

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**ESTRUCTURA Y TIPOLOGÍA FAMILIAR EN
ESCOLARES ADOLESCENTES CON TRASTORNO
DEPRESIVO DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
ESTATAL DE LIMA – PERÚ DURANTE EL AÑO 2016.**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
DYANNE NELLYBETH DE LA ROSA CAMPOS**

**PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA-PERÚ

2018

ASESORA:

Mag. Leny Bravo Luna

AGRADECIMIENTO:

Agradezco a Dios y a mi familia por su constante apoyo para cumplir el sueño de ser una profesional en la carrera que tanto me apasiona.

DEDICATORIA:

Dedico la tesis a todas las personas que me ayudaron y motivaron a seguir y realizar la misma.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la estructura y tipología familiar más prevalente en escolares adolescentes de 14 a 17 años con trastornos depresivos de una institución educativa estatal de Lima – Perú durante el año 2016. **Materiales y métodos:** El Estudio fue de tipo observacional, descriptivo, transversal. Se estudiarán a los escolares adolescentes de 14 a 17 años del Tercer a Quinto año de secundaria de la institución educativa estatal “Ramón Castilla” del distrito de San Martín de Porres, Lima – Perú; 2016. Se aplicó la encuesta para Depresión basada en la Escala de Birleson Modificado, y la encuesta de “¿Cómo es tu familia?” validada por la Organización Panamericana de Salud. El análisis a realizar será en Microsoft Excel 2013 y SPSS versión 22 para Windows. **Resultados:** Se encontró que de los 160 escolares, el 60% tenía Distimia, mientras que la Depresión mayor se manifestó en el 23,8% de los casos. Respecta a la tipología familiar, se encontró que el 46,9% tenía una familia extensa y en un 20,7% familia incompleta. **Conclusión:** Se pudo identificar que la tipología familiar más prevalente fue la extensa, mientras que la estructura familiar más prevalente estuvo constituida por aquellas familias con más de cuatro miembros y cuya percepción de jerarquía estaba reflejada solamente en el padre.

PALABRAS CLAVE: Relaciones Familiares; Adolescentes; Depresión; Medicina Familiar. **(Fuente:** DeCS BIREME).

ABSTRACT

Objective: Identify the most common family structure and typology in school adolescents aged 14 to 17 years with depressive disorders a state educational institution of Lima - Peru during 2016.

Materials and methods: the study was of the type observational, descriptive, transversal. It will be explored adolescents from 14 to 17 years of three through five year state secondary of "Ramon Castilla" highschool of the district of San Martin de Porres, Lima - Peru; 2016. The survey was based on Modified Birleson Depression Scale, and the survey "How is your family?" Validated by the Pan American Health Organization will apply. The analysis was done with Microsoft Excel 2010 and SPSS version 22 for Windows.

Results: It was found that of the 160 students, the 60% had dysthymia, while major depression manifested itself in 23,8 per cent of the cases. With regard to the family type, found that 46,9% had an extended family and a 20,7% incomplete family.

Conclusion: we could identified to the family type more prevalent was the extensive, while the family structure more prevalent was constituted by those families with more than four members and whose perception of hierarchy was reflected only in the father.

KEYWORDS: Family Issues; Depressive Disorder; Teenagers; Family Medicine. (**Source:** MeSH NLM).

PRESENTACIÓN

La presente tesis titulada “Estructura y tipología familiar en escolares adolescentes con trastorno depresivo de una institución educativa estatal de Lima – Perú durante el año 2016” se basó en la necesidad de poder identificar cómo están estructuradas aquellas familias de adolescentes que presentan trastornos depresivos como la distimia o depresión, así como también saber cómo es su relación de ellos con sus respectivos padres y/u otro miembro de la familia. Por ello se planteó como objetivo general del estudio determinar la estructura y tipología familiar más prevalente en escolares adolescentes de 14 a 17 años con trastorno depresivo de una institución educativa estatal de Lima – Perú, 2016.

La tesis fue dividida en cinco capítulos. En el Capítulo I, se dio una visión general del problema de estudio. Así mismo, se brindó en esta parte la justificación e importancia de esta investigación, así como se establecieron claramente sus objetivos.

En el Capítulo II, se hizo uso de todo el bagaje científico para poder sustentar el marco teórico de la tesis, y así poder demostrar la importancia de esta investigación. Esto se hizo mediante la revisión de antecedentes científicos tanto peruanos como extranjeros.

Entorno al Capítulo III, en este se explicó la metodología que se utilizó para realizar el estudio. Se desarrolló tanto el tipo de investigación, la composición de la población para este estudio, así como también, en la sección de técnicas e instrumentos de recolección de datos, se profundizó en la estructura de las dos encuestas que se aplicaron en el estudio, las cuales fueron: la encuesta ¿Cómo es tu familia? validada por la OPS y la otra es la Escala de Birleson Modificada para la detección de trastornos depresivos.

En el Capítulo IV, se plantearon los resultados de la investigación, los cuales fueron mostrados a través de gráficos y tablas de doble entrada, así mismo

estos fueron discutidos y contrastados con los resultados de estudios nacionales e internacionales. Por otro lado, en el Capítulo V, se culminó mencionando las conclusiones del estudio, así como se expuso una recomendación por cada conclusión obtenida de la investigación.

ÍNDICE

	Pág.
1. CARÁTULA.....	I
2. ASESOR.....	II
3. AGRADECIMIENTO.....	III
4. DEDICATORIA.....	IV
5. RESUMEN.....	V
6. ABSTRACT.....	VI
7. PRESENTACIÓN.....	VII
8. ÍNDICE.....	VIII
9. LISTA DE TABLAS.....	IX
10. LISTA DE GRÁFICOS.....	X
11. LISTA DE ANEXOS.....	XI
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	3
1.4. OBJETIVOS.....	4
1.4.1. GENERAL.....	4
1.4.2. ESPECÍFICOS.....	4
1.5. PROPÓSITO.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	6
2.2. BASE TEÓRICA.....	10
2.3. HIPÓTESIS.....	20
2.4. VARIABLES.....	20
2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	20
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	22
3.2. ÁREA DE ESTUDIO.....	22
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	22
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	24
3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	25
3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	25
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
4.1. RESULTADOS.....	26
4.2. DISCUSIÓN.....	33
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. CONCLUSIONES.....	35
5.2. RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
ANEXOS.....	43

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, PSICOLÓGICAS Y FAMILIARES DE LOS ESCOLARES ADOLESCENTES.....	26
TABLA N° 02: ROL DE LOS PADRES DE FAMILIA Y SU RELACIÓN CON LOS ESCOLARES ADOLESCENTES.....	28
TABLA N° 03: TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN LA ESTRUCTURA Y TIPOLOGÍA FAMILIAR DE LOS ESCOLARES ADOLESCENTES.....	32

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N° 01: CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN DEL ESCOLAR ADOLESCENTE CON SU FAMILIA.....	29
GRÁFICO N° 02: FORMAS EN LAS QUE LA FAMILIA DEL ESCOLAR ADOLESCENTE AFRONTA SITUACIONES ADVERSAS...	30
GRÁFICO N° 03: TIPO DE PERSONA EN LA QUE EL ESCOLAR ADOLESCENTE BUSCA APOYO ANTE SITUACIONES ADVERSAS.	31

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO N° 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	45
ANEXO N° 02: INSTRUMENTO.....	46
ANEXO N°03: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	53
ANEXO N°04: ASENTIMIENTO INFORMADO.....	54
ANEXO N° 04: CALIFICACIÓN DE LA ESCALA DE BIRLESON.....	55
ANEXO N°05: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	56
ANEXO N°06: DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDA.....	57

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Depresión en adolescentes es una condición frecuente en el que la familia juega un rol muy importante. En los últimos años, su impacto es muy elevado, generando consecuencias notorias en la Salud Pública. Esta se inicia con su forma más severa en la infancia y adolescencia, persistiendo a lo largo de la adultez ¹.

Factores etiológicos para este trastorno pueden ser genéticos como el mayor riesgo de depresión en aquellos que provienen de progenitores con trastornos afectivos ². Por otro lado, también se han detectado factores dependientes de la misma persona, tales como la ideología de destruirse a sí mismo, la ausencia de logros en las actividades diarias, una mala autoimagen y una pobre autoestima ^{3,4}. Así mismo, la influencia del entorno social es muy importante para la génesis de los trastornos depresivos, por lo cual tampoco debe de ser olvidado ^{5,6}.

En relación a los aspectos de pronóstico, la depresión tiene un curso recurrente y crónico. Con el tratamiento adecuado entre el 70 y 80% de los casos pueden disminuir significativamente su sintomatología, mientras que de los que no reciben tratamiento el 20% de los individuos continúan deprimidos tras un año, y el 40% tienen remisión parcial ⁷.

Se ha identificado que la existencia de síntomas de depresión se asocia con morbilidad y mortalidad muy significativa. Los síntomas propios de la depresión pueden ser emocionales, somáticos y cognitivos ⁸⁻¹⁰. Entre los síntomas emocionales se tienen a la alteración del humor, desinterés y poco placer para las actividades del día a día, tristeza, entre otros. Por otro lado, como síntomas somáticos están la baja del peso corporal, la disminución o exceso del sueño, y cansancio extremo debido a la sensación de falta de energía. Y finalmente como síntomas cognitivos están la excesiva culpa hacia los problemas, poca capacidad para la concentración, y la ideación

suicida constante, este último presente más frecuentemente en adolescentes con disfunción depresiva de mayor grado ¹¹⁻¹³.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es una prioridad a afrontar. Actualmente más de 350 millones de personas la padecen, a pesar de ser tratable la mayoría no seguir ningún tratamiento. Según indican, para el 2020, esta será la principal causa de pérdida laboral y será una de las enfermedades más frecuentes a nivel mundial ¹⁴⁻¹⁷.

En el Perú, según los Estudios Epidemiológicos del INSM “HD-HN” en Salud Mental 2002-2007, los episodios depresivos tienen una prevalencia de 7%, siendo el trastorno clínico más incidente en los adolescentes. Un estudio similar realizado en colegios del Departamento de Junín, el 36,4% de los escolares adolescentes presentaron sintomatología depresiva ¹⁸.

Por otro lado, uno de los factores que influyen para la presencia de depresión en el adolescente es la familia ¹⁹. Y en el Perú, tres de cada cuatro adolescentes peruanos viven con sus dos padres biológicos y solo un 10% de los adolescentes no viven con ninguno de sus padres, aun cuando estos viven ²⁰. Mas no hay estudios que hayan descrito estructura ni tipología familiar en los adolescentes con sintomatología depresiva.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General:

- ¿Cuál es la estructura y tipología familiar más prevalente en escolares adolescentes de 14 a 17 años con trastorno depresivo de una institución educativa estatal de Lima – Perú durante el año 2016?

1.2.2. Problemas Específicos:

- ¿Cuál es la frecuencia de escolares adolescentes con trastorno depresivo de una institución educativa estatal de Lima?

- ¿Cuál es el tipo de trastorno depresivo más frecuente en los escolares adolescentes de una institución educativa estatal de Lima?
- ¿Cuál es la estructura familiar que predominó en los escolares adolescentes con trastorno depresivo de una institución educativa estatal de Lima?
- ¿Qué tipología familiar fue la más frecuente en los escolares adolescentes con trastorno depresivo de una institución educativa estatal de Lima?

1.3. JUSTIFICACIÓN

1.3.1. Justificación Teórica:

Sabemos que el trastorno depresivo es constante en la población de nuestro país y que se acentúa más en la infancia y adolescencia. Este tiene como un principal influyente la situación o estado de la familia ¹⁹. En el Perú se ha descrito que tres de cada cuatro adolescentes peruanos viven con sus dos padres biológicos y alrededor del 10% de adolescentes que no viven con ninguno de los dos, aun cuando estos se encuentran vivos ²⁰. Mas no hay estudios que hayan descrito estructura ni tipología familiar en los adolescentes con sintomatología depresiva.

1.3.2. Justificación Práctica:

La realización de la tesis nos permitió identificar cuántos adolescentes con trastornos depresivos existen en los diferentes tipos y estructuras de la familia, para con esto poder incidir en la familia, brindándole educación, mejorando la comunicación con el adolescente y por ende el bienestar psicológico y emocional que éste necesita.

1.3.3. Justificación Metodológica:

Para investigar el tema se planteó una metodología observacional, descriptiva y transversal; donde se vio cómo la sintomatología depresiva se

hacia presente en adolescentes pertenecientes a diferentes tipos y estructuras de la familia no antes descritos en otros estudios.

1.3.4. Justificación Económica-Social:

Se realizó el presente estudio en escolares adolescentes (14 años - 17 años de edad) que pertenecían al distrito de SMP en Lima, la cual actualmente tiene un elevado crecimiento demográfico, altas tasas de violencia familiar, pobreza e inseguridad ciudadana; problemas que constituyen factores de riesgo para la salud en general y la salud mental en particular.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

- Identificar la estructura y tipología familiar más prevalente en escolares adolescentes de 14 a 17 años con trastorno depresivo de una institución educativa estatal de Lima – Perú, 2016.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Estimar la frecuencia de escolares adolescentes con trastorno depresivo de una institución educativa estatal de Lima – Perú.

- Identificar el tipo de trastorno depresivo más frecuente en los escolares adolescentes de una institución educativa estatal de Lima – Perú.

- Identificar la estructura familiar que predominó en los escolares adolescentes con trastorno depresivo de una institución educativa estatal de Lima – Perú.

- Identificar la tipología familiar más frecuente de los escolares adolescentes con trastorno depresivo de una institución educativa estatal de Lima – Perú.

1.5. PROPÓSITO

Considerando que no existen estudios previos en nuestro país que investiguen el trastorno depresivo en adolescentes en base al contexto familiar.

A través de esta investigación, se buscó mostrar cuán frecuente es la depresión en nuestra sociedad, y con ello permitir que distintas instituciones tanto públicas como privadas puedan enfocarse en brindar apoyo a través de programas o políticas para la disminución del trastorno depresivo en los adolescentes, y con ello atacar a una de las principales causas de suicidio a nivel mundial.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Ospina y col. En su estudio titulado “Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía” en el año 2011 (Colombia) ²¹ intentaron conocer cuál era la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en su población de estudio, la cual estuvo constituida por alrededor de 500 estudiantes en etapa adolescente. Con el estudio se pudo conocer que más del 40% presentaba síntomas de estas dos enfermedades, siendo más frecuente mayormente en el sexo femenino. Ellos concluyeron haciendo mención, que el estudio fue importante dado que permitió identificar una población patológica a la cual le realizarían seguimiento y tratarían de brindar apoyo psicológico.

Pérez y col. En su estudio titulado “Depresión en adolescentes. Relaciones con el desempeño académico” en el año 2001 (Argentina) ²² tuvieron el objetivo de buscar relacionar el estado depresivo con el rendimiento que los escolares puedan tener en diferentes cursos. Su población estuvo conformada por aproximadamente 800 participantes. Tras un análisis correlacional que aplicaron, ellos encontraron que no había correlación entre el rendimiento y la depresión, no obstante, al tratar de agregar otras variables en el análisis tales como el sexo o edad, pudieron encontrar que la correlación entre el rendimiento y la depresión depende básicamente de estas otras variables intervinientes.

Galicia y col. En su estudio titulado “Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar” en el año 2009 (México) ²³ tuvieron dos objetivos, el primero fue conocer cuán frecuente era la depresión en la etapa adolescente, así como sus características y el efecto que podía causar en el rendimiento escolar. El segundo intentó buscar relación entre la depresión y las relaciones que podían mantener los estudiantes con sus familiares. En el estudio se encuestó a

aproximadamente 250 escolares y se aplicaron varias encuestas, entre las que se usaron para depresión fueron el test de Zung y el de Kovacks. Siendo así se pudo encontrar, que la mayoría de casos de depresión fueron en el sexo femenino y que en alrededor del 30% tenían un grado elevado de severidad. Por el contrario, no encontraron relación entre el estado depresivo con el tipo de relación familiar que sostuvieran los estudiantes.

López y col. En su estudio titulado “Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes” en el año 2012 (México) ²⁴ intentaron relacionar procesos de estrés como causales de síntomas depresivos. Ellos encuestaron a alrededor de dos mil adolescentes, a los cuales les aplicaron el test de Sandin y el CES-D-R. Pudiendo hallar que alrededor del 80% de la población había sufrido algún tipo de episodio de estrés, y el menos del veinte por ciento había presentado síntomas del estado depresivo. A través de análisis estadístico encontraron que estas dos variables estaban fuertemente correlacionadas.

Larraguibel y col. En su estudio titulado “Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes” en el año 2000 (Chile) ²⁵ a través de una revisión buscaron encontrar entre toda la literatura cuáles eran los factores que podían conllevar a una conducta suicida entre la población menor a 18 años. Ellos encontraron que entre los factores más frecuentes están la falta de una calidez en el hogar, así como un déficit en la comunicación que deben de mantener padres e hijos. Además de ello, encontraron que la depresión es una de las principales enfermedades psicológicas que puede guiar a tener una conducta de tipo suicida.

Pérez y col. En su estudio titulado “Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana” en el año 2010 (México) ²⁶ intentaron conocer cuántos adolescentes tenían ideas suicidas, así como cuántos de ellos intentaron suicidarse y los factores que pudieron conllevar a esto. El estudio

fue hecho en más de 12000 adolescentes, y se encontró que alrededor de la mitad de todos ellos tenían ideas que podían conllevar al suicidio, así como que menos del 10% intentaron hacerlo. Factores que se identificaron para esto fue una pobre relación entre el hijo y los padres, así como síntomas del estado depresivo, entre otros.

Peña y col. En su estudio titulado “Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes” en el año 2002 (Cuba) ²⁷ se plantearon conocer cómo era el comportamiento de aquellos pacientes que habían intentado suicidarse. En total se estudiaron a alrededor de 80 pacientes, a los cuales a través de una aplicación llamada “16 PF” se les pudo identificar distintos perfiles psiquiátricos, entre los cuales resaltaba el depresivo, ansioso y temeroso. La mayor parte del grupo estudiado había intentado suicidarse a través de la intoxicación con distintos tipos de fármacos, especialmente los utilizados para pacientes psiquiátricos.

Cortés y col. En su estudio titulado “Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la Provincia Sancti Spíritus” en el año 2010 (Cuba) ²⁸ realizaron un estudio que juntó un cierto número de casos de pacientes que habían intentado suicidarse, en total aproximadamente 80 casos. De todos ellos se pudo conocer que entre las principales causas del intento de perder la vida fueron problemas con los miembros de la familia, en la escuela y con la pareja sentimental. Así mismo se encontró que los pacientes no encontraron apoyo, y muchos de ellos carecían de comunicación con sus padres Y/o no contaban con la ayuda de alguien cercano a quien contarle sus problemas.

Cruz y col. En su estudio titulado “Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes, Pinar del Río” en el año 2011 (Cuba) ²⁹ intentaron conocer cuáles eran los factores que podían desencadenar que un adolescente pueda llegar a intentar suicidarse. En un total de aproximadamente 40 casos versus 80 adolescentes controles, se encontró que el principal factor con una

significancia muy elevada para el intento suicida eran desórdenes psicoafectivos, entre ellos el estado depresivo y el daño que les generaba las diversas dificultades que tenían con los problemas escolares tales como el bullying.

Rivera y col. En su estudio titulado “Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos. El papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales” en el año 2013 (México) ³⁰ realizaron un estudio en el que buscaron conocer aquellos factores familiares y sociales que pudieran estar asociados a rasgos depresivos en los adolescentes de distintas zonas socioeconómicas del estado de México. Se tuvo una población de 360 estudiantes participantes distribuidos en alrededor de 16 zonas socioeconómicas. El tipo de muestreo fue por cuotas. Entre los resultados se pudieron obtener principalmente que el 42% de la población presentó sintomatología depresiva, así mismo, se pudieron identificar factores de riesgo tales como el ser de género femenino, tener dificultad para el control de las emociones y el no tener iniciativa de búsqueda de apoyo relacionado con una falta de comunicación.

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1. Familia:

2.2.1.1. Definición:

La familia puede ser definida como el conjunto de personas entre las cuales se van poder encontrar distintos vínculos, pero el principal es el vínculo de afinidad destacado a través del matrimonio.

Desde distintos puntos de vista, la familia tiene funciones importantes en la sociedad. Los padres son los encargados de formar adecuadamente a los hijos, de inculcarles una buena labor cultural y social, y de darles un sustento emocional bueno que les sea vital para que tengan un excelente crecimiento³¹.

2.2.1.2. Tipología Familiar:

Es la clasificación de la familia y se dividen en:

- Nucleares completas: Definida por la presencia de los padres ya sean biológicos o padres adoptivos, y los hijos cuya calidad de estado civil sea de solteros.
- Extensas: Este modo de familia está formado por integrantes de tres generaciones del árbol familiar, englobando de por sí a todos sus miembros.
- Monoparental: Conformada por un solo miembro de la pareja progenitora y los hijos pierden contacto con uno de los padres³².
- Homoparental: Relación matrimonial entre dos personas del mismo sexo, que tienen hijos por adopción y/o procreación asistida.

- Incompletas: Se puede conocer a esta, como el tipo de familia donde uno de los miembros falta, ya sea uno de los padres, estando solamente un papá y los hijos, o donde ambos papás fallecen y los hermanos viven solos, asumiendo uno de ellos la categoría paterna.
- Reconstituidas: Esta familiar tal como su nombre lo dice, es una reconstrucción, en la cual uno de los padres que tiene la calidad de separado, vive con su nueva pareja y los hijos de esta.
- Mixtas: Es la familia donde se unen padres que tienen hijos, pero con el antecedente de ambos ser divorciados. Pueden integrarse también hijos de su nuevo compromiso.

2.2.1.3. Estructura Familiar:

Cuando hablamos de esto, nos referimos a cómo va a estar constituida la familia, y cómo cada uno de sus miembros va a interactuar. Para este hay elementos que lo influyen como:

- Límites: Vienen a ser las reglas que se van a poner para una buena relación entre los que integran la familia.
- Jerarquía: Es la forma cómo se va a distribuir el poder entre sus integrantes, con el fin de poder tener el control.
- Centralidad: Se refiere a poner a un miembro de la familia como eje sobre el cual giran las interacciones entre sus miembros, sin importar si son negativas o positivas.
- Periferia: Es lo contrario a centralidad, y en este caso se pone al integrante menos acogido por el resto.
- Alianzas: Se refiere al establecer enlaces o lazos entre cada miembro para poder lograr algún objetivo propuesto.

- Coaliciones: Es algo similar a la alianza, pero se diferencia de esta, porque en este caso lo que se busca es causar daño.

2.2.1.4. Tamaño de la Familia:

Cantidad de personas que van a integrar el hogar ³³.

2.2.1.5. La Familia en el Perú:

La familia en el Perú a lo largo de los años ha ido cambiando. Inicialmente era una familia donde el padre era el único que brindaba el sostén del hogar, y la madre era dedicada exclusiva y únicamente al cuidado de los hijos. Estos últimos, en la mayoría de los casos se dedicaban al negocio familiar, sin llegar a estudiar una carrera profesional. Así mismo, la madre no tenía el control de su natalidad, y en la gran cantidad de casos llegaban a tener un sin número de hijos, es ahí donde las familias eran muy numerosas, escaseaban los recursos económicos, y no se les podían brindar las mismas oportunidades a todos ³³.

Todo eso ha ido cambiando hasta la actualidad, con el paso de los años los miembros de las familias se han ido volviendo mucho más independientes. Las madres ahora llegan a cursar estudios superiores, logrando conseguir trabajo en buenos puestos. Es más, ahora deciden tener en la mayoría de casos entre 2 o 3 hijos, sin temor alguno a lo que el cónyuge les pueda decir.

Por otro lado, los padres respetan más las decisiones y opiniones de sus esposas, obteniendo así mayor participación y actividad en el ámbito familiar. El padre en la actualidad entiende que no es dable subyugar a que los hijos sigan lo que él decide, sino que es importante dejar que ellos tomen sus propias decisiones tanto en el área social y profesional de sus vidas. Los hijos por otro lado, saben el mayor compromiso que tienen ellos con sus padres, al serles brindadas mayores oportunidades.

Lamentablemente, el hecho de que los padres trabajen y/o estudien, conlleva a que les dediquen menos horas a sus hijos. Esto genera que los

hijos sean cuidados por los abuelos ya sean paternos o maternos y/o por cuidadoras tales como las niñeras.

Gran parte de estos hijos suelen no ver a sus padres por varios días o meses, creciendo muchas veces sin una imagen paterna o materna. Así mismo, muchos de los padres se pierden las experiencias que sus hijos van obteniendo con su crecimiento.

Este poco contacto entre padres e hijos genera que estos últimos puedan vivir distintos problemas y no haya alguien que los pueda guiar, buscando apoyo en gente ajena a su familia tales como amigos u otros.

Muchos de estos hijos desarrollan trastornos depresivos que a la larga nunca son detectados o tratados oportunamente y viven con ella durante adolescencia conllevando ello a episodios de rebeldía y a que estos se sientan incomprendidos.

Ahora, si bien han habido cambios en la familia que se pueden denominar como buenos, también han habido cambios que no han traído muchos beneficios, y por el contrario han perjudicado la relación padres-hijos, conllevando a un aislamiento afectivo de estos últimos.

Este, aunque no se crea, es un grave problema que ya está empezando a acarrear una serie de consecuencias en la sociedad, tales como el abandono del hogar por parte de los hijos o los suicidios que los mismos realizan.

Todo lo anterior ha sido una breve descripción que puede abarcar una gran mayoría de las familias específicamente de Lima, no obstante, Lima no es todo el Perú.

Tanto en las regiones Sierra como Selva las tradiciones y costumbres familiares son muy distintas. En gran parte va a depender de la etnia a la que estas pertenezcan. Solo por citar un ejemplo, en la parte Sierra aún se profesa la costumbre de que la mujer tenga una paridad muy alta, llegando a

tener más diez hijos. Así mismo, dichos hijos cuando crecen son llevados a que se dediquen a la agricultura, y que este sea su estilo de vida, dada la pobre economía y las escasas oportunidades de estudio que hay en estas regiones del país. Conllevando así a un ciclo vicioso que generación tras generación se repite sin solución alguna.

2.2.1.6. La Familia, la Sociedad y los Trastornos Depresivos:

La familia a lo largo de tiempo es vital para el desarrollo de cada persona. En la actualidad, la familia es considerada un factor muy importante que puede influenciar positiva o negativamente hacia la persona.

Una de sus formas de influencia negativa, ya sea a través de constantes problemas y discusiones entre los padres, el divorcio de los mismos, estados de pobreza que limitan las oportunidades para los hijos, entre muchos otros, conllevan a que las personas, en este caso los hijos, lleguen a desarrollar diversos tipos de trastornos psicológicos, entre ellos los trastornos depresivos, ya sea distimia o depresión.

Los padres en la actualidad, dedican muy poco tiempo a sus hijos, debido a la parte laboral que realizan. Gran parte de ellos, llegan a casa cuando sus hijos ya están durmiendo, dificultándose así actividades como la recreación o la realización de charlas retrospectivas que permitan solucionar los problemas de los hijos, y a la par estrechar la relación padre – hijo que debería de existir.

La existencia de este poco contacto conlleva a que los hijos busquen ayuda en personas no adecuadas, o quizá tienen problemas mucho mayores que los que ellos ya tienen de por sí, acarreado esto a que los hijos busquen malas amistades y se inicien en el mundo de la delincuencia, pandillaje o las drogas en la mayoría de los casos.

Todo esto es un grave problema, que no es más que el reflejo de la soledad, tristeza, depresión y falta de afecto que los hijos, ya en su etapa adolescente, obtienen en su familia.

He ahí la importancia de la familia para un buen desarrollo del adolescente.

Lamentablemente, esto es muy poco entendido por la mayoría de las personas de la sociedad, no comprendiendo que, en sus manos, es decir en sus familias, tienen la solución de la gran mayoría de problemas que aquejan actualmente al Perú y que afectan a toda la población.

Según estudios que realizan en todo el mundo, los trastornos depresivos son muy frecuentes en la población. Las familias en el Perú no son ajenas a eso.

Si se quiere lograr que los problemas en la sociedad disminuyan, se tiene que comenzar a trabajar desde el núcleo familiar. Este es punto importante que siempre se debe de tener en cuenta.

2.2.2. Trastornos Depresivos:

2.2.2.1. Definición:

Es una alteración emocional de la persona, donde hay pérdida del placer, desgano y desánimo por las actividades del día a día, generándole un daño a su vida ³³.

2.2.2.2. Clasificación de Depresión:

- Distimia: Es parte de los trastornos depresivos, el cual va a tener una duración de 24 meses a más, y si bien va a tener síntomas leves, va a generarle un daño en la vida diaria de la persona. Este se puede presentar entre uno a más episodios severos durante la vida del ser vivo.
- Depresión mayor: Este es también un trastorno depresivo, pero en el cual sus síntomas van a ser más severos y van a generarle un mayor daño a la

vida de la persona. Puede llegar a incapacitarla y causar que no retorne con normalidad a su vida diaria.

2.2.2.3. Prevención de los Trastornos Depresivos:

Más que el manejo de los trastornos depresivos, es muy importante la prevención de los mismos.

La prevención en los adolescentes debe darse inicialmente en las escuelas, estas deben contar con psicólogos y/o personal médico que pueda brindar charlas constantes tanto a padres como hijos sobre las buenas relaciones familiares que deben tener y sobre cómo prevenir los trastornos depresivos.

Así mismo, este personal médico debe evaluar constantemente a los estudiantes y dialogar con ellos, para poder detectar así cuando haya algún problema en sus familias para que este pueda ser tratada oportunamente.

Otra vía para la prevención, también es que los padres dediquen mayor tiempo a sus hijos en sus hogares tratando de ordenar sus horarios de trabajo. Además de ello, aprovechar los días libres que estos tienen para poder pasarla juntos en actividades recreativas.

Además de ello, los padres tienen que buscar la forma de estar la mayoría de aquellos eventos importantes para la vida de sus hijos, tales como sus cumpleaños, graduaciones, etc.

Otra forma que puede ayudar a que los adolescentes no se sientan solos y caigan en la depresión, es promover sus relaciones de ellos con otros miembros de la familia que tengan sus mismas edades, tales como primos. Ya que al ser estos parte de la familia, pueden ayudar con las actividades recreativas del adolescente.

Así mismo, entre dejar al adolescente al cuidado de una cuidadora o niñera y dejarlo al cuidado de los abuelos, debe preferirse a estos últimos, ya que

pueden ser un reflejo de autoridad paterna y pueden guiar y orientar de mejor manera a los hijos.

Tras todo lo mencionado, se ha dejado notar que hay muchas formas para prevenir los trastornos depresivos, y que si se llegan a practicar es muy probable que se logren unas mejores relaciones familiares.

2.2.3. Adolescente:

2.2.3.1. Definición:

Es la etapa entre la edad aproximada de 10 y 19 años, en los cuales se van a presentar una gran cantidad de cambios en todos los perfiles de la persona.

2.2.3.2. Psicología del adolescente:

La adolescencia es una etapa donde van a ocurrir múltiples cambios en el cuerpo de la persona. Pero no solamente a nivel físico, sino también a nivel psicológico y sexual.

Se podría decir que la adolescencia es el camino hacia la madurez que deberá de concretarse con la juventud. He ahí el por qué es importante conocerlo bien.

En la adolescencia, el adolescente experimenta muchos cambios emocionales, caracterizados principalmente por la inestabilidad emocional que sufre.

Este grupo se siente incomprendido, siente que su familia no los quiere, y en su gran mayoría buscan solucionar sus problemas con sus amigos.

Esta inestabilidad emocional hace que el adolescente este muy propenso a presentar distintos tipos de trastornos psicológicos, tales como los de tipo depresivos como la Distimia y Depresión, así como los trastornos de la alimentación, tales como la anorexia y bulimia.

En la adolescencia es donde resalta la gran importancia funcional que tienen los psicólogos como el personal médico para guiar al adolescente por el camino correcto.

Un gran porcentaje de adolescentes abandonan los estudios, se dedican a formar grupos de pandillaje, delincuencia, así mismo, en el caso de las adolescentes, estas caen en la gran mayoría de casos en el embarazo adolescente, dado que no llegaron a recibir consejería de tipo sexual, o si bien la recibieron, no llegaron a comprender la importancia del mismo.

Al adolescente se le puede describir como un ser vulnerable a cualquier factor existente en la sociedad, es un ser que por el hecho de sentirse incomprendido, puede realizar muchas acciones ya sean buenas o malas, que posteriormente definirán su futuro en todos los ámbitos.

Al adolescente se le tiene que brindar todo el apoyo posible, ya sea apoyo de los padres y de su entorno. Se tiene que buscar su bienestar y hacerlo sentir querido, apreciado y comprendido.

En caso de que ello no ocurra, el adolescente pierde el camino correcto fácilmente y de manera muy difícil retornará al mismo.

La psicología del adolescente es muy compleja. Muchos de los padres olvidan que alguna vez pasaron por esa etapa y dan al abandono a sus hijos, no llegando a brindarles el sustento que ellos necesitan para vivir esta etapa.

Es importante explicar todo lo anterior al adolescente y a sus padres por medio de charlas educativas, para que de tal manera sepan a qué se enfrentan y cómo afrontar el mismo.

La adolescencia es una etapa difícil, que sólo de la familia y la sociedad dependerá cómo el adolescente la vaya a vivir.

2.2.3.3. Los Trastornos Depresivos y el adolescente:

Tal y como se mencionó en la sección anterior, el adolescente es inestable emocionalmente y ello lo vuelve en un punto vulnerable ante los factores negativos que puedan existir en su familia y la sociedad ³⁴.

Estos factores negativos ya sean problemas familiares, escolares u otros, generan que este adolescente en cuestión se aíse y se sienta infeliz, ello conlleva que su estilo de vida se altere por completo, generándole algunos síntomas depresivos inicialmente, los cuales con su permanencia en el tiempo se volverán más complejos y se generarán un trastorno depresivo de por sí.

Ya sea Distimia o Depresión, el adolescente necesita ser visto por un psicólogo o un personal médico para que pueda ayudarlo a manejar esto.

El adolescente en muchos casos no sabe que padece algún tipo de trastorno depresivo, he ahí la importancia de que estos sean detectados oportunamente por personal de la escuela o por algún miembro de la familia, y solo así poder evitar las graves consecuencias a las que este puede acarrear con el tiempo.

2.2.3.4. Consecuencias de los Trastornos Depresivos en los adolescentes:

Los trastornos depresivos afectan de manera global a la salud del adolescente. Le trae repercusiones en el ámbito familiar, escolar, amical, entre otros.

En la gran mayoría de casos, los puede llevar al pandillaje, vandalismo y consumo de drogas de diversos tipos.

En más del 50% suele asociarse a trastornos alimentarios como la bulimia y anorexia.

En casos severos puede generar en adolescente ideas suicidas, los cuales suelen llegar a intentos de suicidios y terminar en suicidios propiamente.

Así de graves y mortales llegan a ser las consecuencias de los trastornos depresivos en los adolescentes si es que no se detectan a tiempo y/o si es que no se les trata oportunamente.

2.3. HIPÓTESIS

No se ha planteado una hipótesis por considerarlo como un estudio netamente descriptivo.

2.4. VARIABLES

2.4.1. Variable Principal:

Estructura y tipología familiar en escolares adolescentes con trastornos depresivos. (Anexo N°1).

2.4.2. Variables intervinientes:

- Número de miembros en la familia.
- Jerarquía familiar.
- Número de escolares adolescentes con Distimia.
- Número de escolares adolescentes con Depresión mayor.

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

2.5.1. Familia:

Conjunto de personas entre las cuales se van poder encontrar distintos vínculos como matrimonio o de sangre.

2.5.2. Tipología de Familia:

Clasificación de la familia, donde estas pueden ser completas, incompletas, extensas o mixtas.

2.5.3. Estructura familiar:

Se expresará según la cantidad de los que integran la familia y la percepción de Jerarquía en la familia por parte del adolescente. Se usará para su

identificación la Encuesta "¿Cómo es tu Familia?" de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

2.5.3.1. Cantidad de integrantes:

Se expresa en números e indica el número de miembros por los que está conformada la familia. Responde a la pregunta N° 5 de la Encuesta "¿Cómo es tu Familia?" de la OPS.

2.5.3.2. Jerarquía:

Obtenido de la sumatoria de puntos en las preguntas N° 16 y 17 de la Encuesta. Un puntaje entre 7-10 puntos; revelará que uno de los dos padres es quien tiene el mayor poder en el hogar. Mientras que entre 2-4 puntos representa una tendencia al caos en la organización familiar.

2.5.4. Trastornos Depresivos:

Se expresará como Distimia si se obtiene un puntaje entre 13 y 21 puntos o Depresión Mayor si obtiene un puntaje entre 22 y 42 puntos, ambos serán diagnosticados según la Escala de Birleson Modificada.

2.5.4.1. Distimia:

Si obtiene un puntaje entre 13 y 21 puntos en la Escala de Birleson modificada.

2.5.4.2. Depresión mayor:

Mayor si obtiene un puntaje entre 22 y 42 puntos en la Escala de Birleson Modificada.

2.5.5. Adolescente:

Etapas del crecimiento, que la OMS la considera entre los 14 y 17 años de vida.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE ESTUDIO

- Por intervención de quien investiga: Observacional.
- Por la planificación que se hace con la toma de datos: Prospectivo.
- Por las veces que se mide la variable: Transversal.
- Por el número de variables de interés: Descriptivo.
- Por el nivel de Investigación: Descriptivo

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

El área fue la Institución Educativa Estatal “Ramón Castilla” del distrito de SMP, Lima – Perú durante el año 2016.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

- Población: Los escolares adolescentes de tercero a Quinto año de secundaria de la Institución Educativa Estatal “Ramón Castilla” del distrito de SMP, Lima – Perú durante el año 2016.
- Unidad de análisis: Un escolar adolescente de tercero a quinto año de secundaria de la Institución Educativa Estatal “Ramón Castilla” del distrito de SMP, Lima – Perú durante el año 2016.
- Muestra: 160 escolares adolescentes de Tercero a Quinto año de secundaria de la Institución Educativa Estatal “Ramón Castilla” de SMP- Lima – Perú durante el año 2016.
- Muestreo: Se realizó un muestreo de tipo probabilístico estratificado.
- Fórmula: Probabilística para una Población finita y conocida.

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{i^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

n: Tamaño de la muestra

Z: Z de $(1 - \alpha) = 1,96$

p: Prevalencia de la enfermedad = 0,50

q: Complemento de p = 0,50

N: Población

i: Precisión= 10% =0,10

- Para los escolares adolescentes del 3° grado de secundaria, la muestra sería 53 alumnos:

$$n = \frac{(1,96)^2 * 120 * 0,5 * 0,5}{(0,1)^2 * (119) + (1,96)^2 * 0,5 * 0,5} \quad n = 53,44$$

- Para los escolares adolescentes del 4° grado de secundaria, la muestra sería 54 alumnos:

$$n = \frac{(1,96)^2 * 122 * 0,5 * 0,5}{(0,1)^2 * (121) + (1,96)^2 * 0,5 * 0,5} \quad n = 53,98$$

- Para los escolares adolescentes del 5° grado de secundaria, la muestra sería 53 alumnos:

$$n = \frac{(1,96)^2 * 116 * 0,5 * 0,5}{(0,1)^2 * (115) + (1,96)^2 * 0,5 * 0,5} \quad n = 52,78$$

- Software usado: El cálculo fue realizado con el software Microsoft Excel 2013.

- Área de estudio: Institución Educativa Estatal “Ramón Castilla” SMP, Lima – Perú durante el año 2016.

- Criterios de Inclusión:

- Alumnos de 14 a 17 años
- Alumnos que cursen del 3° al 5° grado de Secundaria.

- Criterios de Exclusión:

- Los estudiantes que se negaron a ser partícipes del estudio.
- Aquellos padres de familia que se negaron a que sus hijos participen del estudio.
- Los estudiantes con trastornos mentales reportadas por el tutor de la institución educativa.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó la recolección de datos mediante la aplicación de dos cuestionarios a la población ya mencionada.

La encuesta constó de dos partes, la primera parte fue confeccionada acorde a la escala de Birleson Modificado validada en el Perú (Anexo N° 02). La cual fue un instrumento unidimensional, auto aplicable tipo Likert, que tuvo un cálculo de 0,73 para el alfa de Cronbach, que indicó una buena consistencia interna ¹⁹. A diferencia del Birleson original, a este instrumento se le agregaron los ítems: ideación suicida, alteraciones en la concentración, irritabilidad, desesperanza, somatización y pérdida del placer por compartir con pares, y se le retiró el ítem “me gusta hablar con mi familia”. El máximo puntaje obtenido es 42 y los puntajes entre 13 y 21 indicaron la presencia de Distimia; mientras que valores de 22 o más indicaron Depresión mayor.

Para la segunda parte de la encuesta, se seleccionaron 18 de las 25 preguntas del cuestionario “¿Cómo es tu familia?” ²⁰. Se decidió únicamente utilizar las 18 preguntas para poder tener un mayor enfoque en el estudio de la tipología y estructura familiar.

La encuesta “¿Cómo es tu familia?” fue validado por la OPS y consistió en un cuestionario simple (Anexo N° 03). La Tipología familiar fue identificada a través de la pregunta N° 6 de dicha encuesta, pudiéndose determinar los tipos de familia como Completa, Extensa, Mixta, Incompleta y otros tipos. La

estructura familiar fue estudiada a través del número de miembros en la familia mediante la pregunta N° 5 y a través de la jerarquía familiar mediante las preguntas N° 16 y 17.

El tiempo de aplicación de ambos instrumentos fue de 20 minutos en promedio.

3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se gestionó el permiso correspondiente previamente con la dirección de la Institución Educativa Estatal “Ramón Castilla”, la cual envió un comunicado impreso en los cuadernos de control de los estudiantes, mencionando la aplicación del cuestionario a los padres de familia para que dieran su consentimiento. Previa aplicación de las encuestas, se les realizó el asentimiento informado a cada uno de los estudiantes (Anexos N° 01). Se contó con el apoyo de personal para la recolección, los cuales fueron debidamente capacitados y entrenados para tal fin, y quienes participaron en el proceso de encuestar en las aulas de la institución educativa estatal “Ramón Castilla”.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para procesar se usaron los programas Microsoft Excel 2013 y el paquete estadístico SPSS versión 23. Para las variables cuantitativas o numéricas se establecieron promedios y medianas. Para las variables cualitativas o categóricas se determinaron proporciones. Así mismo se evaluó mediante histogramas las distribuciones normales de los datos para una posterior comparación de las medias y medianas obtenidas. Todo el análisis se realizó con un intervalo de confianza del 95% y fue mostrado en tablas de doble entrada y gráficos estructurados específicamente para el estudio.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

De los 160 escolares adolescentes de la Institución Educativa Estatal “Ramón Castilla” del distrito de San Martín de Porres, Lima – Perú, se obtuvo una tasa de respuesta del 100%. Así mismo se pudo identificar que el género femenino predominó sobre el masculino en un 54,4%, también se pudo conocer que el número de estudiantes según el año de estudio en el colegio no muestra mucha variación manteniéndose entre 33,1% y 33,8%. La edad promedio de la población estudiada fue de 14 años.

TABLA N°1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS PSICOLÓGICAS Y FAMILIARES DE LOS ESCOLARES ADOLESCENTES

Características	n	%
Género		
Femenino	87	54,4
Masculino	73	45,6
Edad		
14	46	28,8
15	39	24,4
16	32	20,0
17	43	26,9
Grado de Secundaria		
Tercer	53	33,1
Cuarto	54	33,8
Quinto	53	33,1
Trastornos Depresivos		
Normal	26	16,3
Distimia	96	60
Depresión Mayor	38	23,8
¿Cuántas personas viven con tu familia?		
Dos (2)	10	6,3
Tres (3)	22	13,8
Cuatro (4)	31	19,4
Cinco (5)	54	33,8
Seis (6)	29	18,1

Siete (7)	11	6,9
Ocho (8)	3	1,9
Otros	0	0,0
Tipo de Familia		
Nucleares Completas	24	15,0
Incompletas	37	23,1
Extensas	89	55,6
Mixtas	7	4,4
Otra	3	1,9
¿Quién manda en tu familia?		
Mi madre	28	17,5
Mi Padre	86	53,8
Pareja de mi madre	26	16,3
Pareja de mi padre	11	6,9
Otra persona	7	4,4
Cambia (varía)	0	0,0
Nadie	2	1,3
No sé	0	0,0
Todos	0	0,0
En mi familia sabemos muy bien quién manda		
Totalmente Cierto	160	100

Fuente: Elaboración propia del autor según las encuestas ¿Cómo es tu familia? y Escala de Birluson.

En relación a los trastornos depresivos, se encontró que el 60% tenía Distimia, mientras que la depresión mayor se manifestó en el 23,8% de los casos y sólo el 16,3% se encontraba aparentemente normal. Además, se observó que el 33,8% vivía con familias conformadas por cinco miembros. En lo que respecta a la tipología familiar, se encontró que el 55,6% tenía una familia extensa, seguido por familia incompleta en un 23,1% y en un 15% tenían una familia de tipo nuclear completa. Acerca de quién tenía la Jerarquía en la familia, en mayor porcentaje (53,8%) encontramos al padre, seguido de la madre en un 17,5 y en un 16,3% representado por la pareja de la madre. (Tabla N°1).

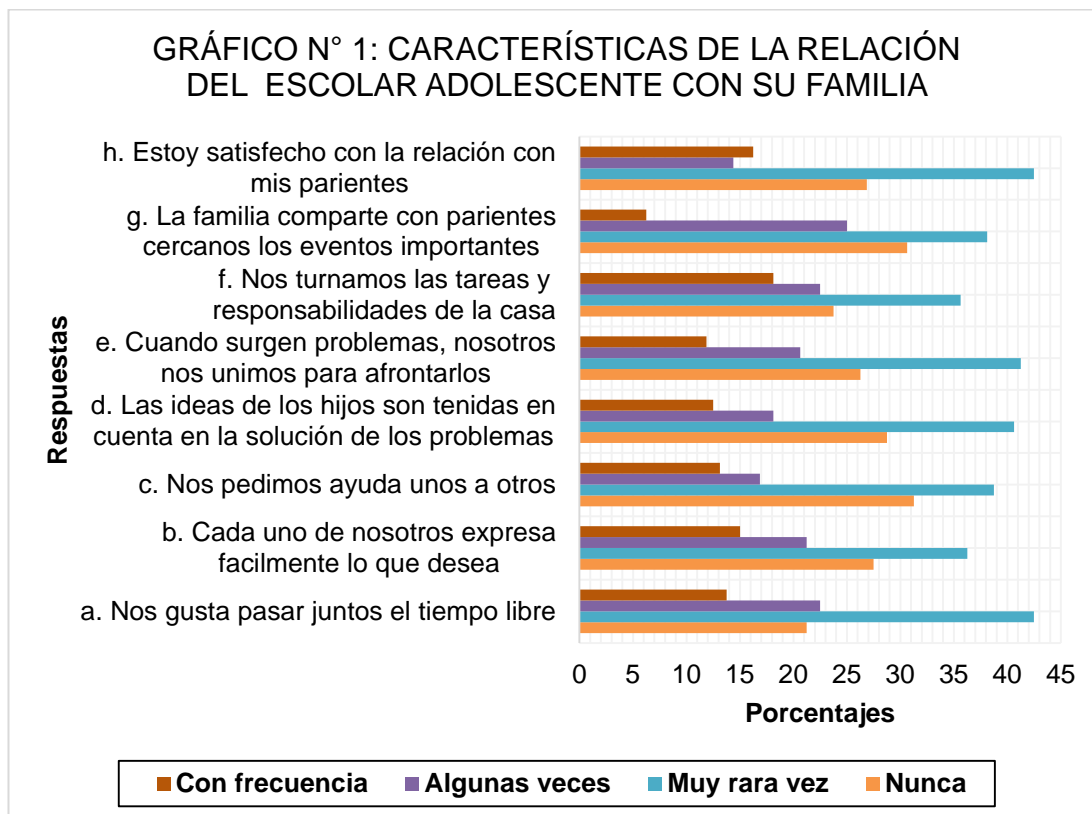
TABLA N° 2. ROL DE LOS PADRES DE FAMILIA Y SU RELACIÓN CON LOS ESCOLARES ADOLESCENTES

Preguntas	n	%
¿Quién funciona como madre en tu familia ahora?		
Mi madre (biológica o adoptiva)	52	32,5
Pareja de mi padre	46	28,8
Otra mujer en mi familia funciona como madre	37	23,1
Nadie funciona como madre	25	15,6
¿Cómo es tu relación con ella?		
a. Estoy satisfecho con la forma como conversamos	43	26,9
b. Me es fácil expresarle todos mis sentimientos	64	40,0
c. Ella puede saber cómo me estoy sintiendo aún sin preguntármelo	28	17,5
d. Si yo estuviera en dificultades, podría comentárselo	25	15,6
¿Quién funciona como padre en tu familia ahora?		
Mi padre (biológico adoptivo)	56	35,0
Pareja de mi madre	49	30,6
Otro hombre en mi familia funciona como padre	32	20,0
Nadie funciona como padre	23	14,4
¿Cómo es tu relación con él?		
a. Estoy satisfecho con la forma como conversamos	32	20,0
b. Me es fácil expresarle todos mis sentimientos	98	61,3
c. Él puede saber cómo me estoy sintiendo aún sin preguntármelo	18	11,3
d. Si yo estuviera en dificultades, podría comentárselo	12	7,5

Fuente: Elaboración propia del autor según la encuesta ¿Cómo es tu familia?

Respecto al rol de la madre, el 32,5% refirió que la imagen materna estaba representada por su madre biológica, además de ello, el 40% manifestó tener una buena comunicación con ella como para expresarle sus sentimientos o dificultades. En relación al rol del padre, el 35% asignó la imagen paterna al padre biológico, y solo alrededor del 60% refirieron que se les fácil expresarle sus sentimientos. Sin embargo, sólo el 7,5% respondió que si tuviera dificultades podría contárselo a él. (Tabla N°2)

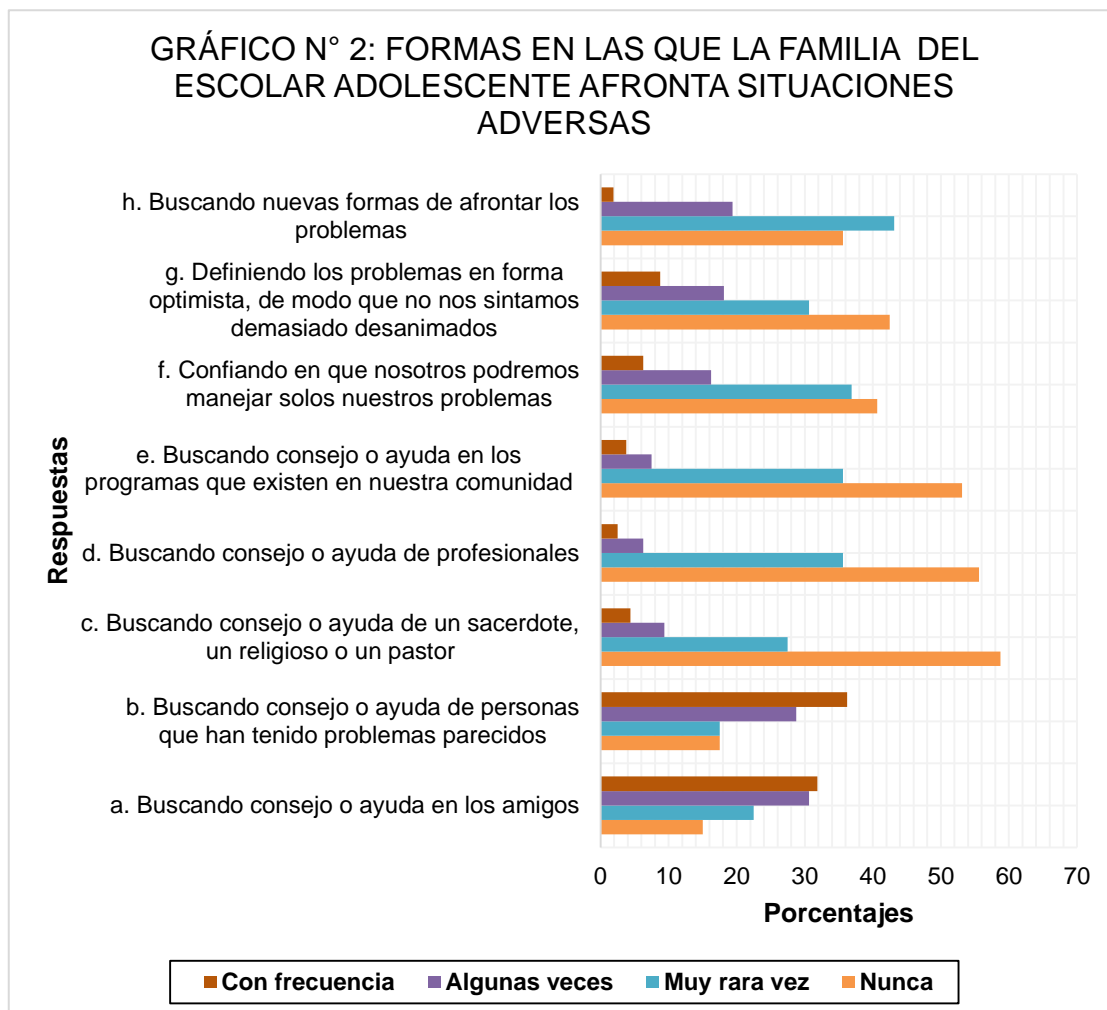
GRÁFICO N° 1: CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN DEL ESCOLAR ADOLESCENTE CON SU FAMILIA



Fuente: Elaboración propia del autor según la encuesta ¿Cómo es tu familia?

Referido a la sección “Características de la relación del escolar adolescente con su familia” estudiado mediante la pregunta “¿Cómo es tu familia?”. Predominó que alrededor del 42,5 % de escolares adolescentes respondieron que muy rara vez a su familia le gustaba pasar el tiempo libre juntos. Así mismo, esta fue la opción más frecuentemente respondida en los enunciados sucesivos, llegándose a entender que muy rara vez cada uno de los miembros de la familia expresaba fácilmente lo que deseaba, se pedían ayuda unos a los otros, las ideas de los hijos eran tenidas en cuenta para la solución de los problemas, los miembros de la familia se unían para afrontar los problemas que podían surgir, se turnaban las tareas y responsabilidades de la casa, la familia compartía con parientes cercanos eventos importantes, y finalmente muy rara vez el escolar adolescente estaba satisfecho en la relación con sus parientes. (Gráfico N°1)

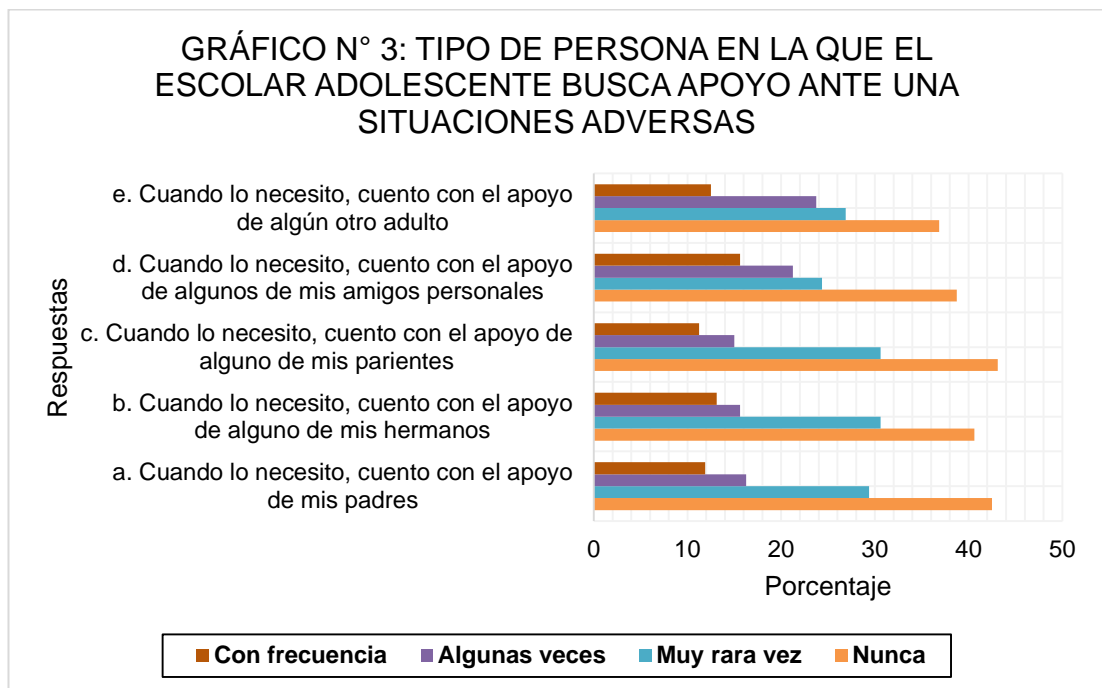
GRÁFICO N° 2: FORMAS EN LAS QUE LA FAMILIA DEL ESCOLAR ADOLESCENTE AFRONTA SITUACIONES ADVERSAS



Fuente: Elaboración propia del autor según la encuesta ¿Cómo es tu familia?

Por otro lado, en el Gráfico N° 2 acerca de las “Formas en las que la familia del escolar adolescente afronta situaciones adversas” estudiado mediante la pregunta “¿Cómo afronta tu familia sus problemas o dificultades?”. Se puede observar que las familias más frecuentemente buscaban consejos o ayudas de personas que han tenido problemas similares (36,3%), seguido por la búsqueda de apoyo en las amistades (31,9%). Así mismo cabe resaltar que alrededor del 58,8% nunca buscarían consejo o ayuda de algún religioso, seguido por un 55,6% que nunca buscaría consejos de especialistas o profesionales.

GRÁFICO N° 3: TIPO DE PERSONA EN LA QUE EL ESCOLAR ADOLESCENTE BUSCA APOYO ANTE UNA SITUACIONES ADVERSAS



Fuente: Elaboración propia del autor según la encuesta ¿Cómo es tu familia?

Respecto al “Tipo de persona en la que el escolar adolescente busca apoyo ante una situaciones adversas” estudiado por la pregunta “¿Cuando estás en dificultades, a quiénes puedes acudir tú para encontrar apoyo?”. Se observó que el 15,6 % con frecuencia contaba con el apoyo de amigos personales, por el contrario, predominó en un 43,1% que nunca se contaba con el apoyo de algunos de los parientes. (Gráfico N°3)

Por otro lado, se encontró que el género femenino tuvo la mayor frecuencia de trastornos depresivos, Distimia en un 31,9% y Depresión mayor en un 15,6 %. También se pudo identificar cómo las familias nucleares completas en un 5% no presentaron trastornos, a comparación de las familias incompletas que presentaron trastornos depresivos como la Distimia y Depresión mayor en un 20,7%. Además, los adolescentes de familias conformadas por 4 o más miembros presentaron mayor tendencia a presentar algún tipo de trastorno depresivo. Así mismo, el 50,7% de los trastornos depresivos se presentaron en familias cuya autoridad era reflejada únicamente por el padre y no conjuntamente con la madre. (Tabla N° 3)

TABLA 3. TRASTORNOS DEPRESIVOS SEGÚN LA ESTRUCTURA Y TIPOLOGÍA FAMILIAR DE LOS ESCOLARES ADOLESCENTES

Características	Trastorno Depresivo					
	Normal		Distimia		Depresión Mayor	
	n	%	n	%	n	%
Género						
Femenino	11	6,9	51	31,9	25	15,6
Masculino	15	9,4	45	28,1	13	8,1
Tipo de Familia						
Nucleares completas	8	5,0	13	8,1	3	1,9
Incompletas	4	2,5	22	13,8	11	6,9
Extensas	14	8,8	52	32,5	23	14,4
Mixtas	0	0,0	6	3,8	1	0,6
Otra	0	0,0	3	1,9	0	0,0
Personas que viven con tu familia						
Cinco (5)	0	0,0	34	21,3	20	12,5
Cuatro (4)	1	0,6	29	18,1	7	4,4
Seis (6)	0	0,0	25	15,6	7	4,4
Tres (3)	1	0,6	8	5,0	4	2,5
¿Quién manda en tu familia?						
Mi madre	14	8,8	9	5,6	5	3,1
Mi Padre	5	3,1	54	33,8	27	16,9
Pareja de mi madre	1	0,6	23	14,4	2	1,3
Pareja de mi padre	4	2,5	5	3,1	2	1,3
Otra persona	2	1,3	4	2,5	1	0,6
Cambia (varía)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nadie	0	0,0	1	0,6	1	0,6
No sé	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Todos	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Elaboración propia del autor según las encuestas ¿Cómo es tu familia? y Escala de Birleson.

4.2. DISCUSIÓN

De los 160 escolares adolescentes, se identificó que el género femenino es más propenso a presentar Distimia en un 31,9% y depresión mayor en un 15,6 %. Esto concuerda con lo hallado por Pérez y cols ²², quien indicó en estudio tipo asociativo entre la depresión y el rendimiento escolar que las mujeres y los alumnos de las escuelas públicas son más vulnerables de presentar algún tipo de trastorno depresivo.

Por otro lado, se pudo identificar que las familias nucleares completas en un 5% no presentaron algún tipo de trastorno, a comparación de las familias incompletas que presentaron con más frecuencia trastornos depresivos como la Distimia y depresión mayor en un 20,7%. Este dato coincide y es clave en la investigación realizada por Larraguibel y cols ²⁵, quienes encontraron que la ausencia de calidez y la existencia de discordia familiar aparecen como los factores más frecuentemente asociados a la conducta depresiva y suicida. Además, la falta de comunicación con los padres es un factor importante que puede conllevar a algún trastorno de depresión según Pérez y cols ²⁶, observación que fue encontrada en el trabajo, con la pregunta ¿si tuviera dificultades podría contárselas a qué miembro de la familia?, donde solo el 7,5% respondieron que esa persona sería el padre, cifra inferior al 15,6% que contestaron tener mayor confianza para contarles sus problemas a quien cumple el rol materno.

Así mismo, se identificó que únicamente el 15,6 % de los adolescentes con frecuencia contaban con el apoyo de amigos personales y que alrededor del 43% mencionaron que nunca podían contar con el apoyo de algún integrante de la familia o pariente. Esto es de suma importancia, ya que para Cortés ²⁸, la desconfianza con los padres, el no tener con quién contar para sus problemas y las malas relaciones con la madre, muestran una seria tendencia relacional con futuros intentos suicidas.

Dentro de los hallazgos más relevantes se destaca también el tamaño de la familia, representada por la pregunta ¿Cuántas personas viven en tu familia?, observándose que las familias conformadas por 4 o más miembros presentaron con mayor frecuencia algún tipo de Trastorno Depresivo, sustento para esto es que a mayor número de hijos y/o integrantes de la familia sumado a escasos recursos, representa un factor de mayor vulnerabilidad a tener problemas y/o dificultades tanto en el ámbito personal, familiar y social, predisponiendo ello a que cualquiera de los integrantes sean más susceptibles a presentar rasgos depresivos.

Por otro lado, para Galicia y cols ²³ la relación entre depresión, dinámica familiar y aprovechamiento escolar está ligado al número de personas por familia, dato que concuerda con el 46,9% de la población, quienes tuvieron familias extensas y presentaron Distimia o Depresión mayor paralelamente.

Para terminar, entre las debilidades del presente estudio están que los resultados obtenidos son específicos para la población estudiada, así mismo no se pudo realizar un estudio multicéntrico debido a que el estudio contó con muy poco financiamiento. No obstante, la investigación tuvo como fortalezas que permitió detectar grupos que padecían trastornos depresivos, así mismo, el estudio se llevó a cabo en un distrito de Lima que había sido muy poco abordado en las investigaciones de salud, además, los resultados obtenidos fueron brindados a las autoridades del colegio para que en un trabajo conjunto se puedan realizar intervenciones psicológicas futuras a los grupos en riesgo identificados.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos, se plantean las siguientes conclusiones:

Conclusión general:

Se pudo identificar que la tipología familiar más prevalente fue la extensa, mientras que la estructura familiar más prevalente estuvo constituida por aquellas familias con más de cuatro miembros y cuya percepción de jerarquía estaba reflejada solamente en el padre.

Conclusiones específicas:

1. Se encontró que un 83,8% de escolares adolescentes que tuvieron algún tipo de Trastorno Depresivo.
2. El tipo de trastorno depresivo más frecuente fue la Distimia con un 60%, seguido de la Depresión mayor con un 23,8%.
3. Se evidenció que la estructura familiar estaba conformada predominantemente por familias con cinco miembros en un 21,3% para los que presentaban Distimia, mientras que en un 12,5% en aquellos con Depresión mayor. Tanto en la población con Distimia y Depresión el padre era visto como única imagen de autoridad, en un 33,8% y 16,9% respectivamente.
4. El tipo de familia en la que se encontraron con mayor frecuencia los trastornos depresivos fue el de tipo extensa en un 32,5% en los estudiantes con Distimia y un 14,4% en aquellos con depresión mayor.

5.2. RECOMENDACIONES

Dadas las conclusiones ya expuestas, se proponen las siguientes recomendaciones:

Recomendación general:

Considerando que el pertenecer a una familia extensa y cuya estructura familiar esté formado por integrantes de tres generaciones del árbol familiar, predisponga a que la mayoría de jóvenes en este estudio tengan y/o muestren trastornos depresivos. Se aconseja mayor atención por parte de los padres y miembros de la familia a percibir señales de depresión como: sentimientos persistentes de tristeza, pensamientos suicidas, fatiga, falta de energía, entre otros. Ya que el intervenir, harán que el adolescente note el interés que ellos muestran, evitando que un solo miembro de la familia sea considerado como imagen de autoridad.

Recomendaciones específicas:

1. Habiéndose detectado que el 83,8% de la población estudiada presenta trastornos depresivos, se sugiere la pronta comunicación de las autoridades escolares con las familias de los estudiantes, así como la concientización de los mismos para que puedan recibir apoyo psicológico de los especialistas en salud de manera oportuna.
2. Debido al alto porcentaje de casos de Distimia y depresión mayor, se recomienda conseguir la ayuda de profesional médico altamente capacitado que pueda brindar una evaluación integral a los escolares adolescentes, de tal manera que se pueda prevenir cualquier riesgo o consecuencia que pueda agravar la salud de los mismos.
3. Dado que los trastornos depresivos prevalecieron en familias con cinco miembros y en aquellas donde sólo los padres eran vistos como imagen de autoridad. Se sugiere la realización de charlas psicológicas y/o reuniones donde se puedan explicar a los padres, la importancia del trabajo conjunto

de ambos para el desarrollo de la familia, así mismo, hacer notar la relevancia de la imagen materna dentro del ámbito familiar para un adecuado crecimiento y cuidado de los adolescentes.

4. Debido a que fueron más frecuentes los trastornos depresivos en las familias extensas e incompletas, se recomienda a los padres dedicar mayor tiempo a cada uno de sus hijos e involucrarse más en su vida cotidiana y experiencias del día a día. En caso de que la familia sea incompleta, se sugiere que no se deje perder en totalidad esa imagen ya sea paterna o materna que falta. Sino que trate de suplirse la misma quizá con la imagen que pueda mostrar alguno de los abuelos o un hermano mayor según sea el caso. No obstante, nunca debe dejarse de acudir a la ayuda psicológica que es de necesidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Academy Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and the treatment of children and adolescent with depressive disorders. *Jam acad child adolesc psychiatry*. 2007; 46 (11):1503-1526.
2. Roberts RE, Andrews JA, Lewinsohn PM. Assessment of depression in adolescent using the center for epidemiologic studies depression scale. *Psychol assess*. 1990; 2 (2):1228.
3. Kandell DB, Davies M. High school students who use crack and other drugs. *Arch gen psychiatry*. 1996; 53 (1):71-80.
4. Wu LT, Anthony JC. Tobacco smoking and depressed mood in late childhood and early adolescence. *Am j public health*. 1999; 89 (12):1837-40.
5. Rojas NL, Killen JD, Hoydel KF. Nicotine dependence among adolescent smokers. *Arch pediatric adolesc med*. 1998; 152(2):151-156.
6. Moyeda G, Xóchitl I, Sánchez-Velasco A, Robles-Ojeda Francisco. Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de Psicología*. 2009; 25 (2): 227-240.
7. Garrison CZ, Schluchter MD, Schoenbach VJ. Epidemiology of depressive symptoms in young adolescent. *Jam acad child adolesc psychiatry*. 1989; 28 (3):343-51.
8. Fleming JE, Offord DR, Boyle MH. Prevalence of childhood and adolescent depression in the community. *Br j psychiatry*. 1989; 155(10): 647-654.
9. Mitjans M, Arias Bárbara. La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Actas Esp Psiquiatr*. 2012; 40(2):70-83.

10. Gotlib IH, Lewinsohn PM, Seeley JR. Symptoms versus a diagnosis of depression: difference in psychosocial functioning. *J consult clin psychol.* 1995; 63(1):90-100.
11. Kandell DB, Raveis VH, Davies M. Suicidal ideation in adolescent: depression, substance use and other risk factores. *Jyouthadolesc.* 1991; 20 (2):289-309.
12. Leyva-Jiménez R, Hernández-Juárez A, Nava-Jiménez G, López-Gaona V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (3): 225-232.
13. Pine DS, Cohen P, Johnson JG. Adolescent life events as predictors of adult depression. *J affectdisord.* 2002; 68(1):49-57.
14. Riveros-Vargas M, Bohórquez-Peñaranda A, Gómez-Restrepo C, Okuda-Benavides M. Conocimiento de la depresión en pacientes que asisten a centros de atención primaria en Bogotá, Colombia. *Rev colombiana de psiquiatría.* 2006; 35(1):9-22.
15. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto-Masis D, Gil-Laverde Jfa, Rondón-Sepúlveda M, Díaz- Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev panam salud pública.* 2004; 15(6):378-386.
16. Benjet C, Borges G, Medina-Mora Me, Fleiz- Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia en busca de tratamiento. *Salud publica méx.* 2004; 46: 417-424
17. Freyre EM. Síntomas depresivos en escolares adolescentes de cuatro colegios del distrito de Pichanaki, provincia de Chanchamayo, Junín. Tesis de bachiller. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2004. 43 pp.

18. Cuervo M. Pautas de crianza y desarrollo socio afectivo en la infancia. Rev. Diversitas- Perspectivas en Psicología. 2010; 6 (1): 13-21.
19. Vivar R, Pacheco Z, Adrianzen C, Macciotta B, Marchena C. Validación de la Escala de Birlson Modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos. Rev Peruana de Pediatría. 2005; 58 (3): 24-30.
20. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de Salud Familiar ENDES continua 2004 – 2006. Informe Principal. Lima: INEI, Talleres de Oficina Técnica de Administración; 2007.
21. Ospina F, Hinestrosa M, Paredes M, Guzmán Y, Granados C. Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. Rev. Salud pública. 2011; 13 (6): 908-920.
22. Pérez M, Urquijo S. Depresión en adolescentes. Relaciones con el desempeño académico. Psicol. esc. educ. 2001; 5 (1):49-58.
23. Galicia I, Sánchez A, Robles F. Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. Anales de psicología. 2009; 25 (2): 227-240.
24. López M, González N, López A, Andrade P, Oudhof H. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. Salud Ment. 2012; 35 (1): 37-43.
25. Larraguibel M, González P, Martínez V, Valenzuela R. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Rev Chil Pediatr 2000; 71 (3):183-191.
26. Pérez B, Rivera L, Atienzo E, Leyva A, Chávez R. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación

media superior de la República mexicana. Salud pública Méx. 2010; 52 (4): 324-333.

27. Peña L, Casas L, Padilla M, Gómez T, Gallardo M. Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. Rev Cubana Med Milit 2002; 31(3):182-7.

28. Cortés A, Aguilar J, Medina R, Toledo J, Echemendía B. Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la Provincia Sancti Spíritus. Rev Cubana HigEpidemiol. 2010; 48(1): 15-23.

29. Cruz E, Moreira I, Orraca O, Pérez N, Hernández P. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes, Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas. 2011; 15(4):52-61.

30. Rivera M, Martínez L, Obregón N. Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos. El papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales. Salud Mental. 2013; 36: 115-122.

31. Enciclopedia Británica en español, 2009. La familia: Conceptos, Tipos y evolución. Revisado el 01-09-16 en:
http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf

32. Rondón L. Nuevas formas de familia y perspectivas para la mediación: El tránsito de la familia modelo a los distintos modelos familiares. Congreso Internacional de Mediación y Conflictología. Cambios sociales y perspectivas para el siglo XXI. Sevilla: UNIA, 2011: 81-94.

33. Familia y adolescencia: Indicadores de salud. OMS.

34. Alarcón R, Gea A, Martínez J, Pedreño J, Pujalte M y cols. Guía de Práctica clínica de los trastornos depresivos. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2009.

ANEXOS

ANEXO N° 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR	FUENTE
Estructura y tipología familiar en escolares adolescentes con trastornos depresivos.	Estructura Familiar	"Se refiere a los patrones de interacción de un sistema familiar y a todos los elementos que influyen en ellos."	"Se expresará según el número de Miembros en la familia y la percepción de Jerarquía en la familia por parte del adolescente."	Cuantitativa	Discreta	Número de Miembros en la Familia. Respuesta de la pregunta N° 5 de la Encuesta.	Encuesta "¿Cómo es tu Familia?" de la OPS
				Categoría	Nominal	Jerarquía: Sumatoria de puntos en las preguntas N° 16 y 17 de la Encuesta. 7-10 puntos: clara percepción del rol de padre o madre y de autoridad en familia. 2-4 puntos: tendencia al caos familiar.	
	Tipología Familiar	"Es la clasificación de la familia."	"Se expresará como un tipo de familia completa, familia extensa, familia mixta, familia incompleta u otros tipos. Según la respuesta a la pregunta 6 de la Encuesta "¿Cómo es tu Familia?" de la OPS."	Categoría	Nominal	Nuclear Completa: Conformado por ambos padres y los hijos.	Encuesta "¿Cómo es tu Familia?" de la OPS.
						Extensa: Formado por la familia nuclear más otros miembros de parentesco con el adolescente.	
						Mixta: Se unen padres que tienen hijos, pero con el antecedente de ambos ser divorciados.	
	Incompleta: Familia donde uno de los miembros falta, ya sea uno o ambos padres.						
Trastornos Depresivos	"Alteración emocional de la persona, donde hay pérdida del placer, desgano y desánimo por las actividades del día a día, generándole un daño a su vida."	"Distimia si se obtiene un puntaje entre 13 y 21 puntos o Depresión Mayor si obtiene un puntaje entre 22 y 42 puntos, según la Escala de Birleson Modificada."	categoría	nominal	Distimia: Si obtiene un puntaje entre 13 y 21 puntos en la Escala de Birleson modificada.	Escala de Birleson modificada.	
					Depresión mayor: Mayor si obtiene un puntaje entre 22 y 42 puntos en la Escala de Birleson Modificada.		

ANEXO N° 02: INSTRUMENTO

ESCALA DE BIRLESON MODIFICADA

Por favor responde honestamente cómo te has sentido en las últimas dos semanas. En cada pregunta, marca con un aspa la respuesta que creas conveniente. Hay una sola respuesta por pregunta. No hay respuestas buenas o malas. Gracias.

	Siempre	A veces	Nunca
1. Me interesan las cosas tanto como antes.			
2. Duermo muy bien.			
3. Me dan ganas de llorar.			
4. Me gustaría salir con mis amigos.			
5. Me gustaría escapar, salir corriendo.			
6. Me duele la barriga, la cabeza y otros sitios de mi cuerpo.			
7. Tengo ganas para hacer las cosas.			
8. Disfruto la comida.			
9. Puedo defenderme por mi mismo.			
10. Pienso que no vale la pena vivir.			
11. Soy bueno para las cosas que hago.			
12. Me molesto y me irrito por cualquier cosa.			
13. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes.			
14. Me he vuelto olvidadizo y/o distraído.			
15. Tengo sueños horribles.			
16. Pienso que haga lo que haga no lograré conseguir lo que deseo o que las cosas no van a cambiar.			
17. Me siento muy solo.			
18. Puedo alegrarme fácilmente.			
19. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo.			
20. Me siento muy aburrido.			
21. Pienso muy en serio en la muerte o en matarme.			
Total			

CUESTIONARIO ¿CÓMO ES TU FAMILIA?

ALGO SOBRE TI

1. ¿Quién completa este cuestionario? *(Por favor colocar una X en el cuadro que corresponde a tu respuesta)*

Yo Un entrevistador

2. ¿Qué idioma hablas en tu casa con tu familia? *(Por favor colocar una X en el cuadro que corresponde a tu respuesta)*

Inglés

Español

Francés

Portugués

Otro

3. ¿Cuántos años tienes actualmente? *(Por favor completar en el espacio subrayado su edad)*

Mi edad es: _____

4. ¿Cuál es tu género?

Femenino

Masculino

5. ¿Cuántas personas viven con tu familia (comen y duermen en casa) incluyéndote? *(Por favor completar en el espacio subrayado su edad)*

Dos Tres Cuatro Cinco Seis Siete Ocho Nueve Más de nueve

6. ¿Quién vive en tu familia? *(A continuación, coloca una X en el cuadro que corresponda a cada alternativa)*

Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi madre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi padre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pareja de mi padre (conviviente, compañera estable)

	Pareja de mi madre (conviviente, compañera estable)
	Uno o más de mis abuelos
	Uno o más de mis tíos
	Otro (s) adulto (s)

7. ¿Cuántos hijos hay en tu familia, incluyéndote? *(Cuenta los hermanos (as) que tienen relación de sangre, de adopción o matrimonio.) (Por favor completar en el espacio subrayado su edad)*

- Soy único (a) Hay dos (2) hijos
 Hay tres (3) hijos Hay cuatro (4) hijos
 Hay cinco (5) hijos Hay seis (6) hijos
 Hay siete (7) hijos Hay ocho (8) hijos
 Hay nueve (9) hijos Hay más de 9 hijos

9. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos? *(Por favor completar en el espacio subrayado su edad)*

- Soy el único hijo en mi familiar (no tengo hermanos)
 Soy el mayor de mis hermanos
 Estoy entre el mayor y el menor
 Soy el menor de mis hermanos

ACTIVIDADES Y SENTIMIENTOS FAMILIARES

9. ¿Cómo es tu familia? *(Piensa cómo es tu familia actualmente. Encierra con un círculo el número que corresponde en cada caso.)*

	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
En Nuestra Familia					
a. Nos gusta pasar juntos el tiempo libre	1	2	3	4	5
b. Cada uno de nosotros expresa fácilmente lo que desea	1	2	3	4	5
c. Nos pedimos ayuda unos a otros	1	2	3	4	5

d. Las ideas de los hijos son tenidas en cuenta en la solución de los problemas	1	2	3	4	5
e. Cuando surgen problemas, nosotros nos unimos para afrontarlos	1	2	3	4	5
f. Nos turnamos las tareas y responsabilidades de la casa	1	2	3	4	5
Tus Parientes					
g. La familia comparte con parientes cercanos los eventos importantes (cumpleaños, fiestas, etc)	1	2	3	4	5
h. Estoy satisfecho con la relación con mis parientes	1	2	3	4	5

10. ¿Cómo afronta tu familia sus problemas o dificultades? *(Por favor encierre con un círculo el número que corresponde a tu respuesta en cada caso)*

	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
a. Buscando consejo o ayuda en los amigos	1	2	3	4	5
b. Buscando consejo o ayuda de personas que han tenido problemas parecidos	1	2	3	4	5
c. Buscando consejo o ayuda de un sacerdote, un religioso o un pastor	1	2	3	4	5
d. Buscando consejo o ayuda de profesionales (abogado, médicos, psicólogos, terapeutas, etc)	1	2	3	4	5
e. Buscando consejo o ayuda en los programas que existen en nuestra comunidad para atender a las personas que tengan esas dificultades	1	2	3	4	5
f. Confiando en que nosotros podremos manejar solos nuestros problemas	1	2	3	4	5
g. Definiendo los problemas en forma optimista, de modo que no nos sintamos demasiado desanimados	1	2	3	4	5
h. Buscando nuevas formas de afrontar los problemas	1	2	3	4	5

11. ¿Cuándo estás en dificultades, a quién puedes acudir tú para encontrar apoyo? (Por favor encierre con un círculo el número que corresponde a tu respuesta en cada caso)

	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
a. Cuando lo necesito, cuento con el apoyo de mis padres	1	2	3	4	5
b. Cuando lo necesito, cuento con el apoyo de mis hermanos	1	2	3	4	5
c. Cuando lo necesito, cuento con el apoyo de alguno de mis parientes	1	2	3	4	5
d. Cuando lo necesito, cuento con el apoyo de alguno de mis amigos personales	1	2	3	4	5
e. Cuando lo necesito, cuento con el apoyo de algún otro adulto	1	2	3	4	5

RELACIONES CON TUS PADRES

12. ¿Quién funciona como madre en tu familia ahora? (Por favor colocar una X en el cuadro que corresponde a tu respuesta)

- Mi madre (biológica o adoptiva)
- Pareja de mi padre (conviviente, compañera estable)
- Otra mujer en mi familia funciona como madre
- Nadie funciona como madre

13. ¿Cómo es tu relación con ella? (Por favor encierre con un círculo el número que corresponde a tu respuesta en cada caso)

	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
a. Estoy satisfecho con la forma como conversamos	1	2	3	4	5
b. Me es fácil expresarle todos mis sentimientos	1	2	3	4	5
c. Ella puede saber cómo me estoy sintiendo aún sin preguntármelo	1	2	3	4	5
d. Si yo estuviera en dificultades, podría comentárselo	1	2	3	4	5

14. ¿Quién funciona como padre en tu familia ahora? *(Por favor colocar una X en el cuadro que corresponde a tu respuesta)*

- Mi padre (biológico o adoptivo)
- Pareja de mi madre (conviviente, compañero estable)
- Otra hombre en mi familia funciona como padre
- Nadie funciona como padre

13. ¿Cómo es tu relación con él? *(Por favor encierre con un círculo el número que corresponde a tu respuesta en cada caso)*

	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
a. Estoy satisfecho con la forma como conversamos	1	2	3	4	5
b. Me es fácil expresarle todos mis sentimientos	1	2	3	4	5
c. Él puede saber cómo me estoy sintiendo aún sin preguntármelo	1	2	3	4	5
d. Si yo estuviera en dificultades, podría comentárselo	1	2	3	4	5

16. En mi familia sabemos muy bien quién manda. *(Por favor colocar una X en el cuadro que corresponde a tu respuesta)*

- Totalmente falso
- Casi falso
- Ni falso ni cierto
- Casi cierto
- Totalmente cierto

17. ¿Quién manda en tu familia? *(Por favor colocar una X en el cuadro que corresponde a tu respuesta)*

- Mi madre
- Mi padre
- Ambos

- () Pareja de mi padre (conviviente, compañera)
- () Pareja de mi madre (conviviente, compañero)
- () Otra persona (por ejemplo, un abuelo o hermano mayor)
- () Cambia (varía)
- () Nadie
- () No sé
- () Todos

SATISFACCIÓN CON ASPECTOS DE LA VIDA

18. ¿Estás satisfecho o no con los siguientes aspectos de tu vida? *(Por favor encierre con un círculo el número que corresponde a tu respuesta en cada caso)*

	Totalmente insatisfecho	Bastante insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Bastante satisfecho	Completamente satisfecho
a. Contigo mismo	1	2	3	4	5
b. Tus amigos	1	2	3	4	5
c. La vida religiosa de tu familia	1	2	3	4	5
d. Los servicios de salud de que dispone tu familia	1	2	3	4	5
e. El barrio o comunidad donde vives	1	2	3	4	5
f. La situación económica de tu familia	1	2	3	4	5
g. tu rendimiento escolar	1	2	3	4	5
h. Tu trabajo o tu ocupación	1	2	3	4	5

principal					
i. Tu familia	1	2	3	4	5

ANEXO N° 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO

COMUNICADO

Se comunica a los padres de familia que el día Lunes 20 de junio, se realizará una evaluación a través de un cuestionario para identificar alteraciones depresivas en nuestros estudiantes pertenecientes al 3°, 4° y 5° año de la Institución, además de su estructura y tipología familiar.

Se le harán preguntas sobre él y sobre su relación con cada miembro de su familia. Si aceptan que su menor hijo participe del estudio pueden firmar este permiso, en caso de no desear ser partícipe es preferible que no lo firme.

Firma del Padre de familia

Lima, 13 de Junio del 2016

ANEXO N° 04: ASENTIMIENTO INFORMADO

Asentimiento informado para la Encuesta “¿Cómo es tu familia?” y para la Encuesta de Birleson Modificado

Vamos a realizar un estudio para identificar la estructura y tipología familiar en adolescentes con alteraciones depresivas. Por ello te pedimos que nos ayudes porque no sabemos mucho sobre qué tipo de familia tienen estos adolescentes.

Si aceptas estar en nuestro estudio, te haremos preguntas sobre tu persona y sobre tu relación con cada miembro de tu familia. Queremos saber si tú crees que tu familia te está apoyando en tu desarrollo emocional y si te has sentido depresivo últimamente. Por ejemplo, te preguntaremos con quiénes vives, si te llevas mejor con tu papá o mamá, qué actividades hace junto a ellos.

Cualquier duda o consulta sobre la encuesta y el estudio puedes realizarla. No olvides, que para nosotros es importante saber tu opinión sobre lo que tú piensas respecto a cada pregunta, no existe respuesta buena o mal.

Si deseas participar del estudio puedes firmar este permiso, en caso de no desear ser partícipe es preferible que no lo firmes. Es solo tu decisión el de participar y de nadie más. En caso de cambiar de idea, puedes retirarte del estudio en cualquier etapa del mismo.

Firma del participante

Firma del investigador

ANEXO N° 05: CALIFICACIÓN DE LA ESCALA DE BIRLESON

		Siempre	A veces	Nunca
Me interesan las cosas tanto como antes.	1	0	1	2
Duermo muy bien.	2	0	1	2
Me dan ganas de llorar.	3	2	1	0
Me gustaría salir con mis amigos.	4	0	1	2
Me gustaría escapar, salir corriendo.	5	2	1	0
Me duele la barriga, la cabeza y otros sitios de mi cuerpo.	6	2	1	0
Tengo ganas para hacer las cosas.	7	0	1	2
Disfruto la comida.	8	0	1	2
Puedo defenderme por mi mismo.	9	0	1	2
Pienso que no vale la pena vivir.	10	2	1	0
Soy bueno para las cosas que hago.	11	0	1	2
Me molesto y me irrito por cualquier cosa.	12	2	1	0
Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes.	13	0	1	2
Me he vuelto olvidadizo y/o distraído.	14	2	1	0
Tengo sueños horribles.	15	2	1	0
Pienso que haga lo que haga no lograré conseguir lo que deseo o que las cosas no van a cambiar.	16	2	1	0
Me siento muy solo.	17	2	1	0
Puedo alegrarme fácilmente.	18	0	1	2
Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo.	19	2	1	0
Me siento muy aburrido.	20	2	1	0
Pienso muy en serio en la muerte o en matarme.	21	2	1	0

El máximo puntaje obtenido es 42. Los puntajes entre 13 y 21 indican la presencia de Distimia; mientras que valores de 22 o más indican Depresión mayor.

ANEXO N° 06: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INFORMANTE	METODOLOGÍA	
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	VARIABLE PRINCIPAL	DIMENSIONES	INDICADORES GENERALES	FUENTE	TIPO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN
¿Cuál es la estructura y tipología familiar más prevalente en escolares adolescentes de 14 a 17 años con trastorno depresivo de una institución educativa estatal de Lima – Perú durante el año 2016?	Determinar la estructura y tipología familiar más prevalente en escolares adolescentes de 14 a 17 años con trastorno depresivo de una institución educativa estatal de Lima – Perú, 2016.	VP.- Estructura y tipología familiar en escolares adolescentes con trastornos depresivos.	D1.- Estructura Familiar	I1.- Número de Miembros en la Familia. Respuesta de la pregunta N° 5 de la Encuesta.	Encuesta "¿Cómo es tu Familia?" de la OPS.	Estudio Observacional, Prrospectivo, Transversal, Descriptivo. Que aplicará una encuesta que constará de dos partes: 1. Escala de Birleson Modificado validado en el Perú 2. La encuesta "¿Cómo es tu familia?" ha sido validada por la OPS.	La población estará conformada por 160 escolares adolescentes de Tercero a Quinto año de secundaria de la Institución Educativa Estatal "Ramón Castilla" de SMP- Lima – Perú durante el año 2016.
				I2.- Jerarquía: Obtenido de la sumatoria de puntos en las preguntas N° 16 y 17 de la Encuesta. 7-10 puntos: clara percepción del rol de padre o madre y de autoridad en familia. 2-4 puntos: tendencia al caos familiar.			
			D2.- Tipología Familiar	I1.- Nuclear Completa: Conformado por ambos padres y los hijos.			
				I2.- Extensa: Formado por las familia nuclear más otros miembros de parentesco con el adolescente.			
				I3. Mixta: Se unen padres que tienen hijos, pero con el antecedente de ambos ser divorciados.			
			D3.- Trastornos Depresivos	I4. Incompleta: Familia donde uno de los miembros falta, ya sea uno o ambos padres.			
I1.- Distimia: Si obtiene un puntaje entre 13 y 21 puntos en la Escala de Birleson modificada.	Escala de Birleson modificada.						
I2.- Depresión mayor: Mayor si obtiene un puntaje entre 22 y 42 puntos en la Escala de Birleson Modificada.							

ANEXO N° 07: DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

ACREDITADA INTERNACIONALMENTE

15 de Agosto del 2016, Lima-Perú

Declaración Jurada de Autenticidad

Quien suscribe, **Dyanne Nellybeth De la Rosa Campos**, identificada con DNI: **70111351** declaro bajo juramento que la Tesis: **“Estructura y tipología familiar en escolares adolescentes con Trastorno Depresivo de una Institución Educativa Estatal de Lima – Perú durante el año 2016”** ha sido realizada por mi persona, utilizando y aplicando la literatura científica referente al tema, precisando la bibliografía mediante las referencias bibliográficas que se consignan al final de la tesis. En consecuencia, los datos y el contenido, para los efectos legales y académicos que se desprenden de la tesis son y serán de mi entera responsabilidad.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dyanne Nellybeth De la Rosa Campos', is written above a horizontal line.

FIRMA

DNI: 70111351

HUELLA DIGITAL

