

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**ASOCIACIÓN ENTRE FAMILIA DISFUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES DE 14 A 16 AÑOS EN LA I.E.E JOSÉ PARDO Y
BARRERA 2019**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

MUÑOZ HERNANDEZ LESLIE JAZMIN

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

CHINCHA – PERÚ

2020

ASESOR
DRA. Fany Verónica Ticona Pérez

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por haberme guiado y permitir que este concluyendo mis estudios.

A la Universidad Privada San Juan Bautista

Por mi formación académica

A la Institución Educativa Emblemática José Pardo y Barrera

Por bríndame las facilidades de poder realizar mi trabajo de tesis

A mi Asesora

Por su profesionalismo, dedicación y paciencia

DEDICATORIA

Dedicado a todas las personas que me han apoyado a lo largo de mi carrera en especial a mis padres y hermano

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La depresión es una de las patologías que en las últimas décadas presenta mucha repercusión a nivel mundial, afectando a la población en especial a los adolescentes en su vida cotidiana. Nuestra investigación tuvo como. **OBJETIVO:** Determinar la asociación entre familia disfuncional y depresión en adolescentes de 14 a 16 años de la I.E.E José Pardo y Barrera 2019 **METODOLOGÍA:** Estudio con enfoque descriptivo correlacional no experimental de corte trasversal, prospectivo. Se aplicó dos encuestas validadas que son el test de Zung y Apgar familiar, una ficha de recolección de datos, a 126 adolescentes de 14 a 16 años de edad que cumplían con criterios de inclusión y exclusión. **RESULTADOS:** Se estima que el 81.7% de los adolescentes presentan familia disfuncional, clasificándolos en disfunción leve que es un 45.2%, moderada 28.6% y severa 7.9%, 77 (61.1%) alumnos fueron diagnosticados con depresión leve, 50.8% de los adolescentes presento asociación entre familia disfuncional y depresión.. **CONCLUSIÓN:** Se identificó que existe relación estadísticamente significativa entre familia disfuncional y depresión

PALABRAS CLAVE: Depresión, adolescentes, familia disfuncional

ABSTRACT

INTRODUCTION: Depression is one of the pathologies that in the last decades has a great impact worldwide, affecting the population especially teenagers in their daily lives. Our investigation had as **OBJECTIVE:** To determine the association between dysfunctional family and depression in adolescents aged 14 to 16 years of the I.E.E José Pardo y Barrera 2019 **METHODOLOGY:** Study with a non-experimental correlational descriptive approach of cross-sectional, prospective. Two validated surveys were applied, which are the Zung and Apgar family exam, a data collection sheet, 126 adolescents from 14 to 16 years of age who met the inclusion and exclusion criteria. **RESULTS:** It is estimated that 81.7% of adolescents present a dysfunctional family, classifying them in dysfunction level that is 45.2%, moderate 28.6% and severe 7.9%, 77 (61.1%) students were diagnosed with mild depression, 50.8% of adolescents I present an association between dysfunctional family and depression. **CONCLUSION:** It was identified that there is a statistically significant relationship between dysfunctional family and depression.

KEY WORDS: Depression, adolescents, dysfunctional family

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental con más frecuencia en el mundo, que tiene mayor repercusión en los adolescentes, ya que, durante esta etapa, el adolescente presenta múltiples cambios que se va a caracterizar por presentar rebeldía, actitud impulsiva e imprudencia; todo ello como resultado por su escasa experiencia y búsqueda de su propia identidad. Por lo que se requiere una familia bien constituida, para poder dar acompañamiento emocional al adolescente. Durante esta etapa, alteraciones extrapersonales como divorcio, maltratos entre los miembros de la familia, entre otros, pueden originar manifestación o síntomas de depresión en el adolescente que puede conllevar al suicidio.

En la actualidad existen diversos tipos de familias, que ponen en riesgo la integridad y estabilidad del crecimiento y desarrollo moral del adolescente dado que en esta etapa su desarrollo hormonal desestabiliza su nuestra de afecto, apoyo y cariño hacia ellos, sobre todo no existe una buena comunicación. Otra característica de esta etapa es la mala comunicación con los miembros de su entorno familiar, impidiendo una correcta interrelación de los adolescentes con su núcleo familiar, generando inestabilidad personal.

La confianza entre padres e hijos es fundamental ya que genera seguridad en ellos y a su vez permite expresar de manera más clara sus sentimientos y aceptan críticas sin frustración, este fenómeno se rompe cuando en un hogar presenta múltiples problemas y se torna disfuncional, afectando al adolescente por estar en un etapa difícil, provocando conductas inadecuadas, disminuyendo el rendimiento escolar, buscando amistadas no recomendadas hasta sensaciones de desgano por la vida incursionando en el consumo de alcohol y otras sustancias ilícitas.

Nuestra investigación se focaliza en la asociación que tiene una familia disfuncional con la depresión en adolescentes de la Institución Educativa Emblemática José Pardo y Barrera de la provincia de Chincha.

INDICE

CARATULA	i
ASESORA	II
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	v
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
INDICE	viii
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE GRÁFICOS	XI
LISTA DE ANEXOS	XII
CAPITULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulacion del problema	2
1.2.1 General	2
1.2.2 Específicos	2
1.3 Justificación	2
1.4 Delimitación del área de estudio	3
1.5 Limitación de la investigación	3
1.6 Objetivo	3
1.6.1 General	3
1.6.2 Específicos	3
1.7 Propósito	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes bibliográficos	5
2.2 Bases teóricas	8
2.3 Marco conceptual	23

2.4 Hipótesis	24
2.4.1 General	24
2.4.2 Específicos	24
2.5 Variables	24
2.6 Definición operacional de términos	25
CAPÍTULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	26
3.1 Diseño metodológico	26
3.1.1 Tipo de investigación	27
3.1.2 Nivel de investigación	27
3.2 Población y muestras	26
3.4 Diseño de recolección de datos	27
3.5 Procesamiento y análisis de datos	27
3.6 Aspectos éticos	28
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	29
4.1 Resultado	29
4.2 Discusión	39
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
5.1 Conclusión	43
5.2 Recomendaciones	44
BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	51

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01 Tipos de Dp según DSM-V	12
TABLA N° 02 Manifestaciones clínica	14
TABLA N° 03 Factores familiares y del entorno	15
TABLA N° 04 Fármacos antidepresivos	19
TABLA N° 05 Frecuencia de FD	29
TABLA N° 06 Frecuencia de Dp	31
TABLA N° 07 Asociación entre FD y Dp	32
TABLA N° 08 Asociación entre el consumo de droga y Dp	34
TABLA N° 09 Asociación entre el consumo de alcohol y Dp	36
TABLA N° 10 Asociación entre bajo rendimiento escolar y Dp	37

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N°01 Distribución de frecuencia de FD	30
GRÁFICO N° 02 Distribución de Frecuencia de Dp	31
GRÁFICO N°03 Asociación entre FD y Dp	33
GRÁFICO N° 04 Asociación entre consumo de droga y Dp	35
GRÁFICO N°05 Asociación entre el consumo de alcohol y Dp	36
GRÁFICO N° 06 Asociación entre bajo rendimiento escolar y Dp	38

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO N° 01 Operacionalización de variables	52
ANEXO N° 02 Instrumento	53
ANEXO N° 03 Informe de opinión de experto – Validez de instrumento	56
ANEXO N° 04 Matriz de consistencia	59
ANEXO N° 05 Matriz de clasificación de proyecto de investigación	62
ANEXO N° 06 Solicitud para realizar trabajo de investigación	63
ANEXO N° 07 Carta de presentación de trabajo de campo	64
ANEXO N° 08 Proveído de investigación	65
ANEXO N° 09 Constancia de comité de ética	66

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Depresión (Dp) a nivel mundial es una enfermedad mental con mayor prevalencia en la adolescencia, que tiene como un posible factor causal, las disfunciones a nivel familiar.¹ Siendo así los adolescentes un grupo de riesgo en particular, ya que al instaurarse esta patología tiene una alta prevalencia y morbilidad en presentar ideas suicidas por ende la muerte del adolescente.² A nivel mundial el problema de salud mental ha aumentado en los últimos años, la Dp es un desorden mental con mayor prevalencia en todo el mundo, se ha considerado que aproximadamente 350'000,000 de individuos sufren de este trastorno.³

Estudios realizados en Paraguay, determinaron que la depresión en estudiantes adolescentes, se acerca al 21% de la población estudiada presenta depresión con alto riesgo a presentar ideas suicidas.⁴

En el Perú, la prevalencia de este trastorno, en un estudio publicado en el 2017 por el INSM, estimó una prevalencia de 7% de depresión en adolescentes, representando el sexo femenino mayor probabilidad de padecer esta patología.⁵

La familia disfuncional (FD) es un tipo de familia que no puede aportar alguna necesidad material, económica o educativa a sus miembros.

Existen factores de riesgo que inducen la presencia de depresión en adolescentes y son: bajo rendimiento académico, consumo de alcohol, consumo de drogas, pandillaje, entre otros.⁶

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 GENERAL

¿Existe asociación entre familia disfuncional y depresión en adolescentes de 14 y 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019?

1.2.2 ESPECÍFICO

- ¿Cuál es la frecuencia de familia disfuncional en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019?
- ¿Cuál es la frecuencia de depresión en adolescente de 14 y 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019?
- ¿Cuál es la asociación entre familia disfuncional y depresión en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019?
- ¿Cuál es la asociación entre consumo de droga y Dp en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019?
- ¿Cuál es la asociación entre consumo de alcohol y Dp en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019?
- ¿Cuál es la asociación entre bajo rendimiento escolar y Dp en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La OMS⁷, citado por Flores P.⁸ manifiesta que para el 2020, este trastorno será la segunda causalidad de incapacidad en el mundo, lo que lleva a un trastorno mental muy preocupante, ya que las consecuencias afectan en el ámbito personal, familiar, social y profesional.

En el Perú, los adolescentes comprenden el 20% del total de los habitantes, es una etapa en el que atraviesan una serie de cambios psicológicos, biológicos y sociales, para ello se necesita un apoyo familiar ideal.⁹

Después de realizar una revisión bibliográfica no se han encontrado datos sobre depresión en adolescentes en nuestra región a pesar de ser un problema de salud cada vez más prevalente.

El presente estudio pretende generar información real y actualizada sobre Dp en adolescentes en nuestra ciudad y que se abran puertas para futuras investigaciones que ayuden a crear medidas preventivas que permitan disminuir su prevalencia y sus potenciales consecuencias.

1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Este proyecto se llevará a cabo en la Institución Educativa Emblemática José Pardo y Barrera de Chíncha el periodo de Julio y Diciembre del 2019.

1.5 LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Podría existir sesgo de información, ya que se tomará datos a través de una encuesta a los adolescentes y por lo tanto no se podrá corroborar.

Al ser un estudio transversal nuestra investigación no medirá causalidad.

Los resultados no son extrapolables de la población porque se tomará la muestra solo de una Institución Educativa

1.6 OBJETIVO

1.6.1 GENERAL

Determinar la asociación entre familia disfuncional y depresión en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019

1.6.2. ESPECÍFICOS

- Determinar la frecuencia de familia disfuncional en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera
- Determinar la frecuencia de depresión en adolescente de 14 y 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera
- Determinar la asociación entre familia disfuncional y depresión en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019
- Determinar la asociación entre consumo de droga y depresión en adolescente de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019
- Determinar la asociación entre consumo de alcohol y depresión en adolescente de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019
- Determinar la asociación entre bajo rendimiento escolar y depresión en adolescente de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019

1.7 PROPÓSITO

El presente estudio tiene como propósito evaluar a los alumnos de la Institución Educativa Emblemática José Pardo y Barrera con la finalidad de conocer si presentan familia disfuncional y depresión, ya que son problemas que se sigue presentando desde hace muchos años, y no han sido estudiado en nuestra provincia.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Antecedentes Internacionales

- **Mantilla F y Col. (2017).** “La disfuncionalidad familiar y los niveles de depresión en adolescentes de una unidad educativa rural en Ambato, Ecuador” Se estudió a 60 adolescentes (15 a 18 años) a quienes se les aplicó el test de Zung (Dp) y Apgar Familiar (disfunción familiar). Obteniéndose un chi cuadrado de Pearson de $\chi^2=43,3$ y un $p=0,000$. Concluyendo que existe asociación estadísticamente significativa entre: Dp y FD.¹⁰
- **González C. y Col. (2015)** “Depresión en adolescentes. un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica”. revisaron el ámbito epidemiológico de depresión en adolescentes mexicanos y a la vez propusieron algunas estrategias para la detección temprana y oportuna. Se obtuvo que un predominio de síntomas clínicos de episodios de depresión mayor fue del 12,4%, mayor prevalencia en el sexo femenino de un 17,8% y en sexo masculino un 7,7%. Concluyendo que las mujeres presentan Dp 3 veces más que en los hombres.¹¹
- **Gómez E. y Col. (2013)** Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados. Donde dio como resultado que el 51,8 % presenta DF, a la vez presentaban síntomas depresivos, llegando a la conclusión que las manifestaciones clínicas de Dp, con mayor importancia clínica y familia disfuncional es el primordial factor

predisponentes de DF. Es posible que la asociación sea bidireccional.¹²

- **Garibay J. y Col. (2014)** “Disfunción familiar y depresión en niños de 8 a 12 años de edad” se obtuvo una muestra aleatoria, probabilística de 326 niño de dichas edades, se aplicó a los padres la escala de Holmes para disfunción familiar y escala CDI de Kovacs para Dp. Se comprobó correlación significativa a nivel de 0.01 entre disfunción familiar y Dp infantil. Un 34,1% de la familia en estudio fueron disfuncional, un 11,7% Dp infantil, de ellos el 8,7% se relacionó con disfunción familiar. Concluyendo que existe correlación significativa entre disfunción familiar y Dp.¹³

Antecedentes Nacionales

- **González J. y Col. (2013)** “Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1° al 5° de secundaria de un colegio nacional mixto” estudio un total de 163 estudiantes que cumplieron con ciertos criterios. Llegando como resultado lo siguiente: que el 50% de alumnos que tienen FD severa presentan síntomas de Dp definidas, el 46,5% perteneciente a FD moderada y tiene síntomas de Dp bien definidas; el 64,3% proveniente de FD leve y muestran síntomas de Dp leve. Las diferencias halladas resultaron positivas, por lo que se comprueba la asociación entre las variables. Llegando a la conclusión que la Dp tiene conexión directa con FD.¹⁴
- **Torrel M. y Col. (2013)** “Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla (2013)”. Este estudio fue realizado a alumnos tumbesinos (n=88) encontrándose un 20,4% de Dp. Entre ellos, el 29% ha intentado suicidarse, el 3,6% ha tratado y el 29% lo volvería a intentar); mientras que se encontró un 74% de FD en

diferentes grados y 44,4% de alumnos presentan Dp. La investigación da como conclusión la asociación entre Dp ligera y una familia severamente disfuncional de 17,24% habiendo una relación significativa.⁹

- **Delgado I. (2017)** “Estudio comparativo de la prevalencia de depresión en estudiantes de secundaria provenientes de una Institución Educativa Nacional y Privada del distrito de Ate”: El total de estudiantes encuestados de la institución nacional fue de 227 y el de privado fue de 70. Se aplicó el inventario de beck, donde se dio como resultado que el predominio de Dp grave es de 9,11% en las instituciones, respectivamente. También se encontró que los estudiante de la institución nacional de entre 15 y 16 años(83%) presenta Dp grave, y en institución particular se presentó Dp grave entre 17 y 18 años (47,6%).⁵
- **Neyra W. (2015)** “Funcionamiento familiar de los estudiantes del quinto grado de la Institución Educativa José Gabriel Condorcanqui, centro poblado Túpac Amaru I -Imaza – Bagua“ el estudio se aplicó a 19 estudiantes seleccionados, dando como resultado que el 84% de estudiantes tiene un buen funcionamiento familiar y el 16% regular funcionamiento familiar; concluyendo que la mayoría de estudiantes tienen un ambiente y clima familiar adecuado para su crecimiento emocional y afectuoso, dándoles seguridad y mayor desempeño educativo.¹⁵
- **Sánchez F. y Col. (2017)** ”Depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de Instituciones Educativas Publicas secundaria de menores N°60027 Y N°6010227. San Juan Bautista 2016” El tamaño de muestra fue de 79 estudiantes, a quienes se le aplicó el test de Zung y Apgar Familiar, dieron como resultado que el 17,2% Dp leve a

moderada, 14,4 % Dp de moderada a severa, 32,9% disfunción normal, 34,2% defunción leve, 32,9% modera, 20,3% severa. Pudiendo concluir que hay una conexión significativa entre el nivel de Dp y disfuncionalidad familia.¹⁶

- **Jaimes J y Col (2018)** “Depresión y clima social familiar en adolescentes de la Institución Educativa Imperio del Tahuantinsuyo, Independencia - 2016” es estudio se realizó a 263 adolescentes de 1° a 5° de secundaria, el instrumento que utilizaron los autores fue el test de Zung para Dp y escala FES. La relación entre las variables presento un valor de rho= -0421. El resultado que se obtuvo es que un 98,9% manifiesta cierto nivel de Dp y el 66,9% un clima social familiar inadecuado. concluyéndose: si hay una correlación notable entre Dp y clima social familiar. ¹⁷

2.1 BASES TEÓRICAS

2.2.1 DEPRESIÓN

La Dp, es un trastorno del humor, formado por un grupo de síntomas, entre ellos predominan de tipo afectivo (tristeza), alguna patología, irritabilidad, sin embargo, asimismo se pueden presentar unos de tipo cognitivo y físico.¹⁸

La adolescencia, es un periodo de cambio biológico, mental, desarrollo corporal, madurez sexual y requieren un acompañamiento ceñido, es una etapa saludable. La OMS engloba la etapa de adolescencia de 10 hasta 19 años de edad.¹⁹ En estas edades los adolescentes se caracterizan por presentar una apariencia impulsiva, rebelde e imprudencia y actitudes poco reflexiva, dada por su escasa destreza y por buscar su identidad, se sabe que

la adolescencia se presentara con mayor riesgo cuando se vive en condiciones familiares poco favorable.²⁰

A. Epidemiología

Los trastornos mentales en niños y adolescentes siguen siendo un verdadero problema de salud pública, por lo que reportan que el veinte por ciento de niños y adolescentes presentan alguna padecimiento mental ⁽¹⁴⁾, siendo la Dp con mayor regularidad. No obstante, la OMS determina que aproximadamente más del 350 000 000 de personas en el mundo sufren esta patología, a pesar que este trastorno es una enfermedad mental tratable.²¹

Recientes datos de la DSM-5 informaron una incidencia de 15%-25% y un 7% de prevalencia por año en adultos de Dp. Asimismo, la OMS informa que la Dp es una de las primeras causas de enfermedad y discapacidad entre 10 a 19 años. La prevalencia en infanto-juvenil es de 2% en niños , 4% y 6% preescolares y un 4 a 10% adolescente.²²

En EE.UU niños y adolescentes de entre 3 y 17 años que presentan Dp es de 2,1%. la prevalencia en España oscila del 5 y 13% y va aumentando con el paso de los años, con mayor frecuencia en adolescentes.²³

En el Perú, informes epidemiológicos realizados por el INSM indican que la Dp se presenta con mayor prevalencia en adolescentes de lima y callao siendo un 7%, en la selva amazónica se reporta casos en un 1,9% de prevalencia.³

B. Neuroanatomía de la Dp

Se ha planteado una forma neuro-anatómico que corresponde a la corteza prefrontal, el tálamo, el complejo amígdala-hipotálamo, los ganglios basales y numerosas conexiones en aquellas estructuras. Se considera que

hay dos fundamentales circuitos neuroanatómicos implicados en la regulación del talante son: circuito límbico-talámico-cortical y el circuito límbico-estriado-pálido-talámico-cortical. Conforme a dicho modelo la alteración del talante permiten ser la causa de disfunciones o anomalías en distintas partes de aquellos circuitos.²⁴

Se ha encontrado anomalías estructurales en los ganglios basales, lóbulo frontal, temporal y cerebelo, en pacientes con desorden del humor, que generan atrofia regional.²⁴

C. Neurobiología de la Dp

El riesgo aproximado de presentar Dp de manera hereditaria es de 1/3 y 2/3 es ambiental. El proceso por el que estas experiencias aumenta tempranamente el riesgo de padecer Dp no solo incluyen causa psiquiátrico, sino conflictos psicosociales que pueden convertirse en un evento traumático temporal a una vulnerabilidad a largo plazo.²⁵

Se plantea que la interacción que existe entre factores que desencadenan la Dp pueden provocar alteración a nivel de las redes neuronales y del sistema de neurotransmisores, tales como el dopaminérgico, serotoninérgico y el noradrenérgico, ya que se han verificado que en pacientes con Dp hay una disminución de concentración de dopamina (DA), noradrenalina (NA) y serotonina (5HT), así como también en su metabolito, además de transportadores y precursores como es en el caso de la 5HT.²⁵

D. Tipos de trastornos depresivos

Según la gravedad y nivel de la remisión

- Leve: algunos o ningún síntoma clínico aparte de las precisas manifestaciones para hacer el diagnóstico, poca incapacidad en lo laboral o actividades en el ámbito social y/o relación interpersonal.²⁶
- Moderada: manifestaciones de incompetencia funcional leve o moderada
- Grave sin manifestaciones psicóticas: mayor cifra de manifestaciones e importante seguimiento en relación en sus tareas habituales
- Grave con manifestaciones psicóticas: alucinación o ideas delirantes:
 - ✓ Adecuado con el estado de ánimo: enfermedad, culpabilidad, asuntos sobre inutilidad.
 - ✓ Inadecuado con el estado de ánimo: no incorpora temas sobre Dp.
 - ✓ Remisión parcial: algunas manifestaciones depresivas, pero no cumplen los criterios, o sin manifestaciones de Dp inferior a dos meses.
 - ✓ Remisión total: dos meses o más sin manifestaciones de Dp.²⁶

Según la DSM-5

- I. Trastorno depresivo mayor: estos pacientes tienen una apariencia triste, postura desanimada, falta expresión facial, modificaciones en la voz o habla (monosílabos) escasas actividad corporal, pueden descuidar su propia higiene y perciben que el mundo está apagado. Estos aspectos se pueden confundir con la una persona que padezca de enfermedad de Parkinson.²⁷
- II. Trastorno depresivo persistente: se puede diagnosticar en individuos que presenta un humor depresivo que puede durar todo el día o durante 2 años²⁸, que se acompañen con dos de las siguientes

manifestaciones: pérdida o aumento de apetito, insomnio, autoestima baja, problemas de concentración, anergia y pérdida de esperanza.²⁶

- III. Trastorno disfórico premenstrual: la prevalencia varía de 1,8 y 5,8% en mujeres que menstrúan(29). Esta patología se exacerba con cambios somático, emocional y comportamental durante la fase luteinizante del periodo femenino regular, aquellas alteraciones provocan poca capacidad física y psíquica, conflicto de relación social, laboral y familiar. Aparece más o menos 1 semana antes del periodo menstrual y finaliza al terminar la misma o después de unos días.²⁶

TABLA N° 01 Tipos de Dp según DSM-V

	Trastorno De Dp Mayor	Trastorno de Dp Persistente	Trastorno Disfórico Premenstrual
Duración	2 semanas	2 años 1 año (niños y adolescentes)	Durante el tiempo premenstrual
Pacientes	Cualquier edad	Cualquier edad	Mujeres fértiles
Síntomas Principales	Ocasiona síntomas ansiosos, psicóticos u obsesivos	Sd depresivo leve	Ansiedad, sd. Depresivo

Adaptado por Alvares M. y Col (2015)

E. Manifestaciones clínicas

La Dp es un trastorno, que incluyen un conjunto de entidades clínicas tales como: ⁽¹¹⁾

- Infelicidad: que se expresa como tristeza.²⁰
- Destacan un comportamiento inadecuado.²⁰
- Inmadurez.²⁰
- Falta de apetito.¹¹

- Fatiga.¹¹
- Dificultades cognitivas.¹¹
- Problemas conexión social.¹¹
- Culpa excesiva.¹¹
- Ideación suicida.¹¹
- Pérdida de interés.⁹
- Baja autoestima.⁹
- Trastorno de sueño.⁹
- Trastorno del sueño.²³
- Falta de concentración.⁹

TABLA N° 02 Manifestaciones clínica

	Nivel bajo moderado	Nivel severo	Nivel grave
Estado de animo	Tristeza, melancólico	Llanto persistente	Desesperación
Desinterés	Desinterés habitual	Realiza poca actividad productiva	Rechazo a actividades divertidas
Aislamiento social	No queda con amigos, poca actividad social	Evita el contacto social	sin entorno social
Sin esperanza	Se cuestiona si es culpable una mejoría	Pesimista con el futuro	No ve futuro hacia sí mismo
sueño	No logra conciliar el sueño	Insomnio	Casi no duerme
Lentitud	Poca energía Pensamiento lento	Apatía	Estupor
Apetito	Poco o exceso de apetito	Pérdida de peso	No come o aumenta de peso
Manifestaciones físicas	Fatiga, pesadez	Palpitación, algias, agitación,	Manifestaciones físicas intensas que intervienen con su vida
Plano sexual	Poco interés por el sexo opuesto	Problema menstrual	Problema menstrual y sexual
Cambio de ánimo	Ánimo que entre días puede cambiar	Cambio de animo en el mismo día,	Cambio de ánimo durante el día, no concentración
Concentración	Problemas en la lectura	Retraso psicomotor	Idea desordenada
Salud	Preocupación por la salud	Frecuente preocupación por la salud	Hipocondriacos
Culpa	Reproches hacia el mismo	Percibe la DP como castigo	Ideas de culpa
Pensamiento de suicidio	Cree que la vida no tiene sentido	Piensa en el suicidio	Intenta suicidarse

Adaptado por X.Gonzales y Col (2015)

F. Factores de riesgo

Los factores de que aumentan la probabilidad de presentar esta patología son:

- ✓ Factores familiares y del entorno.¹⁸

TABLA N° 03 Factores familiares y del entorno

Riesgo familiar	Riesgo del entorno
– Alcoholismo familiar	– Rechazo de su entorno social
– Conflictos conyugales	– Aislamiento social
– Dificultades emocionales	– Mala adaptación de la familia o amigos
– Abuso físico, emocional y sexual	– Bullying
– Muerte de un familiar	– Consumo de drogas
– Separación o divorcio de los padres	– Abuso de alcohol

Fuente: elaboración propia

- ✓ Factores individuales
 - Sexo: 2 a 3 veces más frecuentes en mujeres
 - Factores de riesgo genéticos y bioquímicos
 - Factores psicológicos: baja autoestima, pensamientos de muerte, alteración de la conducta, etc.
 - Bajo rendimiento escolar.¹⁸

G. Diagnóstico

Se debe realizar por medio de entrevista clínica y no ser procedente únicamente de cuestionario. Se deben emplear técnicas específicas, verbales como no verbales, debido a existencia de restricciones técnicas y verbales en esta edad. Para poder completar un correcto diagnóstico, es importante la indagación dada por los padres y el ámbito escolar.¹⁸

Los criterios diagnósticos para la depresión más usados, ya sea clínico o en estudios de investigación son: el CIE10 y el DSM-V

CIE-10: usa un listado de 10 síntomas depresivos y lo divide en leve, moderado o grave. En estos casos constantemente deben estar presente tres de los síntomas fundamentales de la depresión que son: ánimo depresivo, pérdida de la capacidad y pérdida de interés, aumento de fatigabilidad, los episodios deben de durar al menos 2 semanas.¹⁸

- A. El suceso debe durar aproximadamente dos semanas
- B. El suceso no es atribuido por elementos psicoactivos o trastornos mentales orgánicos
- C. Síndrome somático:
 - Pérdida del interés o capacidad de gozar las habilidades que eran agradable.
 - Carencia de respuesta emocional ante sucesos que normalmente dan una respuesta
 - Despertar dos o más horas antes de lo normal por la mañana
 - Mal humor matutino
 - Presencia de lentecimiento motor o agitación
 - Pérdida de apetito
 - Pérdida del 5% del peso
 - Desinterés sexual

Test de Zung: es una escala y/o instrumento que se usa en diversos estudios en adolescentes para diagnosticar Dp, así mismo se usan otros instrumentos como el inventario de Beck y la escala para Dp del centro para estudios epidemiológicos (CES-D).³⁰

En la validez de la escala de Zung en adolescente se observa 4 dominios:

- Síntomas del ánimo y ansiedad.
- Retardo psicomotor y autoestima baja.
- Manifestaciones somáticas .

- Apetito disminuido y deseo sexual.

A su vez esta escala consta de 20 ítems que cuantificará manifestaciones de Dp durante las 2 últimas semanas. A cada ítem se le da una puntuación del 1 al 4, donde el 50% positivo y 50% negativo, por lo tanto, el puntaje oscila de 20 a 80 puntos.³⁰

H. Tratamiento

H1 Tratamiento farmacológico

- Inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS): son un conjunto de fármacos para el tratamiento de la Dp y otros trastornos. Su mecanismo de acción es inhibir la receptación de 5HT a nivel pre-sináptica lo que determina que la neurotransmisión serotoninérgica sea prolongada y aumente.³¹ Actualmente, en esta categoría existen 6 fármacos que son:
 - Fluoxetina
 - Fluvoxamina
 - Paroxetina
 - Sertralina
 - Citalopram
 - Escotalopram
- Inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (ISRN): mezclan la sólida inhibición de los receptores presinapticos recaptadores de serotonina (SERT) de los ISRS con los variados grados de inhibición del transportador de serotonina (NET). Lógicamente, debería de haber un excelente terapia farmacológica en el aumento de la inhibición del NET más la inhibición del SERT, puesto que el mecanismo añadido proporcionará eficacia al otro al aumentar el alcance de dichos antidepresivos al sistema de neurotransmisión monoaminérgica por mas

regiones en el cerebro.³² Uno de los fármacos más conocido y el primer antidepresivo de este grupo es la ventafaxina³³ otros de este grupo son el Duloxetina y la desvenlafaxina.

- Antidepresivo tricíclico (ADT): son fármacos utilizados para tratar patologías de amplio espectro como: la Dp, migraña, dolor neuropático, falta de atención y trastornos de pánico.³⁴

Los ADT se denominan así porque en su estructura química contiene 3 anillos. Su mecanismo de acción de los ADT es bloquear la bomba de recaptación de norepinefrina o SERT. Unos tricíclicos son más o igual de potente de los inhibidores de recaptación de 5HT una de ellas es el clomipramina, Otros son seleccionados para norepinefrina que para la serotonina como lo es el nortriptilina. En cambio, la mayoría, bloque tanto norepinefrina como serotonina.

Otros ADT son amitriptilina y imipramina

- OTROS ANTIDEPRESIVOS: Bupropion, Agomelaatina, Mirtazapina, vertioxetina, mianserina, trazodona

H.2 No farmacológico

- ✓ Estilo de vida y dieta: Es muy importante que en la atención primaria incidir en la adquisición de buenos hábitos saludables, ejercicio físico, control de presión arterial, colesterol y triglicéridos, ya que la Dp está asociado a otras patologías
- ✓ Psicoterapia: Tratamiento programado que usa diferentes métodos derivadas de fundamentos psicológicos que van a variar depende el tipo de psicoterapia.²⁶ Las técnicas psicoterápicas integran aspectos de ayuda psicológica, psicoeducacional y adquisición de métodos de

afrontamiento, los métodos más usados en la praxis habitual son; psicoterapia interpersonal, de apoyo, conductual y cognitivo³² estas psicoterapias se pueden utilizar como tratamiento único en trastornos depresivos leves y simples.

TABLA N° 04 Fármacos antidepresivos

Fármaco	Dosis(mg)	Horario	Vida Media	Característica
IRSR				
Fluoxetina	20-50	Mañana	4-16 d	Antiobsesivo
Fluvoxamina	100-300	Noche	17-22 h	Sedante
Paroxatina	20-50	Mañana/noche	24 h	Sedante
Sertralina	50-200	Mañana	26 h	sedante
Citalopram	20.40	Mañana	33 h	Menor interacción
Escitalopram	10-20	Mañana	30 h	Menor interacción
ISRN				
Venlafaxina	75.375	Mañana/Md	5-11 h	Ansiofítico
Desvenlafaxina	50-100	Mañana/Md	6-13 h	ansiofítico
Duloxetina	60-120	Mañana/Md	12 h	Eficaz en Dolor neuropático
ADT				
Amitriptilina	50-200 mg	Noche	9-96 h	Sedante
Clomipramina	30-250 mg	Noche	12-36 h	Sedante, Antiobsesivo
OTROS				
Mianserina	30-90 mg	Noche	10-20 h	Sedante
Mirtazapina	15-45	Noche	20-40 h	Sedante Da apetito
Trazodona	150-300	Noche	5-13 h	Sedante
Agomelatina	25-50	Noche	1-2 h	Requiere función hepática
Vortioxetina	10-20	Noche	66 h	nauseas

Adaptado por Alvarez M y Col (2017)

2.2.2 LA FAMILIA

Es el 1º grupo en el cual se adquiere valores básicos, en el cual necesitamos para poder lograr un desarrollo armónico e integral, asimismo se considera a la familia como la fuente de unión entre personas que van a compartir un proyecto común y duradero de existencia en el cual puedan generarse fuerte afección de pertenencia al mismo.³⁵

En la actualidad, la familia no solo puede comprenderse desde el punto de aspecto clásico en las que lo conforman son: papa, mama e hijos, sino también lo pueden constituir 1 de los padres e hijos, 1 de los padres y demás familiares, hijos que están a cargo de otros familiares o no.³⁶

Según la perspectiva, del ciclo familiar vital la familia es un forma de organización fundamental para la supervivencia genética, biológica y afectivo de los miembros, así mismo la familia es como una categoría extensa de consanguinidad a su vez es la base primordial de identidad, apellido, tradición de antepasados, patrimonio y traspasa generaciones.³⁷

Hablar de familia en termino científico, a partir del inicio del tiempo como la célula, grupo o conjunto que se ha originado de la sociedad; se ha configurado en términos ortodoxos o conservadores, por aquellas personas en la cual se comparte objetivos de la vida así como también cierto parentesco.³⁸

Con el tiempo la familia ha ido cambiando, se ha modificado el modelo , el tipo, la composición y la integración interna.³⁹

A . Tipos de familia

- Familia nuclear es lo que comúnmente ya se conoce como familia típica, es decir está formada por papa, mama, e hijos. Normalmente la sociedad conforma este tipo de familia.

- Familia monoparental: está conformada por uno de los padres en el cual este se hace cargo la familia, por ende, la crianza de los hijos. Generalmente, la madre es la que se queda con los hijos, asimismo existen casos que son los padres que se hacen cargo.
- Familia adoptiva: esta familia hace alusión a los padres que optan por adoptar un niño.
- Familia sin hijos: se distingue por no poseer descendientes. Ya sea porque los padres han decidido no tener hijos o porque no pueden procrear.
- Familia de padres separados: a pesar que no vivan juntos deben de cumplir con sus deberes y derechos como padres. A diferencia de padres monoparentales que ellos mismos se hacen carga de la crianza de sus hijos, los padres separados comparten las funciones
- Familia compuesta: se identifican por estar constituida por diversas familias nucleares. El motivo más común es porque se han venido formando pro otras familias luego de términos de pareja, y el hijo o hija además de vivir con su mama y pareja, también convive con la familia de su papa y su pareja. Usualmente este tipo de familia ocurren en el entorno rural.
- Familia monoparental: se distingue por presentar 2 padres o madres des mismo sexo que deciden tener un hijo.
- Familia extensa: caracterizada ya que la educación de los hijos están a cargo distintos familiares o habitan diferentes miembros de la familia.⁴⁰

B. Funcionamiento familiar (FF)

Un FF saludable, es aquella que posibilita a la familia cumplir sus objetivos exitosamente a través de los siguientes:

- Transmite valores moral y culturales
- Satisfacción afectivo emocional y material de los miembros
- Estabilidad y mantenimiento del equilibrio en el curso del ciclo vital
- Instituir patrones para la afinidad interpersonal
- Creando condiciones correctas para desarrollar la identidad personal

C. Familia disfuncional

La FD presenta como secuela de adultos co-dependientes que a su vez pueden estar siendo dañados por adicciones, como uso de sustancias ya sea alcohol o algún tipo de droga

Además, se trata de familiar poca organizada, en los que los miembros menores se sienten desorientados, con carencia de satisfacer sus necesidades tanto afectiva como emocional.⁴¹

C.1 Tipos de FD

- FD leve: la falta de comprensión, sensibilidad y empatía hacia algunos miembros de la familia; carencia de tiempo compartido, ante todo en evento social y actividad creativa.
- FD moderada: son los niños o adolescentes que presentan miedo de decir o hablar lo que se está aconteciendo en su hogar o miedo hacia sus padres. La preferencia de un hijo sobre el otro.

- FD severa: el escaso respeto hacia los demás miembros de la familia, padres separados en permanente conflicto o padres que tiene que separarse y no lo hacen.

Existen algunas encuestas o test que sirven para determinar si una familia es o no disfuncional, una de ellas es el Apgar familiar.

D. Apgar familiar (AF)

Es un instrumento en el cual los integrantes de la familia muestran cómo percibe el nivel de funcionamiento de la familia de una manera global.

El AF es útil para poder evidenciar la forma en la que un individuo puede percibir el funcionamiento de su familia en un determinado momento. Dicho instrumento evalúa 5 funciones principales y básicas de la familia que son: Adaptación, Participación, Gradiente de medio personal, Afectividad y Recurso.⁴²

2.2 MARCO CONCEPTUAL

- Depresión: trastorno mental muy frecuente, caracterizado o presentar tristeza, desinterés, baja autoestima.³
- Familia disfuncional: ausencia de un miembro de la familia o mala conducta, abuso o conflicto entre los miembros.⁴³
- Bajo rendimiento escolar: alumno con dificultad en el aprendizaje, desvinculación con las tareas.⁴⁴
- Consumo de alcohol: trastorno conductual manifestado por repetida ingesta de bebidas alcohólicas.⁴⁵
- Consumo de droga: consumo de sustancias ilícitas (marihuana, cocaína entre otros).⁴⁶

2.3 HIPÓTESIS

2.4.1 GENERAL

Existe asociación entre familia disfuncional y depresión en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019

2.4.2 ESPECÍFICOS

- Existe asociación estadísticamente significativa entre consumo de droga y depresión en adolescente de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo Y Barrera 2019
- Existe asociación estadísticamente significativa entre consumo de alcohol y depresión en adolescente de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo Y Barrera 2019
- Existe asociación estadísticamente significativa entre bajo rendimiento escolar y depresión en adolescente de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019

2.5 VARIABLES

Variable Independiente:

- Familia disfuncional
- Consumo de alcohol
- Consumo de drogas
- Bajo rendimiento escolar

Variable dependiente: Depresión

2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- Depresión: se medida a través del Test de Zung, presentando Dp aquellos alumnos con puntaje mayor de 50 en la encuesta, a la vez se clasificará en leve, moderado y severo
- Familia disfuncional: se determinará si hay o no FD a través del test de AF, subclasificandose en leve, modera y severa de acuerdo a los puntajes obtenidos
- Consumo de droga: El dato será obtenido de la ficha de recolección de datos, este dato no podrá ser corroborado
- Consumo de alcohol: Esta información se obtendrá mediante una ficha de recolección de datos, previa explicación de dicha covarible
- Bajo rendimiento escolar: la pesquisa se va adquirir a través de la ficha de recolección de datos, a la vez se tendrá las calificaciones de cada estudiante

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLOGICO

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACION: Es un estudio no experimental, de corte transversal y prospectivo

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN: El presente estudio será tipo descriptivo correlacional

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRAS

El estudio se realizará en la provincia de chincha, se encuentra situada 200 km de sur de lima. Cuenta con una superficie territorial de 2'987,35 km² según el último censo realizado el 2007 tiene una población de 194,315 de habitantes

La muestra se tomará de la Institución Educativa Emblemática José Pardo y Barrera

Se calculó un tamaño de muestra de 126 estudiantes como una población de 1360, un nivel de certeza de 95%, un fallo máximo aceptado de 5%

n=126

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n= tamaño de muestra buscado

N= tamaño de la población o universo

Z= parámetro estadístico que depende de nivel de confianza (NC)

e= error de estimación máximo aceptado

p= probabilidad que ocurra el evento estudiado (éxito)

q= (1-p) = probabilidad que no ocurra el evento en estudiado

Tipo de muestreo: Probabilístico

3.3 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

- Se necesitará la autorización del director de la Institución Educativa
- En el presente estudio se recolectará los datos mediante 2 encuestas validadas que son: test de Zung (la prueba de alfa de Cronbach fue 0,85) y test de Apgar Familiar (la prueba de alfa de Cronbach fue 0,84) y una ficha de recolección de datos, los alumnos se seleccionarán de manera aleatoria.
- Con la información obtenidos se establecerá una base de datos para realizar el análisis propuesto

3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos se obtuvieron de la ficha de recolección de datos y las encuestas ya mencionadas en adolescentes de 14 a 16 años de la Institución Educativa Emblemática José Pardo y Barrera, que se realizó mediante una previa solicitud y permiso del director de dicha Institución Educativa Emblemática

Se diseñó una base de datos en el programa estadístico SPSS 26.0, teniendo en cuenta los objetivos y la operalización de variables

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se realizarán las distribuciones de frecuencia de las variables y se realizara análisis bi variado para medir la asociación entre dos variables mediante el ensayo estadístico Chi cuadrado de Pearson siendo $p \leq 0,05$ estableciendo que cantidades menor a este representara que hay relación estadísticamente significativa. El intervalo de confianza es 95%, mediante la elaboración de un programa estadístico SPSS versión 26.0, asimismo la elaboración de gráficos y tablas de distribución de frecuencia de las variables en estudio

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio cuenta con la aprobación del comité de ética de la UPSJB a su vez cuenta con la aprobación de la Facultad de Medicina de dicha universidad. Además, respetará la confidencialidad de los adolescentes en estudio.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADO

Se presentarán los resultados en dos partes según los objetivos establecidos: en primer lugar, un panorama general descriptivo de los resultados obtenidos expresados a través de las frecuencias de las variables estudiadas, en segundo lugar, el análisis de las asociaciones entre variables

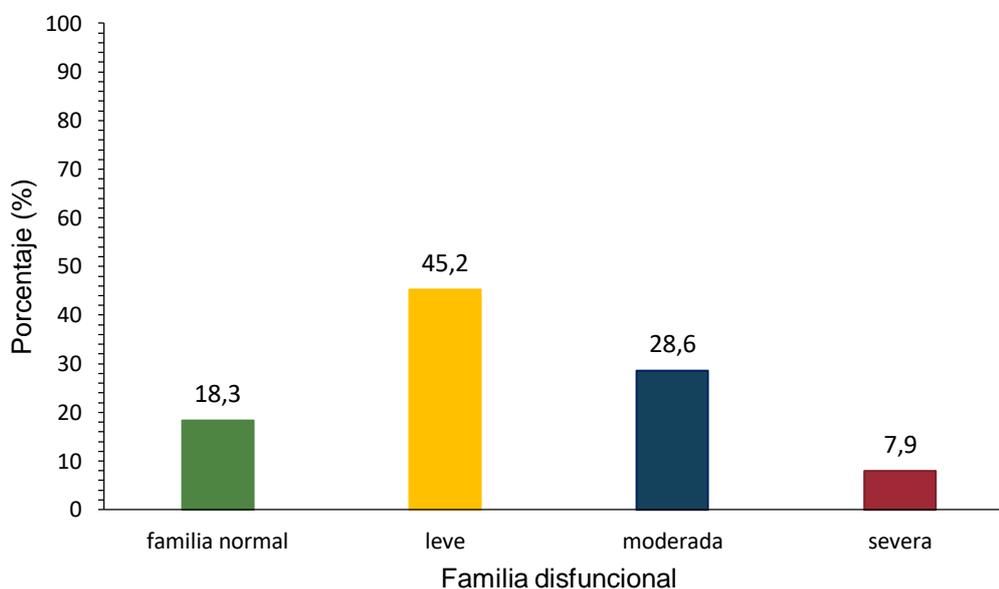
4.1.1 Frecuencia de FD en adolescentes de 14 a 16 años en la IEE José Pardo y Barrera 2019

TABLA N° 05 Frecuencia de FD

Familia disfuncional		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Normal	23	18,3
Leve	57	45,2
Moderada	36	28,6
Severa	10	7,9
Total	126	100

FUENTE: I.E.E José Pardo y Barrera (2019)

GRÁFICO N°01 Distribución de frecuencia de FD



FUENTE: I.E.E José Pardo y Barrera (2019)

INTERPPRETACIÓN:

En la Tabla N°05 de un total de 126 adolescentes estudiados, 23 presentan una familia normal el cual equivale un 18,53%, y 103 (81,7%) de los alumnos constituyen una FD, que a su vez lo podemos dividir en: FD leve que representa a 57 (45,2%) escolares, 36 (28,6%) representó FD moderas y menor frecuencia FD severa que lo determina un total de 10 (7,9%) adolescentes.

En el gráfico N°01 observamos una mayor incidencia de la población que presenta FD leve, seguida de una FD moderada y por último la severa

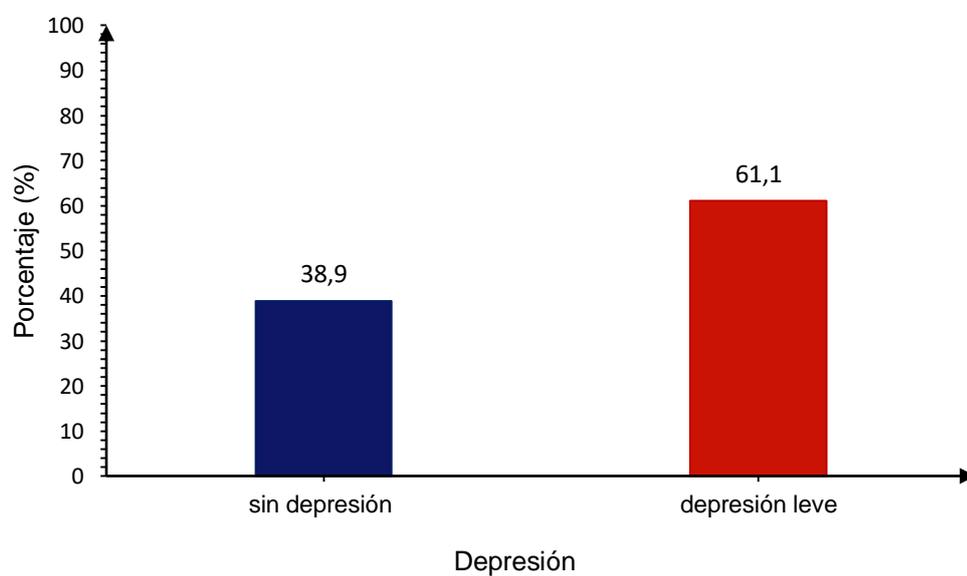
4.1.2 Frecuencia de Dp en adolescentes de 14 y 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019

TABLA N° 06 Frecuencia de Dp

Depresión		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sin depresión	49	38,9
Depresión leve	77	61,1
Total	126	100

FUENTE: I.E.E José Pardo y Barrera (2019)

GRÁFICO N° 02 Distribución de Frecuencia de Dp



FUENTE: I.E.E José Pardo y Barrera (2019)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N°06 muestra un total de 123 adolescentes estudiados, por lo que se evidencia que 49 (38,9%) alumnos no presentan Dp (rango normal) y que 77 (61,1%) estudiantes presentan Dp leve, no encontrando Dp moderada ni severa.

En el gráfico N°02 se puede visualizar que más de la mitad de adolescentes en estudio presentan Dp, obteniendo una prevalencia de 61,1%.

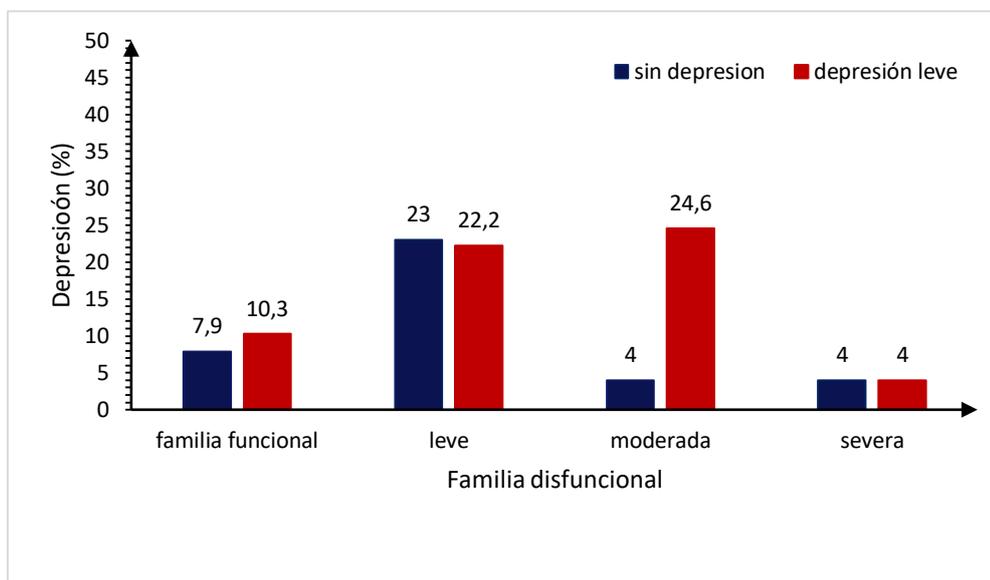
4.1.3 Asociación entre FD y Dp en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019

TABLA N° 07 Asociación entre FD y Dp

		Depresión			Total	X ²	p - valor ≤0,05
		Sin depresión	Depresión leve				
FD	Familia funcional	N°	10	13	23	13,638	0.003
		%	7,9	10,3	18,3		
	Leve	N°	29	28	57		
		%	23,0	22,2	45,2		
	Moderada	N°	5	31	36		
		%	4,0	24,6	28,6		
	Severa	N°	5	5	10		
		%	4,0	4,0	7,9		
	Total	N°	49	77	126		
		%	38,9	61,1	100%		

FUENTE: I.E.E José Pardo y Barrera (2019)

GRÁFICO N°03 Asociación entre FD y Dp



FUENTE: I.E.E José Pardo y Barrera (2019)

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N°07 muestra un total de 49 (38%) alumnos que no presentan Dp y 77 (61,1%) adolescentes presentan Dp; asimismo se evidencia que 23 (18,3%) representa a una familia funcional, 57 (45,2%) equivale a una FD leve, 36 (28,6%) presenta una FD moderada, y 10 (7,9%) a una FD severo; además se puede observar que 10 (7,9%) de los adolescentes en estudio constituyen una familia funcional sin Dp, y 13 (10,3%) una familia normal con Dp leve; 29 (23%) equivale a una FD leve sin Dp, 28 (22,2%) estudiantes constituyen una FD leve con Dp leve; 5 (4%) representa a un FD moderada sin Dp y 31 (24,6%) simboliza a una FD moderada con Dp, 5 (4%) adolescentes presentaron una familia funcional sin Dp y 5 (4%) presenta una FD severa con Dp leve en los adolescentes

Para poder determinar la asociación entre FD y DP. se realizó la prueba de hipótesis del chi cuadrado $\chi^2 = 13,638$ y $p=0.003$ siendo este menor a 0,05, se estable relación estadísticamente significativa entre las variables: FD y Dp.

En el gráfico N°03 podemos visualizar que los adolescentes con FD moderada son más propensas a presentar Dp, así mismo se observa que los alumnos que presentan FD leve muestra la misma posibilidad de tener Dp de aquellos estudiantes que no presentan esta patología

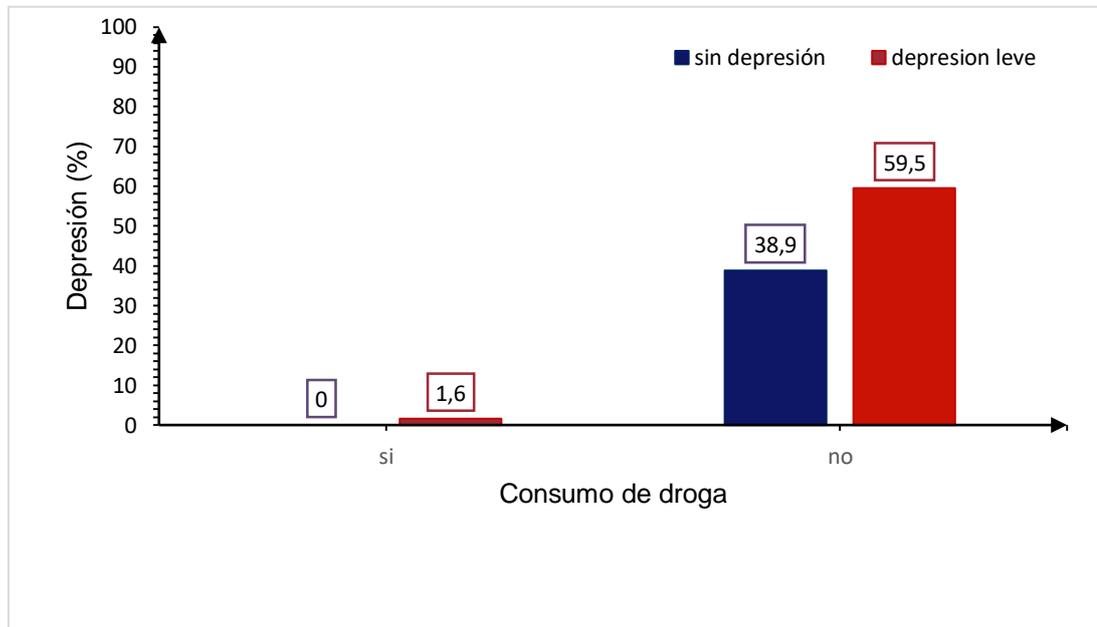
4.1.4 Asociación entre el consumo de droga y Dp en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019

TABLA N° 08 Asociación entre el consumo de droga y Dp

		Depresión			Total	χ ²	p - valor ≤0,05
		Sin depresión	Depresión leve				
Consumo de droga	Si	N°	0	2	2	1,293 ^a	0.255
		%	0.	1,6	1,6		
	No	N°	49	75	124		
		%	38,9	59,5	98,4		
Total	N°	49	77	126			
	%	38,9	61.,1	100%			

FUENTE: I.E.E José Pardo y Barrera (2019)

GRÁFICO N° 04 Asociación entre consumo de droga y Dp



FUENTE: I.E.E José Pardo y Barrera (2019)

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N°08 de un total de 126, se pueden evidenciar que no hay consumo de droga en alumnos sin DP, sin embargo, 2 (1,6%) adolescentes que si consume droga y a la vez presenta Dp leve; 49 (38,9%) no consume droga y no presenta Dp, 75 (59,5%) no consumen droga, pero presenta Dp, estableciendo que solo 2 (1,6%) estudiantes consume algún tipo de sustancias ilícitas y 124 (98,4%) de la población estudiada no hace el uso de este.

Para establecer la asociación entre consumo de droga y Dp se realiza la prueba de hipótesis chi cuadrado $\chi^2 = 1.293$ y $p=0,255$ siendo este mayor que 0,05, se concluye que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables: consumo de droga y Dp.

En el gráfico N°04 se visualiza claramente que solo el 1.6% consume sustancias ilícitas

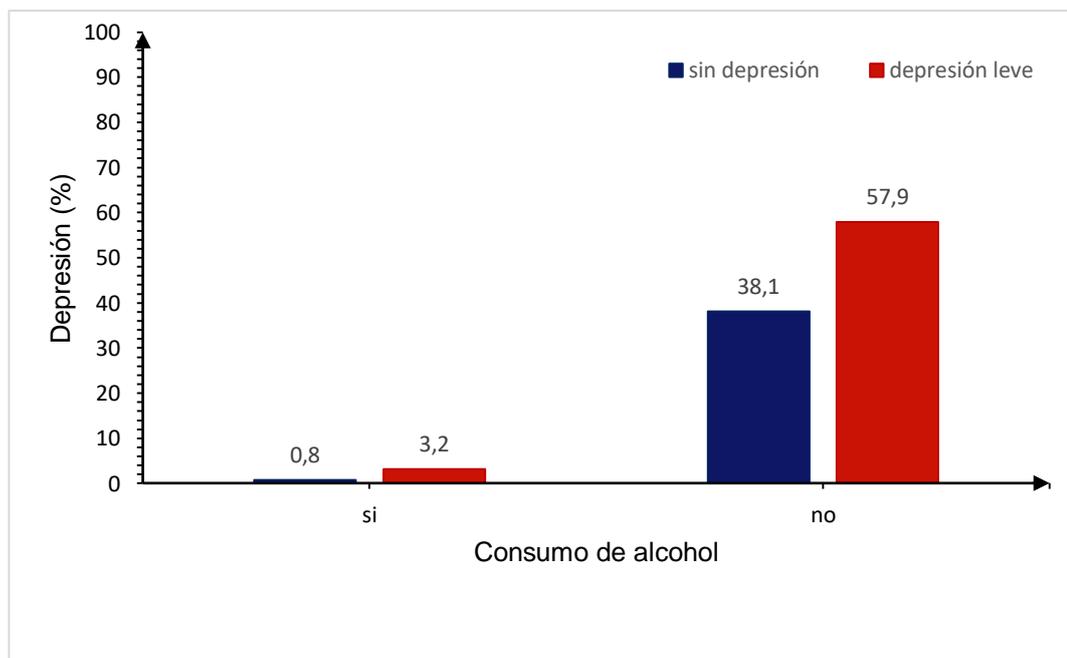
4.1.5 Asociación entre el consumo de alcohol y Dp en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019

TABLA N° 09 Asociación entre el consumo de alcohol y Dp

		Depresión			Total	X ²	p - valor ≤0,05
		Sin depresión	Depresión leve				
Consumo de alcohol	Si	N°	1	4	5	,782 ^a	0.377
		%	0,8	3,2	4,0		
	No	N°	48	73	121		
		%	38,1	57,9	96,0		
Total		N°	49	77	126		
		%	38,9	61,1	100%		

FUENTE: I.E.E José Pardo y Barrera (2019)

GRÁFICO N°05 Asociación entre el consumo de alcohol y Dp



FUENTE: I.E.E José Pardo y Barrera (2019)

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N°09 en un total de 126 adolescentes, se observan que solo 1 (0,8%) de los estudiantes consume bebidas alcohólicas sin presentar Dp; y 4 (3,2%) adolescentes consumen alcohol y a la vez presentan Dp; 48 (38,1%) alumnos no consumen alcohol y no presentan Dp, y 73 (57,9%) representa a estudiantes que no consumen alcohol, pero presentan Dp leve.

Para determinar la asociación entre consumo de alcohol y Dp, se realiza la prueba de hipótesis de chi cuadrado $\chi^2 = 0,782$ y $p = 0,377$ siendo este menor que 0,05 por lo que se establece que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables: consumo de alcohol y Dp.

En el gráfico N°05 por consiguiente, solo el 4% consume bebidas alcohólicas y un 96% no consume alcohol.

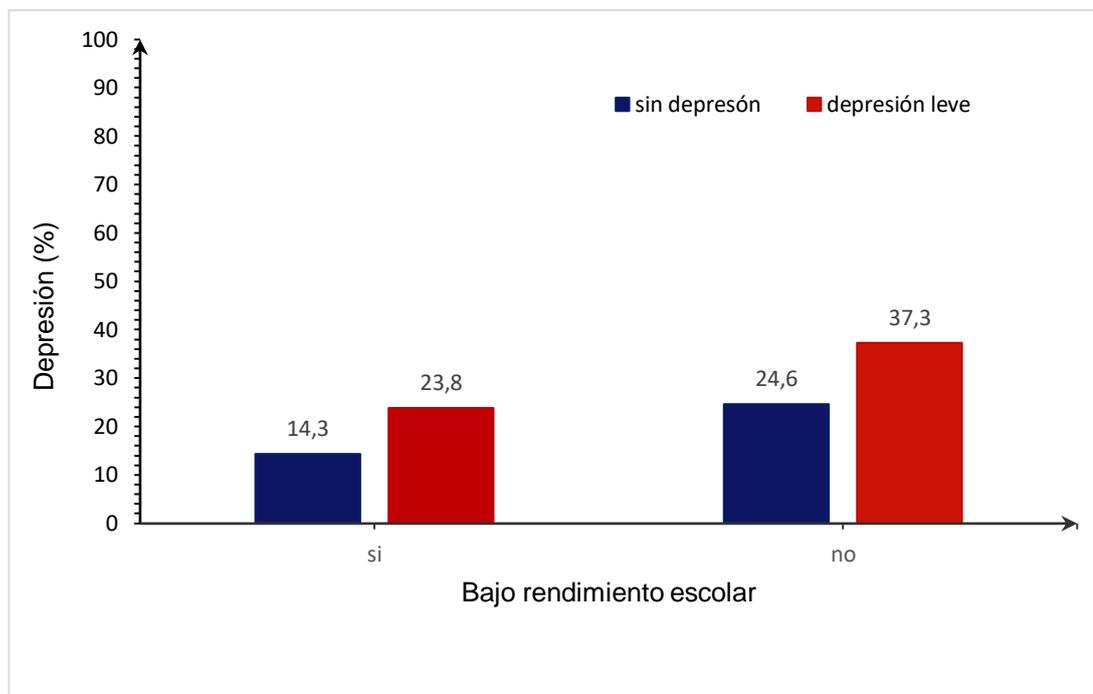
4.1.6 Asociación entre bajo rendimiento escolar y Dp en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019

TABLA N° 10 Asociación entre bajo rendimiento escolar y Dp

		Depresión			Total	χ^2	p - valor $\leq 0,05$
		Sin depresión	Depresión leve				
Bajo rendimiento escolar	Si	N°	18	30	48	,063	0.802
		%	14,3	23,8	38,1		
	No	N°	31	47	78		
		%	24,6	37,3	61,9		
Total	N°	49	77	126			
	%	38,9	61,1	100%			

FUENTE: I.E.E José Pardo y Barrera (2019)

GRÁFICO N° 06 Asociación entre bajo rendimiento escolar y Dp



FUENTE: I.E.E José Pardo y Barrera (2019)

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N se observa un total de 126 participantes, donde 18 (14,3%) presenta a escolares con bajo rendimiento escolar sin Dp, y 30 (23,8%) representa a alumnos con bajo rendimiento escolar y a la vez presentan Dp leve; 31 (24,6%) alumnos presenta buen rendimiento escolar y sin Dp, y 47 (37,3%) escolares con buen rendimiento educativo que a la vez tienen Dp leve, por tanto 48 (38,1%) alumnos tienen bajo rendimiento académico y 78 (61,9%) alumnos buen rendimiento escolar.

Al establecer la asociación entre bajo rendimiento escolar y Dp, se realiza la prueba de hipótesis del chi cuadrado $\chi^2 = 0,063$ y $p=0.892$ siendo este mayor que 0,05 en la cual se establece que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables: bajo rendimiento escolar y Dp.

4.2 DISCUSIÓN

Autores como Higuita L. (Colombia), realizado en el 2014, donde se evidencia que el 30,6% de la población presenta disfunción familiar, nuestros resultados nos indican que la frecuencia de FD que se encontró correspondería al 81,7% de nuestra muestra.

Además, este autor subclasificó a la FD en leve, moderada y severa, indicando que su estudio no mostraba FD leve, en contraposición nuestros resultados indican una frecuencia de 45,2% de FD leve. Asimismo, al analizar la FD moderada presenta un mayor porcentaje (27%), al comparar nuestros resultados encontramos en esta misma clasificación de FD moderada a 28,6%, valores que van en línea con Higuita. Mientras que en el análisis de FD severa este autor encontró 3,6% por el contrario nuestros resultados fueron de 7,9%.⁽⁴⁷⁾

En esta misma línea, Cusihamán A y Col. (Paraguay) en 2012 desarrollo una investigación donde determinó, que el 57% de los alumnos tienen una FD moderada, el 2% presento una FD severa y el 41% corresponde a familia funcional⁽⁴⁸⁾. Un último autor a analizar es Rueda A. y Col. quien encontró una frecuencia de FD en total de 19,1%, al igual que los otros autores, muestran que la FD moderada se evidencia con 16,8% y la FD severa con 2,3%.⁴⁹

- En nuestra investigación se demuestra que el 61,1%⁷⁷ de adolescentes presentan Dp leve, siendo el único tipo de Dp hallado en el estudio. A diferencia de Cerna I. que realiza un análisis en estudiantes (n=227) donde la frecuencia de adolescentes con Dp es el 50%, el autor si encontró diferentes tipos de Dp, presentando Dp leve y moderada una misma proporción (20%) y Dp grave un población mínima (10%)⁽⁵⁾. Investigación realizada a principios del año 2000 por Ossa A. (Colombia) demuestra que la frecuencia de Dp es del 7,1% de la población estudiada⁵⁰, encontrando solo Dp leve al igual que nuestra

investigación. Así mismo la investigación realizada por Mantilla L y Col. (Ecuador) 2017 muestra que el 66,7% representa a adolescentes con Dp. Además el autor subclasificó la Dp, encontrando Dp leve, moderada y severa⁽¹⁰⁾; el cual 15% de los estudiantes en estudio presenta Dp leve, a diferencia de nuestro estudio la Dp leve se encuentra en el 61,1% de la población estudiada.

- Nuestros resultados indican que existe relación entre FD y Dp, con un chi cuadrado $\chi^2 = 13,638$ y un $p=0,003$, prevaleciendo aquellos adolescentes que constituyen una FD moderada y a la vez presenta Dp el cual se puede visualizar en el Grafico N°6; asimismo, estos resultados son confirmados por el grupo de investigación de Sánchez F. y Col (Perú) quienes realizaron un estudio en adolescentes, donde al igual que nuestra investigación afirman que existe relación estadísticamente significativa entre las variables obteniendo $p=0.0000$ ⁽¹⁶⁾, otro estudio realizado con las mismas variables por Torrel M. y Col. en el departamento de Tumbes (2014), utilizando el análisis estadístico de chi cuadrado, obteniendo un $p=0.008$ estableciendo asociación entre las variables⁽⁹⁾ presentando mayor frecuencia una FD moderada con Dp al igual que nuestro estudio; además en el estudio realizado por Mantilla L. y Col. demuestran que existe relación entre FD y Dp, donde el $X^2= 43,3$ y $p=0.0000$, mostrando que los adolescentes que presentan una FD tienen hasta 5 veces más probabilidad de presentar Dp severa.¹⁰
- El uso de droga en los adolescentes estudiados resultó que es el 1,6% que a su vez presentan Dp, por lo que no se obtuvo relación estadísticamente significativa ya que $p=0,802$. Datos similares a la nuestra se realizó en Colombia por Restrepo J y Col.⁵¹ estableciendo que no existe relación entre consumo de droga y Dp a pesar que su muestra ha sido mayor a la de nuestro estudio teniendo como resultado

$p=0,147$. A diferencia de Chahua M. y Col quienes realizaron un estudio en jóvenes que regularmente consumen algún tipo de sustancias ilícitas encontraron relación significativa con Dp ($p=0,05$)⁵². Al igual que estos autores, Gonzales C. y Col. asociaron estas dos variables en 2386 estudiantes de diferentes colegios de México, obteniendo que el 44,2% de los adolescentes presentan Dp y a la vez consumen sustancias ilícitas por lo que estable relación estadísticamente significativa entre las variables ya que a diferencia de nuestro estudio su muestra es mayor⁽⁵³⁾. A diferencia del estudio realizado por García A. a inicios del años 2000 establece que a mayor síntomas depresivas más probabilidad que se dé inicio al uso de drogas siendo 1,4 veces más que en aquellos que no presentan manifestaciones depresivas.⁵⁴

- El resultado dado por nuestra investigación indica que no existe relación significativa entre el consumo de alcohol y Dp ya que solo un 3.2% de la población estudia presenta estas variables. Distinto resultado se encontró en el estudio realizado en Colombia en el año 2014 por Arrieta K y Col.⁶ ya que demuestran que existe asociación entre dichas variables debido a que su muestra fue mayor, determinando que el 76,8% de los jóvenes presenta Dp y a la vez consume bebidas alcohólicas, siendo $p=0.000$ por lo que se establece relación estadísticamente significativa; del mismo modo Valdivia S. y Col (Perú) realizó un estudio⁵⁵, obteniendo que el 52,4% presenta Dp y consume algún tipo de bebidas alcohólicas, por lo que $p= 0,001$ estableciendo que existe relación entre las variables. De igual manera Rojas G. y Col en un estudio donde participaron 2597 estudiantes de 12 a 18 años establece que el 73% consume alcohol y a las vez presentan Dp, así mismo establece a que mayor síntomas depresivos más probabilidad de consumo de alcohol⁵⁶. Por el contrario, Restrepo J y Col en el estudio que realizaron determinan que no existe relación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y Dp siendo

$p=0.131$, debido a que su muestra al igual que la nuestra fue menor a la de los otros autores.

- Por último, los resultados obtenidos de la asociación entre bajo rendimiento escolar y Dp fueron negativos debido a que solo el 38.1% de la población estudiada presento estas variables obteniendo $p=0,802$ por lo no se estableció relación estadísticamente significativa, estos resultados se pueden corroborar con el estudio realizado en España por Orgilés M y Col 2014 donde participaron 58 estudiante de 8 a 12 años de edad, se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables ya mencionadas siendo $p=0,000$; así mismo, un estudio realizado en Colombia por Ortega F. y Col en el 2014⁽⁴⁴⁾ en 140 adolescentes de 14 a 19 años determina que el 53,4% de alumnos presentan un rendimiento escolar bajo y Dp al mismo tiempo, por lo que afirman que existe relación entre las variables. Lo contrario ocurre en el estudio realizado por Ibanez A y Col donde muestran que solo el 18% de la muestra estudia presenta rendimiento escolar bajo y Dp. Siendo $p=0.419$ por lo que se establece que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

El resultado de esta tesis de grado nos permite concluir que:

- A. La FD de los adolescentes en estudio tiene una frecuencia de 89,7%, que a su vez lo podemos clasificar en leve 45,2%, moderada en 28,6% y severa 7,9%.
- B. En nuestro estudio se puede evidencia que el 61,1% de los alumnos presentan Dp leve, no encontrándose Dp moderada ni severa.
- C. Con respecto a la asociación entre FD y Dp se demuestra que existe relación estadísticamente significativa ($\chi^2=13,638$ y $p\leq 0,05$).
- D. Respondiendo a la asociación entre consumo de droga y Dp se concluye que no existe asociación entre las variables.
- E. Al realizar la asociación entre consumo de alcohol y Dp, no se determina asociación entre dichas variables.
- F. Por último no existe asociación entre el bajo rendimiento escolar y la Dp.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al director de la Institución Educativa Emblemática José Pardo y Barrea junto con el área de psicología realizar estrategias para poder disminuir la presencia de manifestaciones depresivas en los adolescentes de dicha institución, de tal manera que el adolescente pueda participar y expresarse.
2. Se sugiere a los maestros o tutores de la I.E.E José Pardo y Barrera realizar talleres educativos, charlas juntos con los padres de familia y tamizajes de FD en ellos, para así poder mejorar y a la vez tomar acciones oportunas para el mejoramiento del alumno.
3. Se recomienda continuar la investigación no solo en una institución educativas sino también en las otras instituciones educativas para conocer la problemática para poder mejorar la situación de adolescentes y sus familias.

BIBLIOGRAFIA

1. Buitrago Matamoros J.F Pulido Archila Ly, Güichá-Duitama ám. relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de boyacá/ relationship between depressive symptoms and family cohesion among adolescents in an educational institution from boyaca. psicogente. 2017;
2. Perales B, loredo I. disfunción familiar y suicidalidad en adolescentes con trastorno depresivo mayor. salud ment. 2015;
3. Navarro-Loli J, Moscoso M, Calderón-de la Cruz G. la investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. liberabit: revista peruana de psicología. 2017;
4. Denis-Rodríguez E, Barradas Alarcón M, Delgadillo-Castillo R, Denis-Rodríguez P, Melo-Santiesteban G. prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de medicina en latinoamérica: un meta análisis / prevalence of suicidal ideation in medical students of latin america: a meta-analysis. ride rev iberoam para la investig y el desarro educ. 2017;
5. cerna delgado i. estudio comparativo de la prevalencia de la depresión en estudiantes de secundaria provenientes de una institución educativa nacional y privada del distrito de ate. rev psicológica hered. 2017;
6. Arrieta vergara km, díaz cárdenas s, gonzález martínez f. síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. rev clínica med fam. 2014;
7. OMS. oms | depresión. oms. 2017.
8. Flores Palian N, Perales Rojas y, Gómez Gonzales W. depresión e ideación suicida en los adolescentes de una institución educativa pública del distrito de chongos bajo - Perú 2014. ágora rev científica. 2016;3(1):10.

9. Torrel M, Delgado M. Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla - Tumbes, 2013. Cienc Desarro. 2016;
10. Mantilla-Falcón M, Alomaliza C. la disfuncionalidad familiar y los niveles de depresión en adolescentes de una unidad educativa rural en ambato, ecuador. rev eniac pesqui. 2017;
11. González Forteza C, De La Torre A, Vacio Muro M De Los Á, Peralta R, Wagner F. depresión en adolescentes. un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. bol med hosp infant mex. 2015;
12. Gómez Bustamante E, Castillo Ávila I, Cogollo Z. Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados. rev colomb psiquiatr. 2013;
13. Garibay Ramirez J, Jiménez Garcés C, Vieyra-Reyes P, Hernández-González M, Villalón-López J. Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad. med e investig. 2014;
14. Gonzáles Poves J, Macuyama Aricari T, Silva-Mathews Z. factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1.º al 5.º de secundaria de un colegio nacional mixto. rev enferm hered. 2014;
15. Neira Cruz W. Funcionamiento familiar de los estudiantes del quinto grado de la institución educativa José Gabriel Condorcanqui, centro poblado Túpac Amaru - Imaza - Bagua - 2015. univ César Vallejo. 2017;
16. Sanchez Fiorella, Sanchez Gisela. Depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de Instituciones Educativas Públicas secundaria de menores n° 60027 y n° 6010227. San Juan Bautista 2016. 2017;
17. Jaimes J, Tacuchi K. Depresión y clima social familiar en adolescentes de la Institución Educativa Imperio Del Tahuantinsuyo. tesis de pregrado. 2018.

18. Alvarez Ariza, M., Atienza Merino G. Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia. ministerio de sanidad y politica social. 2009.
19. Salud OMS La. plan de acción sobre salud mental 2013-2020. organ mund la salud. 2013;
20. Zapata-Gallardo J, Figueroa-Gutierrez M, Mendez-Delgado N, Miranda-Lozano V, Linares-Segovia B, Carrada-Bravo t, et al. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. boletín médico del hosp infant méxico (ed española). 2007;
21. OMS.Prevenccion del suicidio un instrumento en el trabajo. organ mund la salud. 2006;
22. Organización Mundial de la Salud. adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. nota descr n°345. 2014;
23. Orgilés Amorós M, Samper M, Fernández Martínez I, Espada Sánchez J. Depresión en preadolescentes españoles: diferencias en función de variables familiares. rev psicol clínica con niños y adolesc. 2017;
24. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. rev la fac med. 2006;
25. Dávila Hernández A, González González R, Liangxiao M, Xin N. Estudio sinomédico de la fisiopatología de la depresión. rev int acupunt. 2016;
26. Martínez X, Cabeza M, Pascual Ms, Bedia I. Trastornos del humor: trastornos depresivos. med. 2015;
27. León-Sanromà M. Trastornos del ánimo. amf. 2015.
28. National Institute of Mental Health. las personas mayores y la depresión. national institute of mental health. 2017.
29. Aperribai L, Alonso-Arbiol I, Balluerka N, Claes L. Development of a screening instrument to assess premenstrual dysphoric disorder as

- conceptualized in dsm-5. *j psychosom res.* 2016;
30. Cogollo Z, Díaz Ce, Campo A. Exploración de la validez de constructo de la escala de zung para depresión en adolescentes escolarizados. *colomb med.* 2006;
 31. Pérez V, Speranza N, Tamosiunas G, Ormaechea G. Perfil de riesgo de los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (isrs). *rev uruguaya med interna.* 2016;
 32. Álvarez-Mon M, Pereira V, Ortuño F. Tratamiento de la depresión. *med.* 2017;
 33. Alcántara Montero a. Venlafaxina en el tratamiento del dolor neuropático. *revista de la sociedad española del dolor.* 2018.
 34. Andrés Á, Apraez M, Fernando M, Calvache L, Alejandro A, Alvarez Á. Intoxicación por antidepresivos tricíclicos. *urgent int med emergencias.* 2015;
 35. Osoria P. Desarrollo del clima familiar afectivo y su impacto en el bienestar subjetivo de la familia. *multimed.* 2015;
 36. Cibanal Juan L, Martínez Riera J. Familia y ciclo vital. in: manual práctico de enfermería comunitaria. 2014.
 37. Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. *ces psicol.* 2015;
 38. Oliva Gómez E, Villa Guardiola V. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *justicia juris.* 2014;
 39. Gutiérrez Capulín R, Díaz Otero K, Román Reyes P. El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *cienc ergo-sum.* 2016;
 40. Corbin J. Los 8 tipos de familias (y sus características). *psicología y*

mente. 2016.

41. Mero, Patricia López. Asunción Barreto Pico Er, Bello Mr Y Mwa Del S. Bajo rendimiento académico en estudiantes y disfuncionalidad familiar. medisan. 2015;19:4.
42. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. rev médica la paz. 2014;
43. Mero P, López A, Mendoza E, Rodríguez W, Del salto a. bajo rendimiento académico en estudiantes y disfuncionalidad familiar low academic result in students and dysfunctional families. medisan. 2015;
44. Ferrel Ortega Fr, Vélez Mendoza J, Ferrel Ballestas Lf. Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. rev encuentros. 2014;
45. Betancourth Zambrano S, Tacán Bastidas L, Córdoba Paz E. Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos. univ y salud. 2017;
46. Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito - unodc. informe mundial sobre las drogas 2018. unodc res. 2018;
47. Higueta-Gutiérrez L, Cardona-Arias J. Calidad de vida de adolescentes escolarizados de medellín-colombia, 2014. rev fac nac salud pública. 2016;
48. Cusihuamán-Puma A, Vert-Gossen V, Medina-Rodríguez J, Ávalos D, Ferreira-Gaona Mi, Díaz-Reissner C. La disfunción familiar y su repercusión en el adolescente. barrio Rosa Mística - Paraguay, 2012. memorias del inst investig en ciencias la salud. 2018;
49. Rueda D, Paola Castillo Chávezb Y José E. González Estrella. Prevalencia de adicción a internet y su relación con disfunción familiar en adolescentes. rev clín med fam 2017. 2017;

50. Ossa A, Sánchez Ochoa A, Mejía C, Bareño J. Prevalencia de depresión y sus factores asociados en adolescentes entre 13 y 17 años en Colombia año 2003. *ces salud pública*. 2016;
51. Restrepo J, Amador Sánchez O, Calderon Vallejo G, Castañeda Quirama T, Osorio Sánchez Y, Diez Cardona P. Depresión y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, el estrés académico y la ideación suicida en estudiantes universitarios colombianos. *heal addict y drog*. 2018;
52. Chahua M, Sordo L, Molist G, Domingo-Salvany A, Brugal M, De La Fuente L, et Al. Depresión en jóvenes usuarios regulares de cocaína reclutados en la comunidad depression in young regular cocaine users recruited in the community. *gac sanit*. 2014;
53. González-Forteza C, Juárez López C, Montejo León L de los Á, Oseguera Díaz G, Wagner Echeagaray F, Jiménez Tapia A. Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. *acta univ*. 2015;
54. Alma Rosa García Blancas. La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de México. 2002.
55. Valdivia-Lívano S, Vega-Melgar V, Jiménez-Meza Y, Macedo-Poma K, Caro-Rivera E, Lazo-Escobar D, et al. Consumo alcohólico de riesgo en estudiantes de tres universidades de la sierra central peruana: frecuencia según sexo y factores asociados. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2018;
56. Rojas G, Gaete J, Guajardo V, Martínez V, Barroihlet S, Meneses J, et al. Consumo de sustancias y síntomas depresivos en escolares de liceos municipales de Santiago. *Rev Med Chil*. 2012;

ANEXOS

ANEXO N° 01 Operacionalización de variables

ALUMNO: Muñoz Hernández Leslie Jazmn

ASESOR: Ticona Pérez Fany Verónica

LOCAL: Filial Chincha

TEMA: Asociación entre familia disfuncional y depresión en adolescentes de 14 a 16 años de la I.E.E José Pardo y Barrera 2019

52

VARIABLE INDEPENDIENTE: FAMILIA DISFUNCIONAL			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INTRUMENTO
Familia disfuncional	1=Normal: 17 a 20 puntos 2=Leve: 14 A 16 puntos 3=Moderado:10 a 13 puntos 4=Severo: 0 a 9 puntos	Ordinal	Test de Apgar familiar

VARIABLE DEPENDIENTE: DEPRESION			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Depresión	1=Normal:: 25 a 49 puntos 2=Leve:50 a 59 puntos 3=Moderado:60 a 69 puntos 4=Severo:70 a más puntos	Ordinal	Test de Zung

ANEXO N° 02 Instrumento

Título: Asociación entre familia disfuncional y depresión en Adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E “José Pardo y Barrera” 2019

Autor: Muñoz Hernández Leslie Jazmín

Test de Zung

Escala de autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el afecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

El Rango de Clasificación es de 20-80

- 25-49 Rango Normal
- 50-59 Ligeramente Deprimido
- 60-69 Moderadamente Deprimido
- 70 o Más Severamente Deprimido

		Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos
1	Me siento abatido y melancólico	1	2	3	4	
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor	4	3	2	1	
3	Tengo ganas de llorar	1	2	3	4	
4	Tengo problemas para dormir por las noches	1	2	3	4	
5	Tengo más apetito que antes	4	3	2	1	
6	Aun me atraen las personas del sexo opuesto	4	3	2	1	
7	He notado que estoy perdiendo peso	1	2	3	4	
8	Tengo problemas de estreñimiento	1	2	3	4	
9	Mi corazón late más rápido de lo normal	1	2	3	4	
10	Me canso sin razón alguna	1	2	3	4	
11	Mi mente esta tan clara como siempre	4	3	2	1	
12	Me es fácil hacer lo que siempre hacia	4	3	2	1	
13	Me siento agitado y no puedo estar quieto	1	2	3	4	
14	Tengo esperanza en el futuro	4	3	2	1	
15	Estoy más irritable de lo normal	1	2	3	4	
16	Me es fácil tomar decisiones	4	3	2	1	
17	Siento que soy útil y me necesitan	4	3	2	1	
18	Me satisface mmi vida actual	4	3	2	1	
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera	1	2	3	4	
20	Disfruto de las mismas cosas que antes	4	3	2	1	
Total de puntos						

Adaptado: Dr W. Zung (1971)

Título: Asociación entre familia disfuncional y depresión en Adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E “José Pardo y Barrera” 2019

Autor: Muñoz Hernández Leslie Jazmín

APGAR FAMILIAR

Instrucciones: aquí le vamos a presentar unas frases que le permitirán pensar acerca de cómo percibe la relación entre usted y su familia. Deseamos que conteste a cada una de las siguientes preguntas con una X la casilla que mejor represente la frecuencia con que actúa, de acuerdo con la siguiente escala:

0= nunca

1: casi nunca

2: algunas veces

3: casi siempre

4: siempre

	nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	siempre
1. Estoy satisfecha con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa					
2. Estoy satisfecha con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo					
3. Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida					
4. Estoy satisfecha con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de amor y tristeza					
5. Estoy satisfecha con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos					

INTERPRETACION DEL PUNTAJE

Normal: 17-20 Puntos

Disfunción Leve: 16-13 Puntos

Disfunción Moderada: 12-10 Puntos

Disfunción Severa: Menor O Igual A 9 Puntos

Adaptado: Dr. G. Smilkstein (1978)

Ficha de recolección de datos



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

Título: Asociación entre familia disfuncional y depresión en Adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E “José Pardo y Barrera” 2019

Autor: Muñoz Hernandez Leslie Jazmin

Fecha:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS (INSTRUMENTO)

Ficha de Recolección de Datos N°:

FICHA:

EDAD:

Rendimiento escolar es bajo

SI

NO

Consume usted alcohol

SI

NO

Consume usted algún tipo de droga

SI

NO

ANEXO N° 03 Informe de opinión de experto – Validez de instrumento

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dra.Fany Verónica Ticona Pérez
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente Asesor UPSJB
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recoleccion de datos
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Muñoz Hernandez Leslie Jazmin

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				70	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				75	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).				78	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				80	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				71	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer (relación a las variables).				75	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				72	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación ... (tipo de investigación)				80	

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... APLICABLE (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

75,6

Lugar y Fecha: Lima, 23 Enero 2020

Firma del Experto

D.N.I N° 40615767

Teléfono 947659025

Fany Verónica Ticona Pérez (Ph D)
C. Q. F. P. 09228
DOCTORA EN BIOCIENCIAS

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: José Fernando Salvador Carrillo
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Investigador – Universidad Privada San Juan Bautista
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
Escala de autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)
Apgar familiar
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Leslie Jazmín Muñoz Hernández

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					100%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					100%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					100%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					100%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					100%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer(relación a las variables).					100%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					100%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					100%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación(tipo de investigación)					100%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

100

Lugar y Fecha: 19/02/2010

Firma del Experto: 

D.N.I N°
DR. JOSÉ FERNANDO SALVADOR CARRILLO
 DOCENTE E INVESTIGADOR
 Escuela Profesional de Medicina Humana
 UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Allison M. Pachas Ramos
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Investigador – Universidad Privada San Juan Bautista
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Leslie Jazmín Muñoz Hernández

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					81
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					81
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					81
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					81
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					81
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer(relación a las variables).					81
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					81
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					81
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación(tipo de investigación)					81

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Estudio factible (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

817

Lugar y Fecha:


 M^a. Allison M. Pachas Ramos
 DOCENTE
 Firma de la UNIVERSIDAD PRIVADA
 "SAN JUAN BAUTISTA"
 D.N.I. Nº 2.8378.3.2
 Teléfono

ANEXO N° 04 Matriz de consistencia

ALUMNO: Muñoz Hernandez Leslie Jazmin

ASESOR: Ticona Pérez Fany Verónica

LOCAL: FILIAL CHINCHA

TEMA: Asociación entre familia disfuncional y depresión en adolescentes de 14 a 16 años de la I.E.E José Pardo y Barrera 2019

59

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>GENERAL: PG: ¿Existe asociación entre familia disfuncional y depresión en adolescentes de 14 a 16 años de la I.E.E José Pardo y Barrera 2019?</p>	<p>GENERAL OG: Determinar la asociación entre familia disfuncional y depresión en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019</p>	<p>GENERAL HG: Existe Asociación significativa entre familia disfuncional y depresión en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019</p>	<p>Variable independiente: Familia disfuncional</p> <p>Indicadores: 1=Normal: 17 a 20 puntos 2=Leve: 13 a 16 puntos 3=Moderado: 10 a 12 puntos 4=Severo: 9 a menos puntos</p>
<p>ESPECÍFICOS PE1: ¿Cuál es la frecuencia de familia disfuncional en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019?</p>	<p>ESPECÍFICOS OE1: Determinar la frecuencia de familia disfuncional en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019</p>	<p>ESPECÍFICOS HE1: Existe asociación estadísticamente significativa entre consumo de droga y depresión en adolescente de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo Y Barrera 2019</p>	<p>Variable dependiente Depresión</p> <p>Indicadores 1=Normal: 25 a 49 puntos 2=Leve: 50 a 59 puntos</p>
<p>PE2: ¿Cuál es la frecuencia de depresión en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019?</p>	<p>OE2: Determinar la frecuencia de depresión en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019</p>		

años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019?	adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019	HE2: Existe asociación estadísticamente significativa entre consumo de alcohol y depresión en adolescente de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo Y Barrera 2019	3=Moderado: 60 a 69 puntos 4=Severo: 70 a más puntos
PE3: ¿Cual es la asociación entre familia disfuncional y depresión en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019	OE3: Determinar la asociación entre familia disfuncional y depresión en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019	HE3: Existe asociación estadísticamente significativa entre bajo rendimiento escolar y depresión en adolescente de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019	
PE4: ¿Cuál es la asociación entre consumo de droga y depresión en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019?	OE4: Determinar la asociación entre consumo de droga y depresión en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019		
PE5: ¿Cuál es la asociación entre consumo de alcohol y depresión en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019?	OE5: Determinar la asociación entre consumo de alcohol y depresión en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019		
PE6: ¿Cuál es la asociación entre bajo rendimiento escolar y depresión en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019?	OE6: Determinar la asociación entre bajo rendimiento escolar y depresión en adolescentes		

de 14 a 16 años en la I.E.E
José Pardo y Barrera 2019

DISEÑO METODOLÓGICO

POBLACIÓN Y MUESTRA

TÉCNICAS E INSTRUMENTO

NIVEL: Descriptivo correlacional

TIPO DE INVESTIGACION: no experimental, de corte transversal, prospectivo

Población: serán los 1360 alumnos que estudian en la Institución Educativa Emblemática José Pardo y Barrera

Criterios de inclusión:

- Alumnos de 14 a 16 años
- Adolescentes que pertenecen a la Institución Educativa

Criterios de exclusión:

- Alumnos <14 años
- Adolescentes que no pertenecen a la Institución Educativa

MUESTRA: Se calculó un tamaño de muestra de 126 estudiantes de la población

TÉCNICA: Recolección de datos por encuesta y ficha de recolección de datos – base de datos SPSS

INSTRUMENTO: test de Zung, Apgar familiar y ficha de recolección de datos

ANEXO N° 05 Matriz de clasificación de proyecto de investigación



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

MATRIZ DE CALIFICACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

1. TITULO DEL PROYECTO: ASOCIACION ENTRE FAMILIA DISFUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 14 A 16 AÑOS EN LA I.E.E "JOSE PARDO Y BARRERA" 2019
 2. AUTOR: Muñoz Hernández Leslie Jazmín
 3. FECHA: 27/01/2020

CRITERIOS	CALIFICACIÓN		
	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
I. PRESENTACION DEL PROYECTO	✓		
Respetar las líneas de investigación de la universidad	✓		
Cumple los criterios técnicos de presentación del proyecto de la escuela de medicina humana	✓		
El título refleja el contenido del proyecto	✓		
Lo expresa de manera clara, precisa y concreta	✓		
Plantea el problema con autoridad y originalidad	✓		
Justifica el problema con criterios de relevancia, trascendencia y aportes a la comunidad científica	✓		
Coincide el planteamiento del problema con el objetivo general	✓		
Los objetivos específicos guardan relación estrecha con el objetivo general y el problema planteado	✓		
II. PRESENTACION DEL MARCO TEORICO	✓		
Presenta suficientes antecedentes nacionales e internacionales que guardan relación con el problema a investigar	✓		
Los antecedentes nacionales o internacionales están correctamente redactados con no más de 10 años de antigüedad	✓		
Las bases teóricas guardan relación con el título, problema, variable y objetivos planteados	✓		
III. PRESENTACION DE HIPOTESIS Y VARIABLES	✓		
Describe adecuadamente sus variables de estudio	✓		
Establece relación con sus indicadores y dimensiones	✓		
La describe y clasifica adecuadamente	✓		
Expone correctamente la hipótesis del estudio	✓		
IV. PRESENTACION DEL DISEÑO METODOLOGICO	✓		
Señala correctamente el tipo de estudio y el diseño metodológico.	✓		
Indica su población y señala su muestra con criterios estadísticos	✓		
Plantea su plan de análisis	✓		
El instrumento está validado por expertos	✓		
Explica las técnicas de procesamiento de datos y presentación de resultados	✓		
V. EL DISEÑO DE PRESENTACION DE LA ADMINISTRACION DEL PROYECTO CUMPLE LAS EXIGENCIAS DEL MODELA DE LA EMPH	✓		
VI. ADJUNTA LOS ANEXOS QUE EXIJE EL FORMATO DE INVESTIGACION	✓		
VII. LA REDACCION DEL PROYECTO Y PRESENTACION DE BIBLIOGRAFIA CUMPLE LOS LINEAMIENTOS DE VANCUVER.	✓		
APROBADO	✓		DESAPROBADO

ASESOR: Dra. Fany Ticona Pérez

Cel. 947659025

correo: fanyveronica@gmail.com

Sello y firma del asesor

Fany Verónica Ticona Pérez I.F. 11111
 C.Q.F.P. 09228
 DOCTORA EN BIOCIENCIAS

ANEXO N° 06 Solicitud para realizar trabajo de investigación



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

Chincha alta, 18 de noviembre del 2019

Victor Tasayco Tasayco

Director

I.E.E José Pardo y Barrera

Distinguido Dr.:

Me dirijo a usted para mostrarle mi interés en ejecutar durante el mes de diciembre, una investigación en el marco de mi tesis de grado que se denominará "Asociación entre familia disfuncional y depresión en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019"

El objetivo central de mi tesis es determinar la asociación entre familia disfuncional y depresión en adolescentes de 14 a 16 años en la I.E.E José Pardo y Barrera 2019, así como identificar cuáles son los factores asociados que aumentan la posibilidad de padecer estas patologías como lo son: bajo rendimiento escolar, consumo de alcohol y consumo de droga. Cabe resaltar que este trabajo de investigación también busca generar conocimiento sobre estas patologías en la población estudiada de la Institución Educativa por lo que dicha información podría ser de utilidad para futuros trabajos o toma de decisiones.

Durante todo el proceso se conservará la privacidad necesaria para proteger la identidad de los participantes.

Por todo ello, solicito su consentimiento para el desarrollo de este estudio, así como el apoyo debido para culminar satisfactoriamente el estudio.

Sin otra petición, le saluda atentamente:

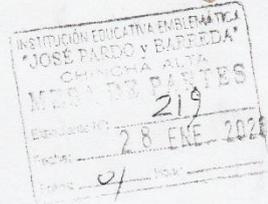


Leslie J. Muñoz Hernández

ANEXO N° 07 Carta de presentación de trabajo de campo



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
"Dr. Wilfredo E. Gardini Tuesta"



ACREDITADA POR SINEACE
RE-ACREDITADA INTERNACIONALMENTE POR RIEV

Chincha, 23 de enero del 2020

OFICIO N° 034-2020-FCS -EPMH-FCH -UPSJB

Señor Profesor

JESUS ALFONSO ATÚNCAR AGUILAR
DIRECTOR I.E.E JOSE PARDO Y BARREDA
AV. JOSE PARDO Y LUIS GALVEZ CHIPOCO – CHINCHA

PRESENTE. -

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. para comunicarle que la egresada de la Escuela Profesional de Medicina Humana, se encuentra desarrollando una investigación para optar el título de Médico Cirujano.

En esta oportunidad presentamos a la Srta. MUÑOZ HERNANDEZ LESLIE JAZMIN quien se encuentra ejecutando la tesis titulada "ASOCIACIÓN ENTRE FAMILIA DISFUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 14 A 16 AÑOS EN LA I.E.E JOSE PARDO Y BARREDA 2019".

Conocedores de su experiencia y preocupación en el desarrollo de la investigación, solicitamos su valioso apoyo para la autorización del "Trabajo de Campo" de la investigación en mención; para lo cual se adjunta el resumen del proyecto.

Agradeciendo su atención a la presente le reiteramos nuestros sentimientos de consideración y estima.



Mag. Williams Inga López
Director Académico y Administrativo
Universidad Privada San Juan Bautista
Filial Chíncha



MSc. Yanira Bernal Rondinel
Coordinadora Académica
Escuela Profesional de Medicina Humana
Filial Chíncha

upsjb.edu.pe

CHORRILLOS
Av. José Antonio Lavalle s/n
(Ex Hacienda Villa)
T: (01) 214-2500

SAN BORJA
Av. San Luis 1923 - 1925
T: (01) 212-6112 / 212-6116

ICA
Carretera Panamericana Sur Ex Km 300
La Angostura, Subtanjalla
T: (056) 256-666 / 257-282

CHINCHA
Calle Albilla s/n Urbanización Las Viñas
(Ex-toche)
T: (056) 260-329 / 260-402

ANEXO N° 08 Proveído de investigación



INSTITUCION EDUCATIVA EMBLEMÁTICA
"José Pardo y Barrera"
2020



"AÑO DE UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

Chincha alta, 29 de enero del 2020

OFICIO N° 026-2020-UGELCH-IEEJPB/D

Señor: MG. Williams Inga López
Director General Académico Administrativo de la Universidad San Juan Bautista

Asunto: Aceptación para desarrollar Trabajo de Tesis

Atención: M.C Yannyra Bernal Rondinel
Coordinadora de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad San Juan Bautista

Referencia: Expediente N°219 - 2020

Mediante el presente me dirijo a usted expresándole mis cordiales saludos, a las vez en atención al documento de referencia de desarrollo de trabajo de investigación de la Universidad San Juan Bautista Escuela Profesional de Medicina Humana, ha sido aceptada la alumna LESLIE JAZMIN MUÑOZ HERNANDEZ para realizar su trabajo de tesis titulado ASOCIACION ENTRE FAMILIA DISFUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 14 a 16 AÑOS EN LA I.E.E "JOSE PARDO Y BARRERA" 2019 en la Institución Educativa Emblemática José Pardo y Barrera

Sin otro particular me despido de Ud. no antes expresarle mi consideración y estima personal

Atentamente



INSTITUCION EDUCATIVA EMBLEMATICA JOSE PARDO Y BARRERA
AV. LUIS GALVEZ CHIPOCO 271- CHINCHA ALTA

*Para la Escuela de Medicina Humana
Para los Fines que estime conveniente.
29-01-2020*

ANEXO N° 09 Constancia de comité de ética



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CONSTANCIA N° CEPB-FCS 198-2020

Vista la Solicitud N°34-00050653 de la Escuela Profesional de MEDICINA HUMANA, para la revisión por el Comité de Ética Profesional y Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada San Juan Bautista S.A.C., del Proyecto de Investigación:

ASOCIACION ENTRE FAMILIA DISFUNCIONAL Y DEPRESION EN ADOLESCENTES DE 14 A 16 AÑOS EN LA I.E.E "JOSE PARDO Y BARRERA 2019"

Código de Registro del Proyecto: **CEPB-FCS198**

Investigador(a) Principal: MUÑOZ HERNANDEZ LESLIE JAZMIN

El Comité de Ética Profesional y Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud considera el presente proyecto de investigación debido a que SI CUMPLE, los estándares de protección de los derechos, la vida, la salud, la intimidad, la dignidad y el bienestar de la (s) persona (s) que participan o van a participar del proyecto de investigación, ciñéndose a los principios éticos acogidos por la normativa nacional e internacional, y los acuerdos suscritos por nuestro país en la materia.

El investigador principal se compromete a respetar las normas éticas y a reportar en un plazo no mayor a 12 meses posterior a la fecha de expedición de esta constancia, la finalización del estudio.

Lima, 21 de febrero de 2020



Dña. Lida Campomanes Moran
Presidente del Comité de Ética Profesional y Bioética

upsjb.edu.pe

CHORRILLOS
Av. José Antonio Lavalle s/n
(Ex Hacienda Villa)
T: (01) 214-2500

SAN BORJA
Av. San Luis 1923 - 1925
T: (01) 212-6112 / 212-6116

ICA
Carretera Panamericana Sur Ex Km 300
La Angostura, Subtanjalla
T: (056) 256-666 / 257-282

CHINCHA
Calle Albilla s/n Urbanización Las Viñas
(Ex-toche)
T: (056) 260-329 / 260-402