLANDO
Responsable de la matrícula

Firma - Post Firma



SALDANA RAMIREZ, MARIA ELISA
Directora

Firma - Post Firma y Sello

Aprobación de la Nómina			
R.D. Institucional	Día	Mes	Año
RD/N° 024-2016	20	04	2016



MINISTERIO DE EDUCACIÓN

NÓMINA DE MATRÍCULA - 2016

El reporte de matrícula se emitirá mediante uso de la Nómina de Matrícula del aplicativo Informático SIGIE (Sistema de Información de Apoyo a la Gestión de la Institución Educativa), disponible en <http://sigie.minedu.gob.pe>. Este reporte es de responsabilidad del Director de la I.E. y TIENE CARÁCTER OFICIAL.

N.º de Matrícula	N.º de D.N.I. o Código del Estudiante ⁽¹⁾	Apellidos y Nombres (Orden Alfabético)	Datos de la Institución Educativa o Programa Educativo				Período Lectivo				Ubicación Geográfica		
			Número y/o Nombre	Código Modular	Resolución de Creación N.º	Nivel/Grado	Inicio	Fin	Dpto.	Provincia			
1	D.N.I.: 7.6.0.9.1.3.9.3	AHUANARI INUMA, Sergio	60027	692-82	5	14/03/2016	22/12/2016	LORETO	MIYNAS				
2	D.N.I.: 7.3.1.0.4.5.3.9	ALAVA TEAGUA, Edwin											
3	D.N.I.: 6.1.0.3.7.4.9.1	ANASIFUEN JIMENEZ, Jesus											
4	D.N.I.: 7.7.7.0.7.9.9.8	APUELA RIMACHI, Diego											
5	D.N.I.: 7.6.6.7.1.0.6	AQUITARI DOS SANTOS, Joysy Aylen											
6	D.N.I.: 7.6.8.3.1.5.4.3	ARICARA PACAYA, Montca Elizabeth											
7	D.N.I.: 7.5.1.9.0.8.1.9	ARICARA RUBIO, Nataly Nat											
8	D.N.I.: 7.6.4.9.3.2.3.4	ARICARI MANUYAMA, Fresia Jenny											
9	D.N.I.: 7.5.3.0.9.9.0.1	ARICARI PEZO, Daniel Enrique											
10	D.N.I.: 7.6.2.6.5.3.5.2	ARICARI USHIRAHUA, Jenifer Janina											
11	D.N.I.: 7.7.1.7.3.9.3.7	CARITIMARI GONAS, Moises Alberto											
12	D.N.I.: 6.1.0.7.4.7.1.1	CHOTA HUANACQUI, Karolay Juoana											
13	D.N.I.: 7.5.1.9.0.8.4.2	CHOTA ROMANOL, Ronald Junior											
14	D.N.I.: 7.7.6.7.1.6.7	FALCON SANGAMA, Luz María											
15	D.N.I.: 7.5.1.8.0.5.2.0	GAIMA MACUYAMA, Amelita Roxana											
16	D.N.I.: 7.5.2.9.5.3.0.1	GRANDEZ ARIMUYA, Emanuel Jesus											
17	D.N.I.: 7.5.3.0.9.8.9.0	HIDALGO MANUYAMA, María Adellita											
18	D.N.I.: 7.0.6.7.7.2.8.8	JARAMILLO HUIÑAPI, Christopert											
19	D.N.I.: 7.5.2.1.3.4.3.0	JARAMILLO RIMACHI, Cristian											
20	D.N.I.: 7.3.1.2.3.1.9.7	JARAMILLO VILLACORTA, Anty											
21	D.N.I.: 7.5.2.1.3.4.3.9	JIMENEZ PACA, Lizandro											

(1) Nivel / Ciclo : Para el caso EBREBE: (NI) Inicial (PR) Primaria (SEC) Secundaria
 Para el caso EBA: (NI) Inicial, (INT) Intermedio, (AVA) Avanzado
 (2) Modalidad : (EBR) Educ. Básica Regular, (EBA) Educ. Básica Alternativa,
 (3) Grado/Edad : En el caso de E. Inicial: regular/Edad (0,4,2,3,4,5)
 En el caso de Primaria o Secundaria: registrar grados: 1,2,3,4,5,6.
 En el caso de EBA: C: Inicial 1°, 2°, Intermedio 1°, 2°, 3° Avanzado 1°, 2°, 3°, 4°.
 (4) Característ.: Primarias: (U) Unidocentes, (PM) Polidocentes Multigrado y (PC) Polidocente Completo.
 (5) Forma : (E) Escolarizado, (NE) No Escolarizado
 Para el caso EBA: (P) Presencial, (SP) Semi Presencial,
 (AD) A distancia
 (6) Sección : A.B.C., Colección de acción única o
 (7) Sección : (PC) Pobl. de gestión directa, (PP) Pobl. de Gestión Privada, (PR) Privada
 (8) Programa : (PBI) PEDANA: Prog. de Educ. Bas. Altern. de Niños y Adolescentes
 (PBI) PERAJA: Prog. de Educ. Bas. Altern. de Jóvenes y Adultos
 (PBI) PEDANAPERAJA: Prog. de Educ. Básica Altern. de Jóvenes y Adultos
 (E) EBA
 Colocar "x" en caso de no corresponder
 (9) Turno : (M) Matutino, (T) Tardío, (N) Noche
 (10) Situación de Matrícula : (I) Ingresante, (P) Promovido, (R) Replante, (RE) Reintegrante,
 (S) Sob. en el caso de EBA: (RE) Reintegrante
 (11) País : (P) Perú, (E) Ecuador, (C) Colombia, (B) Brasil, (BO) Bolivia, (CH) Chile, (CO) Otro
 (12) Lengua materna : (SE) Castellano, (Q) Quechua, (A) Aymara, (OT) Otra lengua, (E) Lengua extranjera
 (13) Idioma de la Madre : (SE) Castellano, (Q) Quechua, (A) Aymara, (S) Shuar, (S) Shipibo, (OT) Otro
 (14) Tipo de discapacidad : (BI) intelectual, (DA) Audición, (DV) Visual, (MA) Motriz,
 (F) Físico, (M) Múltiple, (OT) Otro
 En caso de no adolecer discapacidad: dejar en blanco
 (15) IE de procedencia : Sob. para el caso de estudiantes que provienen de otra Institución Educativa,
 (16) N.º de DNI o Cod. Dist. : ET Cod. del Est. Se anota solo en el caso que el estudiante no posea D.N.I.,
 ETI.

N° Orden	D.N.I. o Código del Estudiante ⁽⁶⁾	Apellidos y Nombres (Orden Alfabético)	Fecha de Nacimiento			Sexo H/M	Datos del Estudiante										Código Modular	Número y/o Nombre
			Día	Mes	Año		Situación de Matrícula(10)	País(11)	Padre vive SI/NO	Madre vive SI/NO	Lengua materna(12)	Segunda Lengua(12)	Trabaja el Estudiante SI/NO	Horas semanales que labora	Escolaridad de la Madre(13)	Nacimiento Registrado SI/NO		
22	D.N.I. 7.5.11.9.0.8.2.9	MACUYAMA, RICARA, Rodrigo	19	10	1998	H	P	P	P	SI	SI	C	NO	SI	SI			
23	0.5.0.3.9.8.0.7.3.0.0.9.8.0	MONTE MURAYARI, Bella Shirley	15	02	1998	M	P	P	P	SI	SI	C	NO	P	NO			
24	0.5.0.2.0.2.0.5.5.0.0.4.6.0	NOLORBE CUMAPA, Rosa Diana	19	08	1999	M	P	P	P	SI	SI	C	NO	P	NO			
25	D.N.I. 7.2.7.1.9.9.8.1	NOLORVE MANUYAMA, Veronica	02	08	1998	M	P	P	P	SI	SI	C	NO	S	SI			
26	D.N.I. 7.5.2.7.6.6.2.4	OROCHO VISERRA, Segundo Francisco	08	07	1999	H	P	P	P	SI	SI	C	NO	P	SI			
27	D.N.I. 7.6.1.5.3.1.9.8	PANAIFO TUISIMA, Joselin Lehi	09	02	2000	H	P	P	P	SI	SI	C	NO	S	SI			
28	D.N.I. 7.2.7.8.0.6.0.0	RICOPA ARIRAMA, Sly Alesandra	08	07	1997	M	P	P	P	SI	SI	C	NO	P	SI			
29	D.N.I. 7.6.6.4.6.3.4.4	RUIZ GARCIA, Deyvi	04	10	1995	H	P	P	P	SI	SI	C	NO	P	SI			
30	D.N.I. 7.6.16.3.5.9.1.3	RUIZ GARCIA, Janeth	08	07	1998	M	P	P	P	SI	SI	C	NO	P	SI			
31	D.N.I. 7.6.2.5.2.1.4.2	SANGAMA CANAYO, Luis Mariano	27	05	1999	H	P	P	P	SI	SI	C	NO	P	SI			
32	D.N.I. 6.0.9.4.4.0.7.8	TUANAMA MANUYAMA, Dalvia Saral	28	01	2000	M	P	P	P	SI	SI	C	NO	S	SI			
33	D.N.I. 7.7.5.6.5.7.5.7	USHINAHUA MACUYAMA, Fabiola Jasmin	16	10	1999	M	P	P	P	SI	SI	C	NO	S	SI			
34	D.N.I. 7.3.6.7.2.6.0.0	VILCHEZ SOZA, Eduardo	06	12	1999	H	P	P	P	SI	SI	C	NO	P	SI			
35	D.N.I. 6.1.2.6.6.2.8	VILLANUEVA VASQUEZ, Juan Carlos	14	01	2000	H	P	P	P	SI	SI	C	NO	S	SI			
36																		
37																		
38																		
39																		
40																		
41																		
42																		
43																		
44																		
45																		
46																		
47																		
48																		
49																		
50																		

Resumen:	
Hombres:	18
Mujeres:	17
Total:	35

VENANCINO LOZANO, ROLANDO
Responsable de la matrícula



Firma - Post Firma

Aprobación de la Nómina		
R.D. Institucional	Día	Mes
RD/N° 024-2016	20	04
Año		
2016		

Firma - Post Firma y Sello

SALDANA RAMIREZ, MARIA ELISA
Director(a) de la Institución Educativa

ANEXO N° 17

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
ACTA CONJUNTA DE EVALUACIÓN INICIAL DEL
NIVEL DE EDUCACIÓN SECUNDARIA EBR - 2016

Los resultados de la evaluación de cada grado y sección se reportan en el Acta Final que se encuentra en el Sistema de Información de Apoyo a la Gestión de la Institución Educativa - SIMAGIE, disponible en <http://siagie.minedu.gob.pe>. Este formulario TIENE VALOR OFICIAL.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Table with columns: DNI/Código del Estudiante, Datos de la Institución Educativa, Período Lectivo, Inicio, Fin, Ubicación Geográfica, and various evaluation metrics. Includes a stamp from the Ministry of Education.

- (1) Anotar los datos de la Institución Educativa...
(2) Anotar Código del Estudiante únicamente si el estudiante tiene DNI.
(3) Modalidad
(4) Gestión
(5) Grado
(6) Sección
(7) Turno
(8) N° Área/Taller Desaprobado
(9) Situación Final
(10) Motivo del Retiro
(11) Ubicación
(12) Est. Insuficiente
(13) Otro
(14) Observaciones
(15) Especial. Ocupacional

TABLA 1

Table with 2 columns: Código(15) and Especialidad Ocupacional - Módulo

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
ACTA CONSOLIDADA DE EVALUACIÓN INTEGRAL DEL NIVEL DE EDUCACIÓN SECUNDARIA EBR - 2016

Los resultados de acreditación de cada grado y sección se encuentran en el Acta Final que se encuentra en el Sistema de Información de Apoyo a la Gestión de la Institución Educativa - SIAGIE, disponible en: <http://siagie.minedu.gob.pe>. Este formulario TIENE VALOR OFICIAL.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Table with columns: DNI/Código del Estudiante, Datos de la Institución Educativa, Período Lectivo, Áreas y Talleres Curriculares, Ubicación Geográfica, and a grid for subject evaluation (A-F, A-P).

- (1) Anotar los datos de la Institución Educativa UGEL...
(2) Medialista
(3) Medialista
(4) Gestión
(5) Grado
(6) Sección
(7) Turno
(8) Medialista/Desaprobado
(9) Situación Final
(10) Motivo del Retiro
(11) Ubicación
(12) Est. Independ
(13) Otra
(14) Observaciones
(15) Especial. Ocupacional
(16) Situación Final
(17) Retiro
(18) Desaprobado
(19) Transferido
(20) Faltado
(21) Postergación de Evaluación.

TABLA 1
Especialidad Ocupacional - Módulo
Código(s)



RESUMEN ESTADÍSTICO	Cantidad de Estudiantes Según Sexo						Total	Porcentaje (%)	Observaciones ⁽¹⁴⁾					
	Total	H	M	M	M	M								
Apellidos y Nombres (Orden Alfabético) DNI / Código del Estudiante ⁽²⁾														
22	04111511851100940	SINOS CACHIQUE, Shariely	Victoria	M	11	12	11	0%						
23	DNI	75684589	TORRES LOPEZ, Henry Alexander	H	11	13	14	0%						
24	DNI	76255840	UPARI YUJARIMA, Ruth Dorild	M	11	14	13	15	14	13	14			
25	DNI	75338005	UTIA RAMIREZ, Segundo Eladio	H	11	14	15	14	13	14	15			
26	DNI	63095978	VALLS GRANDEZ, Neoyarquina	M	11	14	13	15	15	13	14			
27	DNI	76820404	VILLALOBOS NUÑEZ, Ricardo Yampier	H	11	14	14	15	15	14	15			
28	DNI	75977124	YUMBATO PINEDO, Daniñka Scarily	M	11	13	14	15	14	15	14			
29	DNI	75206937	ZAMORA LAULATE, Alexander	H	11	12	11	11	12	15	12	11	14	
30				H	11	14	14	15	13	14	16	14	13	15
31														
32														
33														
34														
35														
36														
37														
38														
39														
40														
41														
42														
43														
44														
45														
46														
47														
48														
49														
50														

SAN JUAN
 Lugar e Ciudad
 16 de Enero de 2017
 día mes año
 Lic. Jesus C. Pizar Davila Mgr.
 Sub-Director



NOMBRE DEL PROFESOR DE ÁREA - TALLER	
1.	MUNOZ LOPEZ Roberto
2.	SILVA LOPEZ Roger
3.	RENGIFO PANDURO Ivanna Roger
4.	
5.	
6.	

NOMBRE DEL PROFESOR DE ÁREA - TALLER	
A.	JUSEBIO DEL AGUIAR Domitian
B.	AMACIUEÑEGARCIA Dominicos
C.	RIOS PEÑA Ana Raquel
D.	RIVERA MOZOMBITE Magnolia
E.	ARENAS PUMARI Ruben Rolando
F.	TUESTA CUMARI Eduardo
G.	MUNOZ LOPEZ Roberto
H.	RODRIGUEZ Henry