

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE
INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL
CUSCO, 2023**

Presentado por: Bach. Tracy Juany Huanca Pompilla
Para Optar al Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor: MC. Jorge Luis Cabezas Limaco

Cusco - Perú

2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, Asesor del trabajo de investigación/tesis titulada: DEPRESIÓN y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2023.

presentado por el Bachiller: TRACY JUANY HUANCA POMPILLA con DNI Nro.: 72766791 para optar el título profesional/grado académico de MÉDICO CIRUJANO

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 01 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 08%.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto la primera página del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 16 de DICIEMBRE de 2023

Firma
Post firma JORGE LUIS CABEZAS LINACO

Nro. de DNI 23403098

ORCID del Asesor 0000-0002-0823-3146

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: OID: 27259: 298814454

NOMBRE DEL TRABAJO

HUANCA POMPILLA_TESIS CORREGIDA.
pdf

RECUENTO DE PALABRAS

26987 Words

RECUENTO DE CARACTERES

150321 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

105 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

18.1MB

FECHA DE ENTREGA

Dec 16, 2023 6:16 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Dec 16, 2023 6:17 PM GMT-5

● 8% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 3% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 5% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 20 palabras)

AGRADECIMIENTOS

En el culminar de esta etapa académica, me siento profundamente agradecida por todos aquellos que han contribuido de manera significativa a la realización de esta tesis. Este viaje ha sido posible gracias al apoyo inquebrantable de diversas personas, a quienes deseo expresar mi gratitud.

En primer lugar, quiero agradecer a mi mamá, Angélica, y a mi papá, Carlos. A pesar de su partida, siento su presencia en cada logro alcanzado, en cada obstáculo superado. A través de sus enseñanzas, siguen vivos en mi mente y corazón, y este logro académico lleva consigo el reflejo de sus valores y enseñanzas. Aunque no puedan estar aquí para presenciar este momento, sé que estarían orgullosos. Sus legados perduran en cada página de esta tesis, en cada descubrimiento y en cada lección aprendida.

Agradezco profundamente a mi familia, en particular a mi tía Delia y tío Damaso, por su apoyo incondicional a lo largo de esta travesía. Sus palabras de aliento, comprensión y paciencia fueron mi roca en los momentos difíciles. Este logro no solo es mío, sino también de ustedes.

A mis compañeros de internado, quienes compartieron conmigo no solo las aulas, sino también las alegrías y desafíos de la carrera, les agradezco por el intercambio de ideas y la camaradería que enriqueció este proceso. Juntos hemos enfrentado los retos académicos y hemos construido recuerdos que atesoraré para siempre.

A mis amigos, les agradezco por comprender las largas horas dedicadas a la elaboración de la tesis y por brindarme ese respaldo emocional invaluable. Su ánimo y alegría fueron la chispa que mantuvo viva mi motivación.

Finalmente, quiero expresar mi reconocimiento a todas las personas que participaron en la investigación, ya sea como sujetos de estudio, colaboradores o asesores. Su contribución fue esencial para el éxito de este proyecto.

Cada uno de ustedes ha dejado una huella imborrable en este trabajo y en mi desarrollo como investigador. A todos, mi más sincero agradecimiento por formar parte de este importante capítulo académico y profesional.

DEDICATORIA

A mis padres, Angélica y Carlos, quienes, a pesar de su ausencia física, siempre han sido mi faro y fuente inagotable de inspiración. Este logro lleva impregnado el amor y los valores que me inculcaron, siendo su legado la fuerza que me impulsó a alcanzar esta meta.

A mi tía Delia y tío Damaso, por su apoyo incondicional, paciencia infinita y por ser mi red de seguridad en los momentos más desafiantes. Este logro no sería posible sin su aliento constante y su presencia reconfortante.

A mis compañeros de internado, con quienes compartí risas, desafíos y descubrimientos. A través de nuestro viaje juntos, hemos tejido lazos indelebles de amistad y aprendizaje que atesoraré de por vida.

Al Hospital Regional del Cusco, un lugar donde no solo adquirí habilidades clínicas, sino donde también encontré inspiración y pasión por la medicina. Que estas páginas sirvan como un modesto tributo a la institución que marcó un capítulo crucial en mi formación como médico.

A mis amigos, quienes siempre creyeron en mí y me alentaron a perseverar. Su presencia ha sido fundamental en mi camino hacia la culminación de esta etapa académica.

Este trabajo está dedicado a cada uno de ustedes, cuyas huellas se entrelazan con las páginas de esta tesis. Su apoyo y amor han sido la fuerza que me guió a través de este viaje académico. Gracias por ser mi luz en este camino hacia el conocimiento y la realización profesional.

JURADO A

MED. CIRUJ. VICTOR HUGO ARIAS CHAVEZ

MED. CIRUJ. HERMOGENES MORMONTOY MADERA

MED. CIRUJ. MARIA VICTORIA JIMENEZ VILLAFUERTE

JURADO B

MGT. LUIS ALBERTO VELÁSQUEZ CÓRDOVA

MED. CIRUJ. REIMER FELIPE LAQUIHUANACO COARITA

MED. CIRUJ. FRANK FRED CARRILLO PINO

CONTENIDO

CONTENIDO	I
INTRODUCCION	III
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION	1
1.1. Fundamentación del problema	1
1.2. Antecedentes teóricos	3
1.2.1. Antecedentes internacionales	3
1.2.2. Antecedentes nacionales	8
1.3. Formulación del problema	9
1.3.1. Problema general	9
1.3.2. Problemas específicos	9
1.4. Objetivos de la investigación	10
1.4.1. Objetivo general	10
1.4.2. Objetivos específicos	10
1.5. Justificación de la investigación	10
1.6. Limitaciones de la investigación	11
1.7. Aspectos éticos	12
2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	13
2.1. Marco teórico	13
2.1.1. Depresión	13
2.1.2. Funcionalidad familiar y conceptos clave	25
2.1.3. Interacción entre depresión en adolescentes y funcionalidad familiar .	32
2.1.4. Instrumentos de investigación	33
2.2. Definición de términos básicos	36
2.3. Hipótesis	36
2.3.1. Hipótesis general	36
2.3.2. Hipótesis específica	37
2.4. Variables	37
2.4.1. Variables involucradas	37
2.4.2. Variables no involucradas	37
2.5. Definiciones operacionales	38
3. CAPÍTULO III: MÉTODOS DE INVESTIGACION	40
3.1. Tipo de investigación	40

3.2. Diseño de la investigación	40
3.3. Población y muestra	41
3.3.1. Descripción de la población	41
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión	41
3.3.3. Muestra: tamaño de muestra y método de muestreo	41
3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos	42
3.4.1. Técnicas de recolección de datos	42
3.4.2. Instrumento de recolección de datos	42
3.4.3. Procedimiento de recolección de datos	43
3.5. Plan de análisis de datos	44
4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	45
4.1. Resultado y discusión	45
4.1.1. Resultados	45
4.1.2. Discusión	54
4.2. Conclusiones	58
4.3. Sugerencias	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	71
Anexo 01: Matriz de consistencia	71
Anexo 02: Instrumento de investigación	72
Anexo 03: Cuadernillo de validación	78
Anexo 04: Validación del instrumento de investigación	81
Anexo 05: Constancia de autorización	99

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental caracterizado por la presencia de síntomas como tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, problemas de sueño y apetito, fatiga y dificultad para concentrarse. Según la OMS, la depresión es una enfermedad común a nivel mundial y se estima que afecta a más de 300 millones de personas. En el Día Mundial de la Salud del 7 de abril de 2017, la OMS lanzó una campaña llamada "Hablemos de depresión" para crear conciencia sobre esta problemática y resaltar su importancia ⁽¹⁾.

Los jóvenes tienen una mayor susceptibilidad a experimentar depresión debido a los numerosos cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos que ocurren durante la adolescencia. Durante esta etapa, los jóvenes enfrentan el desafío de desarrollar estrategias de afrontamiento que les permitan establecer una identidad, autonomía y éxito personal y social. Además, la adolescencia es crucial para adquirir y mantener patrones de comportamiento saludable que reduzcan el riesgo y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos tanto en esta etapa como en la edad adulta. Es importante destacar que se ha observado una alta tasa de continuidad del trastorno depresivo mayor en la edad adulta en aquellos individuos que experimentaron depresión durante la adolescencia ⁽²⁾.

En relación a las manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos durante la adolescencia, a menudo se observan síntomas que ya estaban presentes desde la infancia y que se intensifican después de la pubertad. El síntoma distintivo de la depresión es un cambio notable en el estado de ánimo, que puede manifestarse de forma encubierta a través de irritabilidad o problemas de conducta. Además, es importante tener en cuenta otros indicadores como el aumento en la necesidad de dormir, cambios en el peso corporal, pensamientos sobre la muerte e ideación suicida. Paralelamente a lo anterior, es común que se presenten síntomas somáticos en casos de síndrome depresivo, como episodios de bulimia y anorexia, síntomas de gastritis, tendencia a la hipertensión arterial, cansancio muscular, fatiga mental, dificultad para concentrarse y problemas de memoria ⁽³⁾.

Después de la llegada del siglo XXI, la familia, considerada como la unidad básica en la estructura de toda sociedad, ha sido objeto de atención especial ⁽⁴⁾. Los cambios rápidos ocurridos en las últimas décadas han influido en la transformación de la familia, generando esfuerzos por redefinirla y comprenderla ⁽⁵⁾. La funcionalidad familiar desempeña un papel crucial en el desarrollo social y psicológico de los miembros que componen el núcleo familiar. En este sentido, las perturbaciones o situaciones

estresantes que afectan al sistema familiar pueden ocasionar un desequilibrio tanto a nivel físico como emocional en sus integrantes ⁽⁶⁾.

En el marco de esta investigación, el objetivo principal del presente estudio es examinar la relación entre la funcionalidad familiar y los síntomas depresivos en adolescentes escolares, con el propósito de contribuir al reconocimiento del papel fundamental de la familia y su adecuado funcionamiento como factor tanto desencadenante como protector frente a enfermedades psiquiátricas. Asimismo, se busca resaltar la necesidad de desarrollar proyectos, programas y planes que faciliten la detección y la intervención temprana de episodios depresivos en adolescentes pertenecientes a familias vulnerables o en situación de riesgo, los cuales podrían ser identificados a través de la implementación de Instrumentos de Medicina Familiar en centros de salud, contando con el apoyo de las instituciones educativas.

RESUMEN

“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2023”

Antecedentes: la depresión es una de las principales causas de discapacidad y tiene un impacto significativamente negativo en adolescentes. Se ha reconocido que una funcionalidad familiar adecuada actúa como factor protector frente a la depresión. Por lo tanto, el objetivo principal de este estudio es determinar la asociación entre la depresión y funcionalidad familiar en adolescentes.

Metodología: el estudio será no experimental de alcance correlacional con un diseño transversal analítico. La muestra estará compuesta por 436 adolescentes. Para recopilar los datos se utilizará una encuesta sociodemográfica, el Inventario de Depresión de Beck II y la Escala de APGAR familiar. Para el análisis de los datos, se emplearán técnicas descriptivas, la prueba de Chi cuadrado, la prueba exacta de Fisher y el Odds Ratio, IC 95% y $p < 0,05$, mediante el uso del software estadístico SPSS versión 26.0.

Resultados: en relación al análisis descriptivo, se observó que la edad promedio de los participantes fue de 14.73 ± 1.32 años, siendo el 53% del sexo masculino; en términos de convivencia familiar, el 58.3% de adolescentes residen en hogares nucleares completos. Con respecto a la prevalencia de la depresión, se registró que un 73.6% de adolescentes la padecen; de este grupo el 31.0% experimentó depresión leve, el 24.3% moderada y el 18.3% grave. En cuanto a la prevalencia de funcionalidad familiar, se encontró que el 26.4% de adolescentes viven en familias funcionales; esto contrasta al 73.6% que vive en familias disfuncionales de los cuales, el 25.7% vive en familias con disfunción leve, el 16.7% con disfunción moderada y el 31.2% con disfunción severa. En lo que respecta al análisis inferencial, los resultados indicaron que existe una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y la funcionalidad familiar, se obtuvo un valor de $X^2 = 53.532$ (gl = 1, $p = 0.000$) y un OR = 0.190 (IC 95% = 0.119 - 0.302, $p = 0.000$).

Conclusiones: se reconoce una asociación estadísticamente significativa e inversamente proporcional entre la depresión y la funcionalidad familiar en los adolescentes. Se destaca que la funcionalidad familiar actúa como factor protector contra la manifestación de síntomas depresivos en este grupo.

Palabras Clave: *depresión, funcionalidad familiar, adolescentes, familia, Inventario de Depresión de Beck, Escala de APGAR familiar.*

ABSTRACT

“DEPRESSION AND FAMILY FUNCTIONING IN ADOLESCENTS FROM MIXED PUBLIC EDUCATIONAL INSTITUTIONS IN THE CITY OF CUSCO, 2023”

Background: depression is one of the leading causes of disability and has a significantly negative impact on adolescents. It has been recognized that appropriate family functionality acts as a protective factor against depression. Therefore, the main objective of this study is to determine the association between depression and family functionality in adolescents.

Methodology: the study will be non-experimental correlational research with an analytical cross-sectional design. The sample will consist of 436 adolescents. Data will be collected using a sociodemographic survey, the Beck Depression Inventory II, and the Family APGAR Scale. For data analysis, descriptive techniques will be employed for univariate analysis, and for bivariate analysis, the Chi-square test, Fisher's exact test, and Odds Ratio with a 95% confidence interval and $p < 0.05$ will be used, using statistical software SPSS version 26.0.

Results: in relation to the descriptive analysis, it was observed that the average age of the participants was 14.73 ± 1.32 years, with 53% being males. In terms of family living arrangements, 58.3% of adolescents reside in complete nuclear households. Regarding the prevalence of depression, it was found that 73.6% of adolescents are affected by it; within this group, 31.0% experienced mild depression, 24.3% moderate depression, and 18.3% severe depression. As for the prevalence of family functionality, it was found that 26.4% of adolescents live in functional families; in contrast, 73.6% live in dysfunctional families, of which 25.7% live in families with mild dysfunction, 16.7% with moderate dysfunction, and 31.2% with severe dysfunction. Regarding the inferential analysis, the results indicated that there is a statistically significant association between depression and family functionality, with a $X^2 = 53.532$ ($df = 1$, $p = 0.000$) and $OR = 0.190$ (95% CI = 0.119 - 0.302, $p = 0.000$).

Conclusions: a statistically significant and inversely proportional association between depression and family functionality in adolescents is recognized. It is noteworthy that family functionality acts as a protective factor against the manifestation of depressive symptoms in this group.

Keywords: *depression, family functioning, adolescents, family, Beck Depression Inventory, Family APGAR Scale.*

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Fundamento del problema

La depresión mayor es un trastorno afectivo frecuente que limita significativamente el funcionamiento psicosocial y afecta negativamente la calidad de vida del individuo que la padece. En el 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) catalogó a la depresión mayor como la tercera causa principal de carga de enfermedad global y predijo que para 2030 podría convertirse en la principal causa ⁽⁷⁾. El rango más probable para el inicio del primer episodio de depresión mayor abarca desde la adolescencia temprana hasta la mediana edad, aunque aproximadamente el 40% experimenta su primer episodio antes de los 20 años ⁽⁸⁾. La adolescencia es una etapa de vulnerabilidad tanto psicológica como biológica ⁽⁹⁾.

Durante el período de 2001 a 2020, se reportó una tasa de prevalencia puntual global del 34% para síntomas depresivos auto informados elevados (IC 95%: 0.30-0.38). La prevalencia puntual para el trastorno depresivo mayor (TDM) y la distimia fue del 8% (IC 95%: 0.02-0.13) y del 4% (IC 95%: 0.01-0.07), respectivamente. En cuanto a la prevalencia combinada de un año y la prevalencia de por vida para el TDM, se observaron valores de 8% (IC 95%: 0.05-0.12) y 19% (IC 95%: 0.12-0.26), respectivamente. Además, se encontró que las adolescentes mujeres y los adolescentes de Medio Oriente, África y Asia presentan el mayor riesgo de desarrollar depresión ⁽¹⁰⁾. En México, durante esta etapa de la vida, los trastornos depresivos son comunes; un 7.8% de los jóvenes cumplió con los criterios diagnósticos para TDM y un 0.8% para distimia ⁽¹¹⁾. En la población colombiana de adolescentes, la prevalencia de trastornos depresivos es del 5.3%, de los cuales el TDM abarca un 5.0%, y la distimia representa un 0.3% ⁽¹²⁾. En Chile, la tasa de prevalencia del TDM en adolescentes es de 6.9% y un 0.1 para distimia ⁽¹³⁾.

En el contexto peruano, se ha documentado que alrededor del 20% de los niños y adolescentes enfrentan dificultades vinculadas a la salud mental o presentan susceptibilidades que podrían influir en su proceso educativo ⁽¹⁴⁾. La depresión es el trastorno clínico más prevalente entre los adolescentes de Lima

Metropolitana y Callao, con una tasa de prevalencia del 7% en el año 2012 ⁽¹⁵⁾, experimentando un incremento al 28% para el año 2020 ⁽¹⁶⁾; en la región de la sierra peruana, la prevalencia es del 5.7% ⁽¹⁷⁾ y en la selva amazónica se ubica en el 1.9% ⁽¹⁸⁾. En la Región del Cusco, la prevalencia del episodio depresivo moderado a severo fue del 7.6% ⁽¹⁹⁾. Realizando un análisis de las atenciones a los adolescentes que cuentan con Seguro Integral de Salud en nuestra región, se observó un aumento en la prevalencia del trastorno depresivo para el año 2022; en el 2020 la prevalencia fue 1.85% en comparación con el 3.38% reportado en el año 2022, es importante destacar que hubo un predominio de casos femeninos ⁽²⁰⁾.

En el ámbito de la percepción de apoyo familiar en el estudio del INSM 2013, se observa que los adolescentes reportan sentir un nivel significativo de apoyo por parte de los padres (83.0% de la madre y 62.1% por parte del padre), hermanos (49.6%) y maestros (39.4%). A pesar de que la mayoría de los adolescentes se refieren de manera positiva a sus lazos familiares, una proporción considerable expresa ciertos aspectos de manera negativa: falta de conversaciones sobre aspectos personales (28%), falta de consideración de su opinión en decisiones importantes (18.3%), carencia de apoyo familiar en momentos problemáticos (14.0%), y falta de reconocimiento (10.6%). Desde la perspectiva de la salud mental familiar y la salud pública, este grupo de adolescentes podría considerarse en situación de riesgo debido a la posibilidad de que sus familias sean disfuncionales ⁽¹⁹⁾.

Los resultados evidencian una tendencia al alza en la prevalencia de trastornos depresivos entre los adolescentes de la Región Cusco. En consonancia con lo previamente expuesto, el objetivo central de este estudio es establecer la correlación entre la depresión y la funcionalidad familiar en adolescentes que asisten a instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco. Es importante resaltar la carencia de investigaciones a nivel local y nacional que aborden aspectos similares a este ámbito. A través de esta investigación, se aspira a proporcionar información actualizada sobre nuestro tema a profesionales de la salud, educadores, padres de familia y a la sociedad en general, con el propósito de impulsar la implementación de estrategias de promoción y prevención que se originen en el entorno familiar del adolescente y que se fortalezcan en su contexto educativo.

1.2 Antecedentes Teóricos

1.2.1 Antecedentes internacionales

Chávez A, et al. (Guayaquil – Ecuador, 2023), en su estudio sobre la **“DEPRESIÓN, ANSIEDAD, ESTRÉS Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE UNA UNIDAD EDUCATIVA DE GUAYAQUIL”** cuyo objetivo fue analizar la depresión, la ansiedad, el estrés y la funcionalidad familiar en adolescentes de la ciudad de Guayaquil, durante febrero del 2022. El estudio fue clasificado como no experimental, de alcance explicativo, de corte transversal y analítico, participaron 218 estudiantes. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), los datos se analizaron por la prueba de correlación de Spearman y un análisis de regresión lineal simple mediante R. Los resultados mostraron que un 17.9% manifestaba estrés moderado, un 17.9% depresión moderada y 30.3% ansiedad extremadamente severa; la correlación de la funcionalidad familiar con respecto a las dimensiones depresión $Rho = -0,506$ ($p = 0,000$), ansiedad $Rho = -0,505$ ($p = 0,000$) y estrés $Rho = -0,443$ ($p = 0,000$) resultó estadísticamente significativa, inversamente proporcional y de moderada intensidad; además de establecerse que la depresión $\beta = -0,502$ ($p = 0,000$, $R^2 = 0,258$), ansiedad $\beta = -0,03$ ($p = 0,000$, $R^2 = 0,245$) y estrés $\beta = -0,03$ ($p = 0,000$, $R^2 = 0,196$) tenía dependencia de la variable funcionalidad familiar. Como conclusiones, se explicaría que uno de los factores que influye en el estado de depresión, ansiedad y estrés en los adolescentes en la ciudad de Guayaquil es el déficit de una adecuada funcionalidad familiar ⁽²¹⁾.

Nabayinda J, et al. (Uganda, 2023), en su estudio sobre **“LA RELACIÓN ENTRE LA COHESIÓN FAMILIAR Y LA DEPRESIÓN ENTRE LOS NIÑOS QUE ASISTEN A LA ESCUELA CON SÍNTOMAS ELEVADOS DE PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO EN EL SUR DE UGANDA”**, su objetivo fue investigar la relación entre la cohesión familiar y la depresión en niños en edad escolar que presentaban síntomas elevados de problemas de conducta. El estudio fue observacional, transversal, analítico y correlacional; la muestra fue 626 niños, con problemas de comportamiento elevados. Se usaron el Inventario de Depresión Infantil (CDI) y la Escala de Relaciones Familiares; se empleó un modelo de regresión de Poisson de efectos mixtos multinivel para el análisis de datos. Los resultados mostraron que el 52% de las niñas tenían problemas de conducta, la edad promedio fue 11.35 años, los niños que presentaban depresión

tenían una $M = 3,11$, $DE = 2,59$ y rango = 0 - 15 y la cohesión familiar $M = 21,68$, $DE = 5,04$ y rango = 6 - 30. En cuanto a la correlación de la depresión y la cohesión familiar, se evidenció que, a mayor cohesión familiar, menor depresión en los niños $\beta = -0,03$ (IC 95% = -0,04 -0,02, $p < 0,001$). También encontramos que la posesión de artículos esenciales se asoció con niveles más bajos de depresión $\beta = -0,13$ (IC 95% = -0,23 -0,04, $p = .005$), los niños que tenían uno de los padres vivo $\beta = 0,44$ (IC 95 % = 0,03 - 0,86, $p = .036$) y los que tenían a ambos padres vivos $\beta = 0,43$ (IC 95 % = 0,06 - 0,81, $p = .023$) tenían mayor probabilidad de tener depresión. Otras variables no resultaron significativas. En conclusión, los hallazgos de nuestro estudio contribuyen al apoyo de la cohesión familiar como un factor protector para la depresión entre los niños. Los resultados sugieren que mejorar las relaciones familiares podría ayudar a abordar la depresión entre los niños con problemas de comportamiento elevados ⁽²²⁾.

Huang X, et al. (China, 2022), en su estudio sobre **“FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DEPRESIÓN ADOLESCENTE: UN MODELO MODERADO DE MEDIACIÓN DE LA AUTOESTIMA Y LAS RELACIONES CON LOS COMPAÑEROS”** que tuvo por objetivo determinar la relación entre el funcionamiento familiar y la depresión adolescente, y su relación con la autoestima y la relación con sus compañeros como papel mediador. Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico, con una muestra de 562 adolescentes; utilizando la escala de APGAR familiar (APGAR), la escala de autoestima de Rosenberg (RSES), el índice de autoevaluación juvenil (YSR) y la escala de relación entre iguales. Para el análisis de datos se utilizó el modelo de regresión lineal. Los resultados encontrados fueron: 1) el efecto directo del funcionamiento familiar sobre la depresión adolescente fue significativo $\beta = -0.12$ ($p < 0,001$), 2) el método bootstrap percentil corregido por sesgo mostró que el funcionamiento familiar tuvo un efecto indirecto significativo sobre la depresión adolescente a través de la autoestima: $ab = -0.30$, (IC 95% = -0.37, -0.23, SE = 0.04, $p < 0.001$), 3) las relaciones con los compañeros predijeron negativamente la depresión adolescente $\beta = -0.26$ ($p < 0,001$), 4) las relaciones con los compañeros y la autoestima muestran una interacción significativa con la depresión adolescente $\beta = -0.15$ ($p < 0,001$), 5) el método bootstrap percentil corregido por sesgo mostró que las relaciones entre compañeros moderaron el efecto indirecto del funcionamiento familiar en la depresión adolescente $ab = -0.19$, (IC 95% = -0.26, -0.14, SE = 0.03, $p < 0.001$) y, 6) las relaciones de alta

calidad con compañeros pueden aliviar el impacto de la baja autoestima en la depresión adolescente $ab = -0.11$, (IC 95% = -0.17 , -0.06 , $p < 0.001$) y las relaciones de baja calidad con compañeros pueden aumentar el impacto de la baja autoestima en la depresión adolescente $ab = -0.27$, (IC 95% = -0.35 , -0.21 , $p < 0.001$). En conclusión, los resultados proporcionan una visión detallada de cómo el funcionamiento familiar, la autoestima y las relaciones con los compañeros se relacionan con la depresión adolescente y cómo estas variables interactúan entre sí. Estos hallazgos pueden ser útiles para comprender mejor los factores que contribuyen a la depresión en los adolescentes y diseñar intervenciones adecuadas para promover la salud mental en esta población ⁽²³⁾.

Ortega M, et al. (México, 2022) en su estudio sobre "**DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS AGRÍCOLAS DE LA UAEMÉX**" que tuvo por objetivo determinar la incidencia y grado de depresión, y su relación con la funcionalidad familiar. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal, y con una muestra de 257 estudiantes; utilizando la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-CD) y el APGAR familiar (APGAR). Para el análisis de datos se utilizó técnicas de análisis univariado como, frecuencias y porcentajes, y para el análisis bivariado, Chi – cuadrado y Odds ratio. Los resultados muestran que el 59.92% sufren algún grado de depresión, las mujeres fueron más propensas al presentar una depresión severa en un 66.66% en comparación a los varones; el 75.32% tiene una familia normofuncional y la incidencia de depresión, en este grupo, fue muy alta (N = 116; 45%); los estudiantes con depresión no presentaron significancia de relación con la funcionalidad familiar OR = 0,688 (IC 95% = 0,096 - 0,990, $p = 0,005$). Se concluye que, la incidencia de la depresión encontrada fue 59.92% en los alumnos de las 3 licenciaturas, superando la hipótesis propuesta; en este estudio la funcionalidad familiar no está relacionada con la presencia de depresión en estudiantes universitarios ⁽²⁴⁾.

Serna D, et al. (Quindío - Colombia, 2020), en su estudio sobre "**DEPRESIÓN Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE UN MUNICIPIO DE QUINDÍO, COLOMBIA**", el objetivo fue analizar la asociación entre la depresión y el funcionamiento familiar en los adolescentes del municipio de Circasia, Quindío. La metodología de este estudio fue observacional, de diseño

transversal y analítico; se contó con 240 adolescentes seleccionados por un muestreo aleatorio simple. Se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el APGAR familiar (APGAR) y una encuesta para recopilar datos sociodemográficos, familiares y de salud; se calcularon medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y tablas de frecuencias para variables cualitativas; se realizaron análisis de asociación a través de la prueba Chi – cuadrado. Para verificar la existencia de asociación entre la variable de interés y las variables dependientes, se calcularon OR e IC, asumiendo $p < 0.05$. Los resultados revelaron que el 65,8% presentaban algún nivel de depresión, el 66,3% mostraba disfuncionalidad familiar. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la depresión moderada/grave y la disfunción familiar leve OR = 4.718 (IC 95% = 2.062-10.794, $p < 0.001$) y grave OR = 12.222 (IC 95% = 4.225-35.354, $p < 0.001$). En conclusión, la disfunción familiar se asocia con síntomas depresivos moderados y graves en los adolescentes. Se requieren estudios posteriores que profundicen el análisis de diferentes variables familiares ⁽²⁵⁾.

Simpson E, et al. (EE. UU, 2018), en su estudio sobre el “**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SÍNTOMAS INTERNALIZANTES EN ADOLESCENTES: UN ANÁLISIS DE PERFILES LATENTES**”, cuyo objetivo fue identificar las tipologías de funcionamiento familiar utilizando el análisis de perfil latente (LPA), un objetivo secundario fue examinar las asociaciones del perfil con los síntomas de internalización de los adolescentes al año de seguimiento. El estudio fue observacional, prospectivo, longitudinal y correlacional; la muestra fue de 1029 adolescentes. Los instrumentos usados: la Escala de Satisfacción Familiar, Escala de Comunicación Padres y Adolescentes, CES-DC y Detección de trastornos relacionados con la ansiedad infantil (SCARED). Se utilizó χ^2 , las pruebas de regresión multinomial y se realizó LPA para caracterizar las tipologías de funcionamiento familiar en el Tiempo 1, revelando cinco perfiles: 1) Funcionamiento familiar bajo, 2) Solo cercano al padre, 3) Funcionamiento familiar promedio, 4) Solo cercano a la madre y 5) Alto funcionamiento familiar. Los resultados indicaron que los adolescentes que reportaron una madre y un padre residenciales tenían más probabilidades de ser clasificados en el perfil de Funcionamiento Familiar Alto OR = 0,41 (IC 95% = 0.19 - 0.89, $p < 0.05$), en relación con el perfil de Funcionamiento Familiar bajo OR = 1.33 (IC 95% = 0.69 - 2.33, $p < 0.05$); los perfiles de Funcionamiento Familiar Bajo (M = 48.87, DE =

4.56, $p < 0,001$) y Sólo Cercano a la Madre ($M = 56.69$, $DE = 2.78$, $p < 0,001$) tenían mayores síntomas depresivos en el Tiempo 2, en comparación con el perfil Medio ($M = 33.42$, $DE = 0.72$, $p < 0,001$). En conclusión, los hallazgos evidencian que los indicadores del funcionamiento familiar no operan de forma aislada, sino colectivamente en patrones identificables, lo que define claramente la necesidad de que los investigadores y profesionales apunten a las tipologías de funcionamiento familiar para proteger mejor a los adolescentes de los síntomas de internalización ⁽²⁶⁾.

Mantilla M, et al. (Amato – Ecuador, 2017) en su estudio sobre “**LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE UNA UNIDAD EDUCATIVA RURAL EN AMBATO, ECUADOR**” tiene como objetivo determinar la correlación entre la depresión y la disfuncionalidad familiar en los adolescentes de una Unidad Educativa Rural de la ciudad de Ambato. La investigación presentó un enfoque cualicuantitativo, no experimental, transversal y descriptiva; la muestra fue de 60 estudiantes seleccionados a través de un muestreo no probabilístico de orden criterial. Se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL); para el análisis de datos se utilizó la prueba de χ^2 y el coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados demuestran que un 27% de casos de depresión fue extrema y un 28.3% de estudiantes presentaron disfuncionalidad familiar; en cuanto a la correlación de ambas variables se observa una asociación altamente significativa $X^2 = 43,3$ ($p = 0,0000$, $gl\ 12$) y $r = 0,694$ ($p = 0,0000$). En conclusión, existe un grado de dependencia muy significativo entre la depresión adolescente y la disfuncionalidad familiar ⁽²⁷⁾.

Bodner N, et al. (EE. UU, 2017), en su estudio sobre las “**INTERACCIONES AFECTIVAS FAMILIARES Y SUS ASOCIACIONES CON LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES: UN ENFOQUE DE RED DINÁMICA**”, el objetivo fue analizar las diferencias en la interacción afectiva entre las familias con adolescentes deprimidos y no deprimidos. El estudio fue observacional, transversal, analítico y correlacional; la muestra fue de 141 adolescentes que fueron seleccionados por un muestreo probabilístico aleatorio simple, por estratos. Se aplicó una Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-DC) y el sistema de codificación Living in Family Environments; los datos se analizaron

con la prueba de t de Student. Los resultados, las puntuaciones de los padres con hijos deprimidos en demostraciones de ira ($M = 0,175$; $DE = 0,22$) fue mayor que los padres con hijos no deprimidos ($M = 0,060$; $DE = 0,10$) $t -3,11$, $p = ,0029$, $d = -0,68$. Particularmente relevante para comprender el estado de ánimo depresivo en los adolescentes, el comportamiento disfórico de los adolescentes ($M = 0,170$; $DE = 0,15$) y el comportamiento enojado de sus padres ($M = 0,175$; $DE = 0,22$) se suceden más a menudo en las familias deprimidas que en las no deprimidas $t -2,97$, $p = ,004$, $d = -0,63$. En conclusión, estos patrones revelan una dinámica familiar particular que puede contribuir al estado de ánimo deprimido de los adolescentes. El uso de un enfoque de red para visualizar patrones de interacción afectiva podría ayudarnos, a largo plazo, a comprender la depresión adolescente e iluminar el camino hacia estrategias efectivas de tratamiento o prevención de la depresión adolescente ⁽²⁸⁾.

1.2.2 Antecedentes nacionales

Olivera A, et al. (Lima – Perú, 2019), en su estudio sobre la “**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA DEPRESIÓN DE ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR GRAN AMAUTA DE MOTUPE LIMA, 2018**”, el objetivo fue determinar la influencia de la funcionalidad familiar en la depresión de adolescentes de la institución educativa particular “Gran Amauta de Motupe”. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, no experimental, de corte transversal, correlacional-causal; la muestra fue de 91 adolescentes. Los instrumentos utilizados fueron: la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES IV) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), y los datos fueron analizados por tablas de contingencia, pruebas de χ^2 y regresión logística multinomial. Los resultados mostraron un 51,6% de depresión mínima, 28,5% leve, 10,9% moderada y 8,7% severa; mientras que el 65,9% mostraba una funcionalidad familiar intermedia y 34% baja. Los adolescentes que presentan menor funcionalidad familiar tienden a presentar mayor sintomatología depresiva $X^2 = 9,692$ ($p = 0.021$, $gl 3$). Como conclusión, la funcionabilidad familiar no solo depende de cómo reaccionan los hijos sino también de la forma en cómo los padres o apoderados del menor lo perciben, comprenden y asumen esta etapa de la vida; según los datos obtenidos se puede inferir que la funcionalidad familiar influye en la presencia depresión en los adolescentes ⁽²⁹⁾.

Calero C, et al. (Huánuco – Perú, 2019), en su estudio sobre “**DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES ASOCIADOS A MIGRACIÓN FAMILIAR, FAMILIA DISFUNCIONAL Y BULLYING EN HUÁNUCO 2018**”, cuyo objetivo fue determinar si la migración familiar, la familia disfuncional y el bullying están asociados a la depresión en adolescentes en la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco. Este estudio fue observacional, transversal, analítico y correlacional; la muestra fue de 165 adolescentes seleccionados a través de un muestreo aleatorio no probabilístico por cuotas. Se utilizaron una ficha de recolección de datos, el APGAR familiar (APGAR) y el Cuestionario de Autotest Cisneros de Acoso Escolar y el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI); para el análisis de datos se usó la prueba de χ^2 y la H de Kruskal Wallis. El resultado indicó que el 16.4% presentaron sintomatología depresiva, 47.9% había sufrido algún tipo de bullying, el 39,40% presentaban una baja autoestima y el 21.8% presentaban disfuncionalidad familiar. Se obtuvo una relación significativa entre depresión – bullying OR = 1,70 (IC 95% = 1,52 - 9,64, p = 0,003) y autoestima OR = 4,40 (IC 95% = 1,97 - 9,80, p = 0,000) y no se encontró asociación con la migración familiar OR = 2,00 (IC 95% = 0,27 - 1,59, p = 0,347), ni con la disfunción familiar OR = 1,50 (IC 95% = 0,72 - 3,16, p = 0,000). Como conclusiones la depresión fue mayor en el sexo femenino, obteniéndose una la relación significativa entre depresión-bullying y depresión-autoestima y no así entre la depresión con la migración familiar ni con la disfunción familiar ⁽³⁰⁾.

1.2.3 Antecedentes locales

No se cuenta con antecedentes bibliográficos en la localidad relacionados a nuestro tema de investigación.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la depresión y la funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, 2023?

1.3.2. Problemas específicos:

1) ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, 2023?

- 2) ¿Cuál es la frecuencia de depresión en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, 2023?
- 3) ¿Cuál es la frecuencia de funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, 2023?
- 4) ¿Cuál es la asociación estadística entre la depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, 2023?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general:

Determinar la relación entre la depresión y la funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, 2023.

1.4.2. Objetivos específicos:

- 1) Identificar las características sociodemográficas de los adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, 2023.
- 2) Determinar la frecuencia de depresión en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, 2023.
- 3) Determinar la frecuencia de funcionalidad funcional en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, 2023.
- 4) Determinar la asociación estadística depresión y la funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, 2023.

1.5. Justificación de la investigación

Somos conscientes de que la depresión figura como una de las principales razones de discapacidad y aporta de manera considerable al peso global de enfermedades que impactan a jóvenes y adolescentes en diversos contextos sociales y culturales. Esto representa un desafío de gran relevancia para la salud y la inclusión social de esta población en particular ⁽⁶⁾.

Los adolescentes que padecen trastornos depresivos severos tienen una probabilidad más alta de desarrollar comportamientos suicidas ⁽³⁹⁾. En el contexto peruano, las cifras muestran que aproximadamente el 35% de los adolescentes experimentan ideación suicida, mientras que alrededor del 15% intenta llevar a

cabo tales pensamientos en Lima Metropolitana y el Callao ⁽¹⁶⁾. En la Región del Cusco, la prevalencia de la ideación suicida e intento suicida es de 28.1% y 1.8% respectivamente ⁽¹⁹⁾; durante 2016, se observó un aumento en la cantidad de suicidios, llegando a 60 casos en comparación con los 41 casos registrados en 2015. Además, se notó un incremento en la prevalencia del consumo de sustancias legales, como el alcohol y el tabaco, con un 5,9% y 5,2% respectivamente, y un 0,9% de consumo de sustancias ilegales. Entre las causas que conducen a la reclusión de adolescentes y jóvenes en instalaciones penitenciarias se encuentran el origen en familias disfuncionales, la presencia de depresión y ansiedad, la explotación laboral y sexual y la falta de oportunidades ⁽³²⁾.

Aunque se reconoce la importancia de los trastornos depresivos en adolescentes, a menudo no se les presta la atención necesaria. Los miembros adolescentes deprimidos raramente son identificados por sus familias, y en muchas ocasiones enfrentan estigmatización que obstaculiza la búsqueda de ayuda oportuna; pudiendo haber resistencia a consultar a profesionales de la salud. La familia, en ese sentido, juega un papel fundamental en el desarrollo emocional y proporciona los cimientos para el crecimiento social de sus integrantes. En calidad de sistema social, estimula y fomenta el bienestar de sus miembros. El cumplimiento o la falta de cumplimiento de las funciones esenciales de la familia determinará su funcionalidad o disfuncionalidad ⁽⁶⁾.

Tomando en cuenta lo expuesto previamente, resulta fundamental entender la conexión entre la depresión y la funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco. Además, el desarrollo de nuestro proyecto de investigación tendrá un impacto al proporcionar perspectivas novedosas en relación al conocimiento de los temas abordados en nuestro entorno sociocultural.

1.6. Limitaciones de la investigación

Uno de los desafíos primordiales que afrontamos en nuestro trabajo de tesis fue la ausencia de investigaciones previas que aborden la relación entre la depresión en adolescentes y la funcionalidad familiar en nuestra área geográfica específica, que es precisamente el escenario donde desarrollaremos nuestra investigación.

En algunos casos no obtuvimos el respaldo pleno del personal de las instituciones educativas (directivos, docentes, personal administrativo) para la realización de las encuestas, debido a que manifestaron un nivel bajo de motivación hacia el tema de nuestra investigación y lo percibieron como un uso ineficiente del tiempo de los estudiantes al desarrollarlo.

Evaluar la depresión y la funcionalidad familiar exclusivamente mediante cuestionarios podría resultar limitado, ya que las respuestas pueden estar influenciadas por diferentes factores según la percepción de los encuestados.

A pesar de que la muestra de estudio sea uniforme y la interpretación de los resultados tenga mayor validez, no será posible extrapolar los hallazgos de nuestra investigación a la totalidad de la población adolescente debido a que, nuestra muestra estudiada abarca sólo a instituciones educativas públicas mixtas urbanas que presentan características propias que los diferencian de otras realidades educativas.

1.7. Aspectos Éticos

El presente estudio cumplió con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki ⁽³³⁾ y en el código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú ⁽³⁴⁾.

Para llevar a cabo la aplicación del instrumento de investigación, se solicitó el permiso correspondiente a los directores de las instituciones educativas que serán objeto de nuestro estudio. Asimismo, se requirió el consentimiento por escrito de los padres de los estudiantes involucrados en la investigación, y también obtuvimos el consentimiento informado de los participantes.

Además, se garantizó en todo momento (antes, durante y después del procedimiento) el respeto a la privacidad de los participantes, asegurando el anonimato y la confidencialidad de los resultados individuales.

CAPITULO II

REVISION DE LA LITERATURA

2.1. Marco Teórico

2.1.1. Depresión

4.1.1.1. Definición y conceptos clave

La depresión es un trastorno mental reconocido y tratable, común a nivel mundial, que involucra cambios en el estado de ánimo y síntomas cognitivos y físicos. Puede ser primaria, secundaria o relacionada con otras enfermedades. La OMS resalta la importancia de abordarla como un problema global de salud y promover su tratamiento para mejorar la calidad de vida de los afectados ⁽³⁵⁾.

La depresión, según el DSM-V, es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por un estado triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan la capacidad funcional. Su clasificación se basa en la temporalidad, duración o supuesta etiología, incluyendo el trastorno depresivo mayor, distímico y los trastornos bipolares como tipos principales ⁽³⁾.

4.1.1.2. Depresión en adolescentes

Los adolescentes son especialmente propensos a experimentar depresión debido a los cambios físicos, psicológicos y sociales que ocurren durante esta etapa, lo que requiere el desarrollo de estrategias de afrontamiento para establecer una identidad y autonomía. La adolescencia también es crucial para adquirir patrones de comportamiento saludable que prevengan trastornos clínicos en la edad adulta. Se ha observado que aquellos con antecedentes de depresión en la adolescencia tienen mayor riesgo de desarrollar trastorno depresivo mayor en la edad adulta ⁽³⁶⁾, en una revisión sistemática realizada en Canadá el año 2018 donde se incluyeron 20 artículos, se demostró una asociación positiva estadísticamente significativa entre la depresión en adolescentes y los trastornos depresivos de los mismos en la vida adulta OR = 2.78 (IC 95% = 1.97-3.93, p<0.05, I2 = 0.00) ⁽³⁷⁾.

4.1.1.3. Epidemiología

En Estados Unidos, la prevalencia del trastorno depresivo mayor es del 7% a los doce meses ⁽³⁾, siendo más frecuente en adolescentes, con un 5% de casos clínicamente significativos en algún momento de su vida ⁽³⁵⁾. En este país, la depresión es tres veces más común en individuos de 18 a 29 años que en aquellos

de 60 años o más, y las mujeres tienen tasas de prevalencia 1,5 a 3 veces mayores que los hombres (3).

4.1.1.4. Etiología

La depresión tiene una causa aún desconocida, aunque se ha evidenciado una base biológica con influencia hereditaria en algunos pacientes y alteraciones en los neurotransmisores cerebrales como serotonina, noradrenalina y dopamina. Experiencias relacionadas con la niñez y la influencia de figuras significativas dentro y fuera de la familia pueden jugar un papel determinante. Además, factores desencadenantes como el maltrato persistente, abuso sexual, pérdida de seres queridos o bienes materiales pueden contribuir al desarrollo de la depresión ⁽³⁶⁾.

4.1.1.5. Factores de riesgo

La investigación ha identificado numerosos factores relacionados con el inicio, la persistencia o la recaída de la depresión. Esta complejidad puede resultar confusa o generar expectativas erróneas. A continuación, se desarrollarán 4 grandes grupos identificados ⁽³⁸⁾:

a) Factor biológico:

El riesgo de desarrollar depresión es mayor en adolescentes con antecedentes familiares de la enfermedad, especialmente en aquellos con trastorno bipolar ⁽³⁾. Sin embargo, no todas las personas con antecedentes familiares de depresión desarrollarán la enfermedad ⁽³⁶⁾. Se estima que aproximadamente el 40% de la predisposición a la depresión está determinada por factores genéticos. Los adolescentes con enfermedades médicas crónicas o discapacitantes también tienen un mayor riesgo de experimentar episodios de depresión mayor, especialmente en casos de diabetes, obesidad mórbida y enfermedades cardiovasculares. Estos episodios depresivos pueden ser más persistentes en comparación con pacientes sin enfermedades médicas ⁽³⁾.

b) Factor psicológico:

La presencia de eventos estresantes puede desencadenar cambios en la conducta de los adolescentes y dar lugar a pensamientos y sentimientos negativos relacionados con la depresión ⁽³⁹⁾. Los niveles altos de neuroticismo aumentan la probabilidad de experimentar episodios depresivos en respuesta a eventos estresantes ⁽³⁾. La repetición de experiencias de fracaso puede

contribuir al desarrollo de estilos cognitivos y atribucionales que mantengan la tendencia depresiva del adolescente ⁽³⁹⁾. Sin embargo, la presencia o ausencia de acontecimientos adversos cercanos al inicio de los episodios depresivos no parece ser determinante para predecir el pronóstico ni para seleccionar el tratamiento adecuado ⁽³⁾.

c) Factor familiar:

La carencia de estabilidad y afectividad en la familia puede desencadenar la aparición de depresión en la infancia o adolescencia. Las familias funcionales, coherentes y comunicativas minimizan los factores de riesgo, mientras que las familias disfuncionales incrementan el riesgo de trastornos afectivos como la depresión ⁽³⁹⁾. Las familias inestables y desavenidas, especialmente con depresión materna, pueden influir en la predicción de la depresión del niño. En el caso de familias separadas, si los padres mantienen una buena relación tras la separación, los niños pueden adaptarse a la nueva situación al cabo de un año ⁽³⁶⁾.

d) Factor social:

El factor social puede influir en el comportamiento depresivo en niños y adolescentes, considerando las características culturales y sociales en la valoración. En algunas culturas, la tristeza puede manifestarse a través de malestar físico en lugar de emociones ⁽³⁸⁾. La escuela también tiene un papel importante, ya que el rendimiento escolar disminuido, las dificultades en el aprendizaje y el acoso pueden ser señales de depresión. El rechazo escolar, como la fobia o ansiedad hacia la escuela, puede indicar la posibilidad de un síndrome depresivo ⁽³⁹⁾. Las chicas pueden expresar sus emociones con mayor aceptación social, mientras que los chicos pueden sentir limitaciones al mostrar tristeza debido a percepciones erróneas sobre la vulnerabilidad emocional en los hombres ⁽³⁶⁾.

Los factores de riesgo que tienen implicaciones en la prevención, detección o tratamiento se encuentran listados en la Tabla 1.

Tabla 1. Factores de riesgo y sus implicaciones para la prevención, detección o tratamiento

Factores de riesgo		Implicaciones para la prevención, detección o tratamiento
Biológico	Antecedentes familiares de depresión	Aumentar la sospecha de depresión cuando existen antecedentes familiares de depresión o suicidio.
	Consumo de sustancias o alcohol parental	Detectar y tratar el consumo de sustancias de los padres.
	Antecedentes familiares de trastorno bipolar	Aumentar la sospecha que la depresión pudiese ser bipolar. Implicaciones para el manejo farmacológico.
	Género femenino	Las adolescentes mujeres que asisten a consultas de médicos generales debiesen ser evaluadas por depresión.
	Pubertad	La depresión es más común en los adolescentes pospuberales, especialmente mujeres. La menarquia temprana (<11.5 años) aumenta el riesgo. Realizar cribado de los adolescentes por depresión.
	Enfermedad médica crónica	Excluir la depresión en pacientes con enfermedades físicas crónicas o discapacidad.
	Antecedentes previos de depresión	Estrategias de prevención de recaídas como parte integral del tratamiento.
Psicológico	Trastorno psiquiátrico comórbido, particularmente ansiedad	Detección y tratamiento de los trastornos psiquiátricos comórbidos.
	Estilo de temperamento neurótico o altamente emocional	Detección de individuos en riesgo e intervenciones preventivas específicas.
	Estilo cognitivo negativo, baja autoestima	Detección de individuos en riesgo e intervenciones preventivas específicas.
	Traumas	Detección de individuos en riesgo e intervenciones preventivas específicas.
	Duelo y pérdidas	Detección de individuos en riesgo e intervenciones preventivas específicas.
Familiar	Abuso, negligencia	Intervenciones preventivas específicas como los programas de crianza y de prevención de abuso.
	Estilos de crianza negativos: rechazo, ausencia de cuidado	Intervenciones preventivas específicas como los programas de crianza.
	Trastorno mental parental	Detección y tratamiento de los trastornos mentales en los padres. Intervenciones preventivas específicas como los programas de crianza y apoyo parental.
	Conflicto padre-hijo	Psicoeducación parental y programas de crianza.
Social	Acoso escolar	Programas de prevención de acoso escolar en las escuelas
	Niños y adolescentes infractores de ley Niños institucionalizados o adoptados, refugiados, sin hogar, en búsqueda de asilo	Detección de individuos en riesgo e intervenciones preventivas específicas. Detección de individuos en riesgo e intervenciones preventivas específicas.

Fuente: Adaptado del Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP, 2017 ⁽³⁸⁾.

La depresión en los adolescentes parece ser el producto de interacciones complejas entre vulnerabilidades biológicas e influencias ambientales.

4.1.1.6. Manifestaciones y formas clínicas:

La depresión puede manifestarse de diversas formas clínicas, lo que contribuye a la dificultad diagnóstica. Estos factores explican por qué un alto porcentaje, alrededor del 70%, de depresiones en niños y adolescentes no son diagnosticadas correctamente o no son diagnosticadas en absoluto ⁽⁴⁰⁾. A continuación, se exponen las formas clínicas de la depresión en adolescentes:

a) Trastorno depresivo mayor (TDM):

Se caracteriza por un período de al menos dos semanas con ánimo deprimido o pérdida de interés en la mayoría de las actividades. En niños y adolescentes, suele manifestarse como irritabilidad en lugar de tristeza. Además, deben experimentarse al menos cuatro síntomas adicionales de una lista que incluye cambios en el apetito, peso, actividad, energía, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades cognitivas y pensamientos de muerte o suicidio. Los síntomas deben ser nuevos o empeorados en comparación con el estado previo, deben persistir casi diariamente durante al menos dos semanas y causar malestar o alteración en el funcionamiento. En algunos casos leves, el funcionamiento aparenta ser normal, pero requiere un esfuerzo significativo. ⁽³⁾.

b) Trastorno depresivo persistente (distimia):

Se caracteriza por un estado de ánimo deprimido la mayoría del día, casi todos los días, durante al menos un año en niños y adolescentes, puede coexistir con episodios de depresión mayor. Si los síntomas de depresión mayor persisten durante dos años, se diagnostica trastorno depresivo persistente además de depresión mayor. En un período de un año, los intervalos sin síntomas no superan dos meses ⁽³⁾.

c) Trastorno disfórico premenstrual

Se caracteriza por síntomas de labilidad afectiva, disforia y ansiedad que ocurren en la fase premenstrual y disminuyen con el inicio de la menstruación. Estos síntomas pueden ir acompañados de manifestaciones conductuales y físicas. La presencia de los síntomas en la mayoría de los ciclos menstruales durante al menos un año, afectando el funcionamiento laboral o social, es

fundamental. La intensidad de los síntomas puede estar influenciada por factores culturales y sociales. Aunque los síntomas suelen ser más intensos al inicio de la menstruación, es importante que la paciente experimente un período libre de síntomas en la fase folicular posterior al inicio del período. Además de los síntomas afectivos y de ansiedad, también pueden aparecer síntomas conductuales y somáticos. El diagnóstico provisional se confirma con evaluaciones diarias prospectivas de síntomas durante al menos dos ciclos sintomáticos.

d) Depresión unipolar:

La distinción entre depresión unipolar y bipolar es un desafío en el diagnóstico debido a su implicación en el tratamiento. El trastorno bipolar puede comenzar con un episodio depresivo sin síntomas maníacos previos. Algunas características distintivas incluyen antecedentes familiares de trastorno bipolar y síntomas psicóticos o catatonía ^(3, 28).

4.1.1.7. Curso y desarrollo

La depresión mayor puede comenzar en cualquier edad, pero es más común durante la pubertad (tabla 2). La duración y curso de la depresión varían, algunos experimentan remisiones mientras otros pueden tener síntomas crónicos.

Tabla 2. Diferencias en la presentación de la depresión de acuerdo a la edad.

Niños pre-puberales	Adolescentes	Adultos
<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad (rabieta, incumplimiento de normas). • Afecto reactivo* • Frecuentemente comórbido con ansiedad, problemas de conducta y TDAH • Quejas somáticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad (gruñón, hostil, se frustra con facilidad, arranques de ira). • Afecto reactivo* • Hipersomnia. • Aumento del apetito y ganancia de peso • Quejas somáticas • Sensibilidad extrema al rechazo (p.e., tener una falsa percepción de que se es humillado o criticado) lo que lleva a, por ejemplo, tener dificultades para mantener relaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anhedonia. • Ausencia de reactividad emocional. • Agitación o enlentecimiento psicomotor. • El estado del ánimo varía durante el día (es peor en la mañana). • Despertar temprano en la mañana.

*Capacidad de animarse momentáneamente en respuesta a eventos positivos (p.e., visitas de pares).

Fuente: Adaptado del Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP, 2017 ⁽³⁸⁾.

La recuperación suele iniciarse dentro de los tres meses y la mayoría se recupera en un año; algunos factores como la gravedad de los síntomas y trastornos de personalidad pueden influir en la recuperación ⁽³⁾.

El riesgo de recurrencia disminuye con el tiempo, pero es mayor en aquellos con episodios anteriores graves o múltiples. Algunas depresiones iniciales pueden resultar ser trastorno bipolar. El riesgo de suicidio disminuye en la adultez media y tardía, pero puede seguir presente, especialmente en casos de depresión de inicio temprano ⁽³⁾.

4.1.1.8. Diagnóstico

El diagnóstico de la depresión en adolescentes puede resultar difícil en ocasiones. Por un lado, los jóvenes suelen ser reticentes a hablar sobre sus dificultades, incluso con profesionales de la salud, lo cual es comprensible y natural ⁽⁴³⁾.

a) Criterios de diagnóstico:

Las pautas diagnósticas para el TDM, según la quinta edición del "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" DSM-V ⁽³⁾:

- A. Cinco o más de los siguientes síntomas han estado presentes durante al menos dos semanas y han ocasionado un cambio en el funcionamiento habitual; los primeros dos síntomas deben estar presentes:
1. Estado de ánimo depresivo casi todo el día, casi todos los días, manifestado por la persona u observado por otros; en niños y adolescentes puede manifestarse como irritabilidad.
 2. Disminución marcada del interés o disfrute en casi todas las actividades, casi todo el día, casi todos los días, señalado por el individuo u observado por otros.
 3. Pérdida o aumento significativo de peso sin seguir una dieta (por ejemplo, una modificación del 5% en un mes).
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días.
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de desvalorización o culpa excesiva o inapropiada casi todos los días.

8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones casi todos los días, señalado por la persona u observado por otros.
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo el miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan preciso o sin intento de suicidio, o con un plan preciso para suicidarse.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o afectan el funcionamiento social, laboral u otros aspectos importantes.
 - C. No pueden ser explicados por los efectos directos de una sustancia o una condición médica, ni por un proceso de duelo, es decir, tras la muerte de un ser querido.
 - D. No puede ser atribuido a un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otros trastornos psicóticos.
 - E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

El diagnóstico debe incluir un examen médico completo para descartar otras condiciones somáticas o psiquiátricas. Es relevante considerar que muchos jóvenes con depresión (dependiendo a la gravedad, tabla 3) también presentan otros trastornos psiquiátricos y pueden no expresar abiertamente sus sentimientos depresivos ⁽³⁸⁾.

Tabla 3. Evaluación de la gravedad del episodio depresivo (DSM-V)		
Leve	Moderado	Severo
<ul style="list-style-type: none"> • Cinco síntomas depresivos (al menos un síntoma central). • Impacto negativo leve en el funcionamiento (malestar debido a los síntomas, algunas dificultades para continuar realizando trabajo escolar y actividades sociales, que pueden ser realizadas, pero con esfuerzo adicional). 	<ul style="list-style-type: none"> • Seis o siete síntomas (al menos un síntoma central). • Dificultad considerable para continuar realizando el trabajo escolar, actividades sociales y familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Más de siete síntomas depresivos. • Pueden presentarse alucinaciones o delirios (depresión psicótica) • Grave impacto negativo en la mayoría de las áreas de funcionamiento (hogar, escuela, social). • A menudo existe un riesgo significativo de suicidio.

Fuente: Adaptado del Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP, 2017 ⁽³⁸⁾.

b) Diagnóstico diferencial:

A menudo, en la vida cotidiana, las personas utilizan la palabra "deprimidos" para expresar que se sienten infelices, decaídos o tristes. El reto es diferenciar entre la depresión clínica y los altibajos normales propios de la adolescencia, así como de otros trastornos que pueden simular una depresión ^(28, 30):

1. Depresión y conducta adolescente: en la evaluación de adolescentes, es importante distinguir entre la conducta normal y la depresión. Los adolescentes pueden mostrar malhumor, irritabilidad y anhedonia, lo que dificulta el diagnóstico. La Tabla 4 proporciona diferencias clave entre estos comportamientos para ayudar en la identificación de la depresión.

Adolescente normal	Adolescente con depresión clínica
Pese a presentar algo de "angustia", cambios del estado de ánimo y otras dificultades, no muestran cambios significativos y duraderos en el tiempo.	Hay un cambio importante respecto al comportamiento anterior (p.e., se vuelven tristes, irritables, pierden interés en las actividades de la vida diaria, responden dramáticamente a desaires o rechazos percibidos, frecuentes quejas de aburrimiento).
Aunque pueden estar tristes y lábiles por momentos, esto a menudo es en respuesta a eventos vitales específicos, y son pasajeros.	Los síntomas depresivos centrales (tristeza o anhedonia) están presentes todos los días, la mayor parte del día, por al menos dos semanas.
No hay cambios significativos en el comportamiento.	La depresión tiene un impacto negativo en el funcionamiento de los adolescentes, afectando su rendimiento escolar, disfrute de actividades y relaciones sociales.
Los pensamientos de muerte y de suicidio son infrecuentes.	Son frecuentes los pensamientos suicidas ("no vale la pena vivir," "estaría mejor muerto") y los intentos suicidas.
Las conductas de riesgo (como, p.e., conducir imprudentemente, consumir alcohol, y experimentar sexualmente) son frecuentes; pero generalmente están contenidas dentro de límites razonables para el carácter de ese adolescente.	Pueden involucrarse en conductas de riesgo no características, peligrosas o de alto riesgo, como, p. e., conducir imprudentemente, consumo de alcohol sin control, y tener sexo casual, de forma irreflexiva.
*Angustia, miedo, ansiedad. "Angustia" se utiliza a menudo para describir los sentimientos intensos de aprensión, ansiedad o confusión interna que experimentan los adolescentes.	

Fuente: Adaptado del Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP, 2017 ⁽³⁸⁾.

2. Enfermedad física o medicamentos: existen diversas condiciones médicas y medicamentos que pueden imitar la depresión en niños y adolescentes, como isotretinoína, corticoesteroides, anfetaminas y otros

estimulantes, así como sustancias de abuso como cocaína y marihuana. Además, infecciones como el SIDA y la mononucleosis, trastornos neurológicos como la epilepsia y problemas en el sistema endocrino como trastornos de la tiroides pueden tener síntomas similares a la depresión. Es importante considerar estas posibilidades en el diagnóstico para evitar confusiones y proporcionar el tratamiento adecuado.

3. ¿Unipolar o bipolar?: en el diagnóstico de la depresión en niños y adolescentes, es crucial investigar la presencia de síntomas maníacos o hipomaníacos en el pasado para distinguir entre depresión unipolar y bipolar. Esto puede ser complicado, ya que el trastorno bipolar a menudo comienza con un episodio depresivo sin una historia previa de síntomas maníacos. La identificación adecuada del tipo de trastorno es esencial para el tratamiento y manejo adecuado del paciente.
4. Trastornos por consumo de sustancias: es importante investigar si el adolescente consume sustancias como anfetaminas, cocaína, marihuana y disolventes, ya que pueden causar síntomas similares a la depresión. Si los síntomas son producto del consumo de sustancias, se espera que desaparezcan tras algunos días de abstinencia. Sin embargo, si los síntomas depresivos persisten o preceden al consumo de sustancias, se debe considerar la posibilidad de un trastorno depresivo coexistente con un trastorno por consumo de sustancias.
5. Esquizofrenia: en el caso de esquizofrenia, los rasgos que sugieren una depresión psicótica incluyen antecedentes familiares de depresión o trastorno bipolar, un inicio rápido sin un período prodrómico, alucinaciones relacionadas con el estado de ánimo (por ejemplo, una voz que le dice al paciente que es malo o que debe quitarse la vida) o delirios (como creer que ha cometido pecados o que está causando daño a otros).
6. TDAH y trastornos del comportamiento: la irritabilidad y la desmotivación son síntomas muy comunes en niños, especialmente en aquellos que presentan TDAH, trastorno negativista desafiante o trastorno de

conducta, especialmente en el contexto de disfunción familiar, pobreza, negligencia, programas de acogida o institucionalización.

7. Trastorno adaptativo con ánimo depresivo y duelo: el trastorno adaptativo con ánimo depresivo y el duelo pueden presentar síntomas similares a un episodio depresivo, pero se deben distinguir para un diagnóstico preciso. Los profesionales pueden diagnosticar un trastorno adaptativo si los síntomas aparecen dentro de los tres primeros meses después de un evento estresante identificable y no cumplen los criterios para un trastorno de depresión mayor o duelo. Se espera que los síntomas del trastorno adaptativo mejoren en los seis meses siguientes al cese del estresor. El duelo, por otro lado, puede tener síntomas clínicos similares, pero se diagnostica como depresión solo si es grave, persistente o incapacitante, y afecta significativamente el funcionamiento. Los síntomas del duelo tienden a disminuir con el tiempo y están más relacionados con pensamientos o recuerdos del fallecido, en comparación con la depresión mayor.

4.1.1.9. Manejo

a) Medidas generales y preventivas

La prevención de la depresión incluye mantener relaciones sociales sólidas para evitar la soledad y practicar ejercicio físico regularmente, especialmente al aire libre con luz natural. Mantener horarios regulares de sueño y una dieta saludable también contribuyen a la prevención. Es importante evitar factores estresantes, el aislamiento social y cambios bruscos en los hábitos de vida, ya que pueden agravar el efecto depresivo de trastornos somáticos y medicamentos ⁽³⁶⁾.

b) Terapéutica

El tratamiento para la depresión incluye psicofármacos específicos para cada cuadro, como estabilizadores del ánimo, sales de litio, antidepresivos y antipsicóticos atípicos. El proceso consta de tres fases: aguda (8-12 semanas), la dosis para niños mayores de 8 años con Fluoxetina es de 10-20 mg/día y en mayores de 12 años Escitalopram de 10 a 20 mg/día, otra alternativa terapéutica podría ser Sertralina de 50 a 200 mg/día; la fase de continuación (6 meses) para prevenir recaídas con la misma dosis de antidepresivo; y fase de

mantenimiento (6 meses a varios años) para pacientes con episodios recurrentes, utilizando dosis terapéuticas bajo supervisión especializada. Se pueden requerir ajustes o combinaciones de fármacos si no hay respuesta adecuada ⁽³⁶⁾.

4.1.1.10. Consecuencias

La depresión en la adolescencia tiene consecuencias negativas en diversas áreas de la vida de los adolescentes. A nivel emocional, provoca tristeza, irritabilidad, desesperanza y baja autoestima ⁽⁴¹⁾. En las relaciones interpersonales, afecta la calidad, comunicación y genera aislamiento social, especialmente en las adolescentes. También impacta negativamente el rendimiento académico, disminuyendo calificaciones, motivación y concentración ⁽³⁹⁾. La gravedad de los síntomas está relacionada con la prolongación o interrupción de la escolaridad ⁽⁴¹⁾.

4.1.1.11. Complicaciones

Durante los episodios de depresión mayor, existe la posibilidad de que se presente una conducta suicida. Uno de los factores de riesgo más consistentemente relacionados con esta conducta son los antecedentes de intentos o amenazas de suicidio. Sin embargo, es importante destacar que la mayoría de los suicidios consumados no han sido precedidos por intentos fallidos ⁽³⁾. En una revisión sistemática realizada en España el año 2021, donde se revisó 10 estudios, se demostró que el riesgo de suicidio es mayor en pacientes adolescentes, con síntomas depresivos asociados al episodio psicótico OR = 3.1 (IC 95%: 2.73-4.5, $p < 0.05$) ⁽⁴²⁾.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que las consecuencias pueden variar entre los individuos y que la intervención temprana y adecuada puede ayudar a mitigar los efectos negativos de la depresión en los adolescentes ⁽⁴¹⁾.

4.1.1.12. Modelos explicativos de la depresión en adolescentes

Los modelos explicativos de la depresión en adolescentes buscan comprender los factores y procesos involucrados en su desarrollo:

a) Modelo Cognitivo:

Este modelo se basa en la idea de que los pensamientos y creencias negativas distorsionadas pueden desempeñar un papel central en la aparición y

mantenimiento de la depresión ⁽³⁵⁾. Según este enfoque, los adolescentes pueden tener interpretaciones negativas de sí mismos, del mundo y del futuro, lo que los predispone a experimentar síntomas depresivos ⁽³⁷⁾.

b) **Modelo de Estrés Social:**

Este modelo enfatiza el papel de los factores estresantes sociales y ambientales en el desarrollo de la depresión en adolescentes. Sugiere que eventos estresantes, como conflictos familiares, problemas escolares, dificultades interpersonales, desastres o amenazas naturales, pueden desencadenar la aparición de la depresión ⁽⁴⁴⁾.

c) **Modelo de Vulnerabilidad-Stress:**

Considera que tanto los factores de vulnerabilidad individual como los factores de estrés interactúan para influir en el desarrollo de la depresión en los adolescentes. Los factores de vulnerabilidad pueden incluir características personales, como baja autoestima o tendencia a interpretar negativamente los eventos, mientras que los factores de estrés pueden ser eventos estresantes en el entorno del adolescente ⁽⁴⁵⁾.

Estos enfoques proporcionan un marco para identificar los factores de riesgo y las interacciones relacionadas con la depresión en esta etapa de la vida.

2.1.2. Funcionalidad familiar y conceptos clave

2.1.2.1. Familia

La OMS define a la familia como un grupo de personas que viven juntas, desempeñan roles y comparten vínculos afectivos, sociales y económicos ⁽⁴⁶⁾. Es fundamental en el desarrollo emocional y social de sus miembros ⁽⁴⁷⁾. Además, funciona como un sistema que promueve la salud y el bienestar. Los elementos clásicos son los padres e hijos, y se puede organizar en cuatro subsistemas ⁽⁴⁸⁾:

a) **Subsistema Conyugal o de pareja:**

La pareja es la base de la familia, compuesta por dos personas que se aman y forman un hogar juntas ⁽⁴⁸⁾. Una relación saludable se caracteriza por una comunicación efectiva, resolución de problemas y toma de decisiones conjuntas. Expresar sentimientos auténticos y protegerse mutuamente es

crucial para el rol de pareja ⁽⁴⁷⁾. La calidad de la relación de pareja impacta en el funcionamiento de toda la familia ⁽⁴⁸⁾.

b) Subsistema Parental:

La relación entre padres e hijos es crucial en la estructura familiar. Los padres guían y educan a sus hijos, estableciendo normas, funciones y transacciones positivas que estimulan un desarrollo saludable, fomentando la expresión emocional y logros ⁽⁴⁸⁾. Los modelos positivos de conducta y cuidado de la salud mental son esenciales; a medida que los hijos crecen, se fomenta su autonomía y capacidad de pensar por sí mismos ⁽⁴⁷⁾.

c) Subsistema Filial:

El rol de los hijos en la familia se centra en su relación con los padres ⁽⁴⁸⁾. La calidad de esta relación depende de las transacciones establecidas entre ellos ⁽⁴⁹⁾. A los hijos les corresponde obedecer, cumplir tareas asignadas, aprender de sus padres y compartir información y afecto positivo ⁽⁴⁸⁾.

d) Subsistema Fraternal:

El sistema de hermanos está formado por los hijos y su relación entre ellos ⁽⁴⁸⁾. La dinámica de esta relación se ve influenciada por la forma en que los padres establecen sus propias relaciones ⁽⁴⁷⁾. Los hijos aprenden de sus padres y otras figuras significativas, como maestros y amigos, y utilizan estas actitudes como modelo para su rol de hermanos ⁽⁴⁹⁾.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática clasifica a las familias peruanas en los siguientes tipos ⁽⁵⁰⁾:

- a) Familia Nuclear: Constituido por un solo núcleo familiar completo o incompleto.
- F. nuclear con hijo o hija: pueden ser jefaturados por el padre y la madre, sólo por el padre o sólo por la madre.
 - F. nuclear sin hijos: constituida por parejas recién unidas que no desean tener hijos o que los postergan.
 - F. nuclear monoparental: existen hijos o hijas que viven con sólo un miembro de los padres que asume la jefatura sin que este tenga una pareja.

- b) Familia Extendida: se refiere al grupo formado por el núcleo familiar, ya sea completo o incompleto, junto con otros miembros que tienen un vínculo de parentesco, como tíos, primos, abuelos, entre otros.
- c) Familia Compuesta: se trata de la unión de varias familias nucleares en un mismo hogar, donde se incluyen miembros que no tienen un vínculo de parentesco. Por ejemplo, cuando dos personas que tienen hijos de relaciones anteriores deciden vivir juntas en una misma casa.
- d) Familia Unipersonal: constituido por una sola persona.
- e) Familia sin Núcleo Conyugal: conformado cómo mínimo por dos personas que no forman un núcleo familiar.

2.1.2.2. Funcionalidad familiar

La funcionalidad familiar se refiere a la capacidad del sistema familiar para cumplir adecuadamente sus funciones y roles, garantizando la salud y el bienestar de sus miembros ^(49, 38). Cada familia puede alcanzar la funcionalidad de manera diferente, sin patrones universales de "normalidad" ⁽⁵¹⁾. Se deben considerar aspectos complejos para determinar si una familia es funcional o disfuncional, tales como ⁽⁴⁹⁾:

a) Organización estructural interna:

Desde la perspectiva sistémica, las familias pueden experimentar fuerzas centrífugas y centrípetas que generan familias desligadas o aglutinadas, respectivamente. Una familia funcional busca una cohesión estructurada y flexible, evitando polarizarse en opciones caóticas o rígidas. La funcionalidad implica tener límites claros y definidos, jerarquía congruente, relaciones ricas entre subsistemas, parentalidad y conyugalidad armónicas, roles flexibles y reglas explícitas ⁽⁴⁹⁾.

b) Dinamismo sistémico. Adaptabilidad

El dinamismo sistémico se refiere a los intercambios entre una familia y su entorno, que pueden modificar su estructura y funcionamiento. Una familia que presenta estructuras y dinámicas funcionales posiblemente manejará de manera efectiva tanto los cambios esperables (normativas) como los no esperables (no normativas). En contraste, una familia con dinámicas

disfuncionales tendrá una mayor probabilidad de desencadenar una crisis. A continuación, se ilustran algunos ejemplos en la tabla 5 ⁽⁴⁹⁾.

Tabla 5. Relación entre la funcionalidad y crisis normativa y no normativas		
Previa a la crisis	Tipo de crisis	Ejemplo
Funcional	Normativa	Nacimiento de un/a hijo/a.
Funcional	No normativa	Pareja adolescente afronta la crianza de un/a hijo/a.
No funcional	Normativa	Pareja en la cual hay violencia tienen un/a hijo/a.
No funcional	No normativa	Pareja con un/a hijo/a, en la cual el padre ejerce violencia de género hacia la madre. Tras la denuncia se establece una orden de alejamiento para el padre.

Fuente: Adaptado de *Manual de terapia Familiar Sistémica: Las bases de la Terapia Familiar* ⁽⁴⁹⁾.

c) Comunicación

La calidad de la comunicación familiar es esencial para evaluar la funcionalidad de una familia, ya que se transmiten valores, creencias y afectos. Una comunicación funcional es clara, respetuosa, empática y muestra interés hacia los demás. Los miembros de la familia pueden expresar libremente sus emociones, que son validadas y fomentadas en el seno familiar ⁽⁴⁹⁾.

d) Individuación

La individuación es esencial para el desarrollo de la autonomía en todos los miembros de la familia. Se fomenta si se equilibran las necesidades de unión y diferenciación, se respetan valores y creencias, se establecen relaciones fuera de la familia, se brinda protección y se permite la participación en decisiones importantes ⁽⁴⁹⁾.

2.1.2.3. Disfuncionalidad familiar

La disfuncionalidad familiar se refiere a una familia que no consigue la armonía entre sus integrantes y su comunidad, no promueven el desarrollo espiritual y material de sus miembros ⁽⁵¹⁾. Las principales características de las familias disfuncionales son: no poseen actitud de negociación, presentan líneas

intergeneracionales borrosas, tienen límites imprecisos, sus funciones no están definidas ni limitadas y tiene interacciones fijas y rígidas ⁽⁴⁹⁾.

2.1.2.4. Diagnóstico

El diagnóstico de la funcionalidad familiar recae en el médico familiar, que es el responsable de manejo integral del sujeto y su familia. El diagnóstico iniciará con entrevistas a los miembros de la familia, posteriormente se construirá familiogramas y se aplicará instrumentos como el Modelo McMaster, FF-SIL, APGAR familiar, FACES-IV y entre otras escalas ⁽⁴⁹⁾.

La identificación temprana de familias en riesgo se realiza en atención primaria mediante pruebas validadas de evaluación del funcionamiento familiar, para poder brindarles un seguimiento adecuado desde un enfoque integral personal, familiar y comunitario ⁽⁵¹⁾.

2.1.2.5. Manejo

a) Medidas generales y preventivas:

El manejo de la disfuncionalidad familiar requiere un enfoque multidisciplinario con terapia familiar como opción efectiva. El objetivo es establecer un nuevo estilo de vida que promueva el desarrollo de los miembros. Además, se enfoca en lograr la comunicación familiar, manejo de situaciones conflictivas, promoción de relaciones entre sus miembros y ayuda a identificar el potencial de cada integrante ⁽⁵¹⁾.

b) Terapia:

La terapia se enfoca en mejorar la comunicación, resolver conflictos, fomentar relaciones y potenciar el desarrollo individual de cada miembro:

1. Terapia cognitivo-conductual (TCC): es un enfoque terapéutico ampliamente utilizado para tratar diversas problemáticas psiquiátricas, especialmente la depresión y la ansiedad. Algunas personas tienen pensamientos basados en "creencias incorrectas", lo que influye en su comportamiento, la TCC busca corregir estas creencias para cambiar pensamientos, sentimientos y, en última instancia, comportamientos y promover cambios en el estilo de vida ⁽⁶¹⁾.

2. Terapia familiar: también conocida como terapia de enfoque familiar o de sistemas familiares, busca modificar las dinámicas familiares para enfrentar diversos problemas. Proporciona herramientas para que los miembros de la familia se ayuden mutuamente y puede ser aplicada en una amplia gama de situaciones, en niños y adultos. La terapia familiar se basa en dos premisas: muchas enfermedades empeoran debido a familias disfuncionales, y las relaciones familiares son fundamentales para el apoyo a largo plazo ⁽⁵²⁾.

3. Psicoterapia educacional: es un enfoque que combina elementos de la TCC, terapia de grupo y educación. Su propósito principal es brindar a los pacientes y sus familias conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento, fomentando la colaboración con profesionales de salud mental para mejores resultados destacando cuatro aspectos esenciales: informar sobre la enfermedad, habilidades en resolución de problemas, comunicación y autoafirmación, y prevención del suicidio ⁽⁵²⁾.

En una revisión sistemática y metaanálisis publicado el 2018 en Reino Unido donde se incluyeron 41 estudios se concluyó que las intervenciones basadas en las familias logran generar beneficios positivos en la salud mental de los niños y adolescentes $SMD = 0.25$ (IC 95% = 0.03-0.47) ⁽⁵³⁾ y en un ensayo controlado aleatorizado realizado el año 2021 en EE. UU donde intervinieron 119 adolescentes, con síntomas del estado de ánimo activo y antecedentes familiares de trastorno bipolar, en terapia centrada en la familia o psicoterapia educacional por 24 meses demostró que, las mejoras en el funcionamiento familiar mediaron las mejoras en los síntomas depresivos de los participantes $\beta = -0.22$ (IC 95% = -0.55; -0.02, $p < 0.01$) ⁽⁵⁴⁾. Los hallazgos sugieren un vínculo entre los cambios en las percepciones de los adolescentes sobre el funcionamiento familiar y las mejoras sus síntomas depresivos.

2.1.2.6. Modelos explicativos de la funcionalidad familiar

Estos modelos ayudaran a comprenderlas las dinámicas y el funcionamiento de los diversos sistemas familiares ⁽⁵⁵⁾:

- a) Modelo Sistémico de Evaluación de la Familia: busca comprender cómo operan los sistemas familiares y cómo influyen en el funcionamiento y

bienestar de sus miembros a través del desarrollo de sus 5 dimensiones: coherencia, flexibilidad, comunicación, afecto y límites claros entre sus miembros.

- b) **Modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares:** proporciona una herramienta visual para evaluar la dinámica familiar y puede ser útil en terapia familiar para identificar áreas de fortaleza y áreas de mejora en el funcionamiento familiar: la cohesión, la flexibilidad y la comunicación saludable dentro de la familia.

2.1.2.7. Factores que influyen en la funcionalidad familiar durante la adolescencia

Los factores que influyen en la funcionalidad familiar durante la adolescencia son diversos y pueden ser individuales, familiares o contextuales. Entre ellos destacan ⁽⁵²⁾:

- a) La calidad de la comunicación y la resolución de problemas, ambos factores de manera constructiva mejoran la dinámica familiar, y crean un ambiente saludable debido a una comunicación abierta y efectiva, así como habilidades adecuadas de resolución de problemas.
- b) El apoyo emocional y la cohesión familiar, que influyen en la calidad de las relaciones familiares y la conexión entre sus miembros.
- c) La estabilidad familiar y los cambios en la estructura familiar, como divorcio o nuevos miembros, la estabilidad y la capacidad de adaptación de la familia frente a estos cambios son factores importantes que pueden impactar la funcionalidad familiar.

Es crucial comprender estos factores para abordar adecuadamente los desafíos propios de la adolescencia en la familia y promover una convivencia sana y equilibrada.

Una revisión sistemática que tiene por título “Estilos de crianza e internalización de síntomas en la Adolescencia: una revisión sistemática de la literatura”, publicado en la International Journal of Environmental Research and Public Health el año 2019 en la que se incluyeron 59 estudios concluyó que, la calidez de los padres, el control del comportamiento y el otorgamiento de autonomía están inversamente asociados con los problemas de internalización, especialmente la depresión en los adolescentes ⁽⁵⁶⁾.

En una revisión sistemática y metaanálisis titulado “Factores parentales asociados con la depresión y la ansiedad en jóvenes: una revisión sistemática y metaanálisis”, publicado en la Journal of Affective Disorders el año 2014 donde se revisaron 181 estudios se pudo concluir que un factor que tiene una sólida evidencia que lo vincula con la depresión adolescente es el otorgamiento de autonomía $r = - 0.397$ (IC 95%= -0.497, -0.287, $p = <0.001$, $I^2 = 0.00$), apoyando la recomendación de que los padres deben otorgar mayor autonomía a sus hijos adolescentes a medida que se desarrollan ⁽⁵⁷⁾.

2.1.3. Interacción entre la depresión en adolescentes y la funcionalidad familiar

La funcionalidad familiar juega un papel relevante en la aparición y desarrollo de la depresión en adolescentes. La calidad de las relaciones familiares, una comunicación abierta y afectuosa, el apoyo emocional y la cohesión entre sus integrantes, pueden influir en el bienestar emocional y protege contra la aparición de la depresión en los adolescentes ⁽⁵⁶⁾. Por otro lado, ambientes familiares negativos, con conflictos y falta de apoyo, aumentan el riesgo de depresión ⁽⁵⁴⁾.

En una revisión sistemática y metaanálisis que lleva por título: “Asociación entre funcionalidad familiar y depresión: una revisión sistemática y meta-análisis”, publicado en la revista Korean Journal of Family Medicine el año 2021 donde se incluyeron 14 artículos se demostró que, la disfunción familiar representa un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión $OR = 3,72$ (IC 95% = 2.70-5.12, $p <0.05$, $I^2 = 24\%$), otros aspectos importantes sobre el estudio se mencionan a continuación:

- Los adolescentes entre 12 y 14 años de familias con bajos niveles de cohesión y control presentaron síntomas depresivos con mayor frecuencia $OR = 5.36$ (IC 95% = 3.03-9.5, $p <0.05$).
- Las mujeres con disfunción familiar mostraron una mayor prevalencia de síntomas depresivos durante una consulta de medicina familiar independientemente de su edad $OR = 4.5$ (IC 95% = 2.2-9.4, $p <0.05$).

Como conclusión, la relación entre la disfunción familiar y la depresión es compleja y está influenciada por múltiples factores. Los médicos de atención primaria deben llevar a cabo una evaluación integral para comprender mejor estas condiciones. Por tanto, es importante llevar a cabo investigaciones futuras que examinen la

funcionalidad familiar y cómo se relaciona con la depresión y otros síntomas afectivos ⁽⁵⁸⁾.

En una revisión sistemática que lleva por título: “Disfuncionalidad familiar y depresión adolescente: una revisión sistemática entre los años 2016-2020” publicado en la revista *Conrado* el año 2021, se incluyeron 21 artículos donde se pudo concluir lo siguiente ⁽⁵⁹⁾:

- La relación entre el funcionamiento familiar y la depresión en adolescentes involucra varios aspectos como cohesión, afectividad, comunicación, armonía, permeabilidad, roles y adaptación.
- Algunos indicadores de disfuncionalidad familiar incluyen falta de límites, roles inadecuados, reglas inflexibles, dificultad para adaptarse a cambios, falta de expresión de sentimientos y falta de estrategias para resolver conflictos.
- La disfuncionalidad familiar está relacionada con la depresión en adolescentes, ya que la familia juega un papel fundamental en su desarrollo psicológico y emocional. Si la familia no cumple adecuadamente su función, los adolescentes pueden verse afectados tanto por los cambios propios de la edad como por el entorno problemático familiar.

2.1.4. Instrumentos de investigación

2.1.4.1. Inventario de Depresión de Beck II

El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) fue creado por el psiquiatra Aaron T. Beck en 1961 para identificar y medir síntomas depresivos. Se basó en observaciones clínicas y descripciones de pacientes con depresión. En 1979 se modificó a BDI-IA incorporando criterios del DSM-III, y en 1994, con el DSM-IV, se desarrolló el BDI-II para incluir nuevas pautas de evaluación, como la presencia de síntomas durante dos semanas previas ⁽⁶⁰⁾.

a) Dimensiones

Estas dimensiones, también conocidas como factores o subescalas, agrupan los ítems relacionados y brindan una evaluación más detallada de los síntomas depresivos ^(60, 61).

- Síntomas cognitivo - afectivo: se centra en los pensamientos negativos y distorsionados asociados con la depresión.
- Síntomas somático-motivacional: esta dimensión aborda los síntomas físicos y corporales asociados con la depresión.

b) Características e interpretación

El BDI-II es una herramienta de autoevaluación con 21 preguntas para medir la gravedad de síntomas depresivos en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta ordenadas por gravedad, la persona debe seleccionar la frase que mejor describa su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el cuestionario. Se puntúa de 0 a 3, la puntuación total va de 0 a 63, con categorías de intensidad: no depresión (0-9 puntos), depresión leve (10-18 puntos), depresión moderada (19-29 puntos) y depresión grave (30 o más). Si se eligen múltiples opciones en una pregunta, se considera la puntuación de mayor gravedad seleccionada ⁽⁶⁰⁾.

c) Confiabilidad, validación y sensibilidad del instrumento

El BDI-II ha sido respaldado por varios estudios psicométricos que han demostrado su fiabilidad y validez en diversas muestras:

- Confiabilidad de la consistencia interna: en un estudio transversal analítico realizado en Corea del Sur el 2017 donde se incluyeron 1072 adolescentes, se obtuvo un valor del α de Cronbach de 0.89 ⁽⁶²⁾; un resultado igual se observa en otro estudio transversal descriptivo realizado en México el 2015 incluyendo 610 adolescentes ⁽⁶³⁾.
- Validez concurrente: en el estudio anterior, utilizando el análisis de correlación de Pearson, el coeficiente fue de 0.75 ⁽⁶²⁾.
- Sensibilidad y especificidad: en una revisión sistemática y metaanálisis realizada el 2022, tuvo por objetivo evaluar la precisión del BDI-II para detectar depresión en adolescentes, donde se incluyeron 22 estudios se estimó una sensibilidad y especificidad del 73.0% (IC 95% = 62.0% - 81.8%) y 80.3% (IC 95% = 72.8%-86.1%) en el punto de corte 16, respectivamente ⁽⁶⁴⁾.

2.1.4.2. Escala de APGAR familiar

La Escala de APGAR Familiar, creada por Médico Gabriel Smilkstein en 1978 para la Atención Primaria de la Salud, es ampliamente usada por médicos familiares para evaluar el funcionamiento familiar y su influencia en la salud. Con preguntas simples y comprensibles, identifica rápidamente familias disfuncionales y permite aplicar estrategias de seguimiento. Esta escala mide la percepción del funcionamiento familiar desde la perspectiva de un miembro en un momento dado,

expresando el nivel de satisfacción basado en parámetros básicos de la familia⁽⁵¹⁾.

a) Dimensiones

El APGAR Familiar evalúa cinco dimensiones o funciones de la familia, que derivan del acrónimo APGAR⁽⁵¹⁾:

- Adaptación: es la capacidad para resolver conflictos en periodos de crisis o estrés, utilizando recursos extra e intra familiares, además incluye que los miembros puedan adaptarse a sucesos recientes.
- Participación o cooperación: se refiere al nivel de contribución de los integrantes de una familia en la toma de decisiones, responsabilidades del sostenimiento familiar, solución de problemas y satisfacción en la comunicación.
- Gradiente de recursos personales o desarrollo: se refiere al desarrollo de la madurez emocional, social y física que se logra por el mutuo apoyo entre los miembros de la familia.
- Afecto: valora los vínculos de amor, cariño, pena y rabia que se fomenta entre los integrantes.
- Recursos o capacidad resolutive: se refiere a la responsabilidad que tienen los miembros de la familia de proporcionar su dinero, tiempo y espacio, consignándolo a satisfacer sus necesidades.

b) Características e interpretación

El cuestionario está compuesto por 5 preguntas, para cada una se utiliza la escala de Likert, con 5 opciones valoradas del 0 al 4: 0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = algunas veces, 3 = casi siempre y 4 = siempre. Al realizarse la sumatoria de los puntajes se puede identificar: familia funcional (17 – 20 puntos) y disfuncional; clasificándolo en disfunción leve: 13 – 16 puntos, moderada: 10 – 12 puntos y severa: ≤ 9 puntos⁽⁵¹⁾.

c) Confiabilidad y validación del instrumento

Se han realizado estudios que evaluaron las propiedades psicométricas de las variables en otros países y poblaciones:

- Confiabilidad de consistencia interna: en un estudio transversal descriptivo realizado en Colombia el 2021 donde se incluyeron 1462 adolescentes, se obtuvo un valor del α de Cronbach de 0.819 y ω de McDonald, 0.820⁽⁶⁵⁾; en otro estudio transversal analítico realizado en el

año 2018, se incluyeron 652 adultos obteniéndose un valor del α de Cronbach de 0.88 ⁽⁶⁶⁾.

Validez de criterio: en el estudio anterior, utilizando el análisis de correlación de Pearson, el coeficiente fue de 0.70 ⁽⁶⁶⁾.

2.2. Definición de términos básicos

- a) Familia: un grupo social compuesto por padres, o padres sustitutos, e hijos ⁽⁶⁷⁾.
- b) Familia funcional: es la familia que es capaz de satisfacer las necesidades fundamentales de educación, entretenimiento, vivienda, salud y alimentación, y sus lazos emocionales suelen ser estables y fuertes ⁽⁵¹⁾.
- c) Familia disfuncional: se caracteriza por la falta de cumplimiento de roles por parte de sus miembros, la presencia de conflictos, adicciones, comportamientos inapropiados y casos de maltrato. Además, se observa una negación por parte de sus integrantes de la existencia de problemas en la dinámica familiar ⁽⁴⁹⁾.
- d) Funcionalidad familiar: el conjunto de características que definen a la familia como un sistema y que ayudan a comprender su funcionamiento y comportamiento ⁽⁵¹⁾.
- e) Escala de APGAR familiar: el cuestionario analiza la forma en que las personas perciben el funcionamiento de su familia al explorar su satisfacción en las relaciones con sus familiares ⁽⁵¹⁾.
- f) Depresión: estados depresivos generalmente de intensidad moderada comparados con el trastorno depresivo mayor presente en los trastornos neuróticos y psicóticos ⁽⁶⁸⁾.
- g) Inventario de Depresión de Beck II: instrumento utilizado para identificar y medir síntomas depresivos. En sus ítems se describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión ⁽⁶⁰⁾.
- h) Adolescente: persona de 13 a 18 años de edad ⁽⁶⁹⁾. Según la Resolución Ministerial N° 538-2008/MINSA en nuestro país la etapa de vida adolescente se extiende desde los 12 años hasta los 17 años y 11 meses ⁽⁷⁰⁾.

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Existe relación entre la depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, 2023.

2.3.2. Hipótesis específicas

- 1) En las características sociodemográficas de los adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, predomina el sexo masculino y la convivencia familiar nuclear con hijos.
- 2) La frecuencia de depresión en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, supera el 50%.
- 3) La frecuencia de funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, no supera el 50%.
- 4) La asociación estadística entre la depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco es, significativa e inversamente proporcional.

2.4. Variables

2.4.1. Variables involucradas:

2.4.1.1 Variable dependiente: depresión.

2.4.1.2 Variable independiente: funcionalidad familiar.

2.4.2. Variables no involucradas:

2.4.2.1 Variables intervinientes:

- Edad.
- Sexo.
- Año de escolaridad.
- Convivencia familiar.

2.5. Definiciones operacionales

VARIABLES INVOLUCRADAS									
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICION	DIMENSIONES	EXPRESION FINAL DE LA VARIABLE	ITEM	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Depresión	Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos ⁽⁷¹⁾ .	Nivel de depresión	Cualitativa	Ordinal	Instrumento: Inventario de Depresión de Beck (BDI – II). Medición: -Análisis descriptivo: frecuencia absoluta, relativa y porcentajes. -Análisis inferencial: prueba de Chi2, prueba de Fisher y OR.	Cognitivo-afectivo	- No depresión. - Depresión leve. - Depresión moderada. - Depresión grave.	5	Puntuación obtenida al completar el BDI – II: no depresión (0-9 puntos), depresión leve (10-18p), depresión moderada (19-29p) y depresión grave (≥30p).
						Somático-motivacional			
Funcionalidad familiar	Capacidad del sistema familiar para llevar a cabo sus funciones de manera que satisfaga adecuadamente a sus miembros ⁽⁵¹⁾ .	Percepción de la funcionalidad familiar	Cualitativa	Ordinal	Instrumento: Escala de APGAR familiar. Medición: -Análisis descriptivo: frecuencia absoluta, relativa y porcentajes. -Análisis inferencial: prueba de Chi2, prueba de Fisher y OR.	Adaptación	- Familia funcional. - Familia disfuncional leve. - Familia disfuncional moderada. - Familia disfuncional severa.	6	Puntuación obtenida por al completar la Escala del APAGAR familiar: familia funcional (17– 20 puntos), familia disfuncional leve (13–16p), moderada (10–12p) y severa (≤9p).
						Participación o cooperación			
						Gradiente de recursos personales o desarrollo			
						Afecto			
						Recursos o capacidad resolutive			

VARIABLES NO INVOLUCRADAS								
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICION	EXPRESION FINAL DE LA VARIABLE	ITEM	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Edad	Tiempo que ha vivido una persona ⁽⁷²⁾ .	Edad	Cuantitativa	Razón	Instrumento: encuesta sociodemográfica. Medición: frecuencias relativas, porcentajes, media, desviación estándar.	Edad: _____ años.	1	Tiempo de vida de una persona expresada en años cumplidos, refrendada en su DNI.
Sexo	Condición orgánica: masculina o femenina ⁽⁷³⁾ .	Sexo	Cualitativa	Nominal	Instrumento: encuesta sociodemográfica. Medición: frecuencias absolutas y relativas, porcentajes.	- Femenino. - Masculino.	2	Sexo femenino o masculino, refrendado en su DNI.
Año de escolaridad	Año o grado que cursa un estudiante en un periodo escolar ⁽⁷⁴⁾ .	Año de escolaridad	Cualitativa	Nominal	Instrumento: encuesta sociodemográfica. Medición: frecuencias absolutas y relativas, porcentajes.	- Primero. - Segundo. - Tercero. - Cuarto. - Quinto.	3	Año o grado que se cursa en la actualidad, refrendada en su ficha de matrícula en la institución educativa.
Convivencia familiar	Acción de convivir. Vivir en compañía de otro/s ⁽⁷⁵⁾ .	Convivencia familiar	Cualitativa	Nominal	Instrumento: encuesta sociodemográfica. Medición: frecuencias absolutas y relativas, porcentajes.	- Ambos padres. - Sólo madre - Sólo padre - Hermanos. - Otros familiares - Otras personas. - Solo	4	Coexistencia del participante con otra persona(s) en un mismo hogar, refrendada en su ficha de matrícula en la institución educativa.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de la investigación

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo y es de alcance correlacional. El propósito de este tipo de investigaciones es comprender la conexión o el nivel de relación que se presenta entre dos o más conceptos, categorías o variables dentro de una muestra o contexto específico. El análisis se enfoca únicamente en la relación entre dos variables, pero en muchos casos se exploran las conexiones entre tres, cuatro o incluso más variables en el estudio ⁽⁷⁶⁾.

Nuestro estudio busca comprender la asociación que existe entre la depresión (variable dependiente) y la funcionalidad familiar (variable independiente) en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco en el presente año.

3.2 Diseño de la investigación

En cuanto al diseño, nuestro estudio es observacional, ya que no hubo intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador ⁽⁷⁷⁾; de corte transversal, siendo su propósito describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado ⁽⁷⁶⁾ y analítico, el análisis estadístico por lo menos es bivariado; porque plantea y pone a prueba hipótesis, su nivel más básico establece la asociación entre factores ⁽⁷⁷⁾.

Observamos como la depresión (variable dependiente) en adolescente se ve influencia o no por la funcionalidad familiar (variable independiente) en sus hogares, tomamos los datos en un momento establecido (diseño elegido de acuerdo a los antecedentes) y posteriormente analizamos su asociación.

El esquema de diseño aplicado a nuestro proyecto sería el siguiente:

DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES



FUNCIONALIDAD
FAMILIAR

3.3 Población y muestra

3.3.1 Descripción de la población

La población comprende al total de estudiantes adolescentes matriculados en el nivel secundario (1ero – 5to) de las instituciones educativas públicas mixtas: “I. E. P. A. C Nuestra Señora de Fátima” – Wánchaq y la “I. E. Mx Viva el Perú” – Santiago, ambas pertenecientes a la zona urbana de la ciudad del Cusco en la actualidad.

Según información proporcionada por el área de estadística en cada institución educativa, se matricularon actualmente 400 estudiantes en Nuestra Señora de Fátima ⁽⁷⁸⁾ y 380 en Viva el Perú ⁽⁷⁹⁾, haciendo un total de 780 adolescentes.

3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión

3.3.2.1. Criterios de inclusión:

- Estudiantes matriculados en el nivel secundario (1er – 5to) en la actualidad.
- Estudiantes adolescentes de 12 a 17 años con 11 meses.
- Estudiantes que acepten participar en la encuesta.
- Estudiantes que cuenten con autorización escrita de padres o tutores.
- Un miembro por familia: el(la) hermano(a) mayor dentro de la institución educativa, en el nivel secundario.

Hemos establecido este último criterio de inclusión de esta manera para prevenir cualquier posible sesgo en cuanto a la percepción de funcionalidad familiar que pueda variar entre los diferentes miembros de una misma familia.

3.3.2.2. Criterios de exclusión:

- Estudiantes con alguna discapacidad mental o que dificulten en la comprensión lectora.
- Estudiantes que den información incompleta o inconsistente.
- Un miembro por familia: el(la/los/las) hermano(a/s) menor(es) dentro de la institución educativa, en el nivel secundario.

3.3.3 Muestra: tamaño de la muestra y método de muestreo

3.3.3.1. Tamaño de la muestra

[1] Tamaños de muestra. Comparación de proporciones independientes:

Datos:

Proporción esperada en:	
Población 1:	39,100%
Población 2:	53,500%
Razón entre tamaños muestrales:	0,86
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Población 1	Población 2	Total
80,0	203	175	378
90,0	271	234	505

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 sin corrección por continuidad.

Para determinar el tamaño de muestra se usó el programa EPIDAT 4.2, considerando un nivel de confianza de 95% y una potencia de 80%, para detectar una diferencia real de depresión en adolescentes de 39.1% vs. 53.5% en ambos grupos y una razón entre tamaños muestrales de 0.86, según el estudio de Serna D, et al ⁽¹⁸⁾, obteniéndose como resultado una muestra total de 378 adolescentes. A este valor se añadió el 10% de la población por las posibles pérdidas (780 = 78.0 adolescentes), haciendo un total de 456 adolescentes de muestra.

3.3.3.2. Método de muestreo

El tipo de muestreo empleado en este estudio fue del tipo probabilístico. Primero hicimos un muestreo estratificado para seleccionar las secciones que ingresaron al estudio y luego seleccionamos una muestra de cada sección mediante un muestreo aleatorio simple empleando el programa Epidat 4.2.

3.4 Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

3.4.1. Técnicas de recolección de datos:

Se realizó mediante el llenado por escrito de una encuesta que fue aplicada a los estudiantes seleccionados mediante los criterios de inclusión y exclusión. La encuesta está dividida en 3 secciones (Anexo 02).

3.4.2. Instrumento de recolección de datos

El instrumento es una encuesta estructurada para recolectar información sociodemográfica, identificar la depresión y funcionalidad familiar del adolescente, por consiguiente, se tiene 3 secciones:

- La primera sección corresponde a la encuesta sociodemográfica que tiene el fin de conocer la edad, el sexo, el año de escolaridad y la convivencia familiar.
- En la segunda, se encontrará el Inventario de Depresión de Beck (BDI - II) que presenta una confiabilidad de consistencia interna de α de Cronbach de 0.89 ^(62, 63) y validez de criterio 0.75 ⁽⁶²⁾; consta de 21 ítems, cada uno se valora de 0 a 3 puntos. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos, categorizando la intensidad sintomática depresiva en: no depresión (0-9 puntos), depresión leve (10-18 puntos), depresión moderada (19-29 puntos), depresión grave (≥ 30 puntos) ⁽⁶⁰⁾.
- En la tercera, la Escala de APGAR Familiar que presenta una confiabilidad de consistencia interna de α de Cronbach de 0.819 ⁽⁶⁶⁾ y validez de criterio 0.70 ⁽⁶⁶⁾; que consta de 5 ítems, para cada uno se utiliza la escala de Likert, con 5 opciones valoradas del 0 al 4. Al realizarse la sumatoria de los puntajes se puede identificar: familia funcional (17-20 puntos), familia disfuncional leve (13-16 puntos), moderada (10-12 puntos) y severa (≤ 9 puntos) ⁽⁶¹⁾.

3.4.3. Procedimiento de recolección de datos

Los procedimientos para la obtención de los datos serán:

- Se solicitó la autorización a los directores de las instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, para lograr el acceso y poder recolectar los datos necesarios para nuestra investigación.
- Se pidió el consentimiento por escrito de los padres o tutores legales para permitir la participación de sus hijos menores en nuestro proyecto de investigación, mediante un proceso de consentimiento informado.
- Se llevó a cabo charlas informativas dirigidas a todos los alumnos acerca de la relevancia de completar adecuadamente el cuestionario. Estas charlas fueron realizadas durante las clases de Tutoría (2 horas) de cada grado y sección del nivel secundario de ambas instituciones educativas.
- Los responsables de impartir dichas charlas fueron: el investigador y dos ayudantes debidamente capacitados. La capacitación se realizó mediante la orientación brindada por nuestro asesor y la lectura del manual del Inventario de Depresión de Beck y de la escala del APGAR Familiar.

- Luego se procedió al llenado de la encuesta contando con la participación de todos los adolescentes que dieron su consentimiento para ser partícipes de la investigación. Los responsables de la recolección de la encuesta fueron: el investigador y sus ayudantes.
- Posteriormente al llenado de la encuesta se impartió una breve charla informativa sobre el tema de depresión en la adolescencia y, como ésta puede verse influenciada por diversos factores característicos de su edad, su entorno social y familiar.
- Una vez recolectada la información, se procedió a la tabulación de estos datos para su posterior evaluación y análisis.

3.5 Plan de análisis de datos

Una vez recopilado la información, se procedió a crear una base de datos debidamente codificada de acuerdo con los criterios de investigación usando el Excel 2019, para luego realizar el análisis correspondiente utilizando el software estadístico SPSS versión 26.0.

En el análisis descriptivo (univariado) de las variables involucradas y no involucradas (edad, sexo, año de escolaridad, tipo de institución educativa y convivencia familiar), se procesaron los datos en una tabla simple que incluyen las frecuencias absolutas y relativas, porcentajes (%), medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar).

En el análisis inferencial (bivariado - analítico) de las variables involucradas, para poder verificar las hipótesis y determinar la asociación entre las variables, se utilizó las pruebas de correlación: Chi-cuadrado (χ^2) y la prueba exacta de Fisher en caso de tener frecuencias esperadas menores al 5%. Para cuantificar y determinar la fuerza y dirección de la asociación entre el evento de interés y la variable de exposición, se calculó el Odds Ratio (OR), Intervalos de Confianza (IC), asumiendo como significativo aquel valor $p < 0.05$.

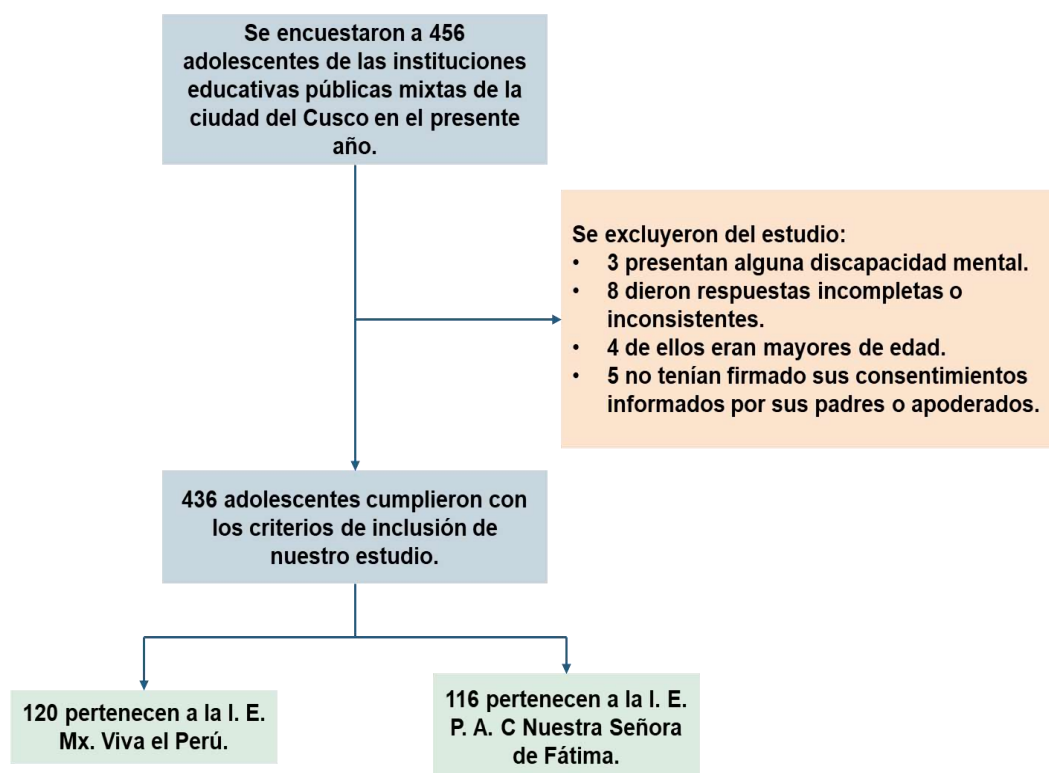
CAPÍTULO IV

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Resultados y discusión

4.1.1. Resultados

La recolección de datos se llevó a cabo del 4 al 8 y del 11 al 12 de agosto en las horas del curso de tutoría en ambas instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco en el presente año.



Fuente: elaboración propia.

4.1.1.1. Análisis univariado

a) Interpretación: variables no involucradas.

Nuestro primer objetivo apunta a identificar las características sociodemográficas de los adolescentes que asisten a instituciones educativas públicas mixtas en la ciudad de Cusco, éstas comprenden la edad, sexo, año de escolaridad y convivencia familiar.

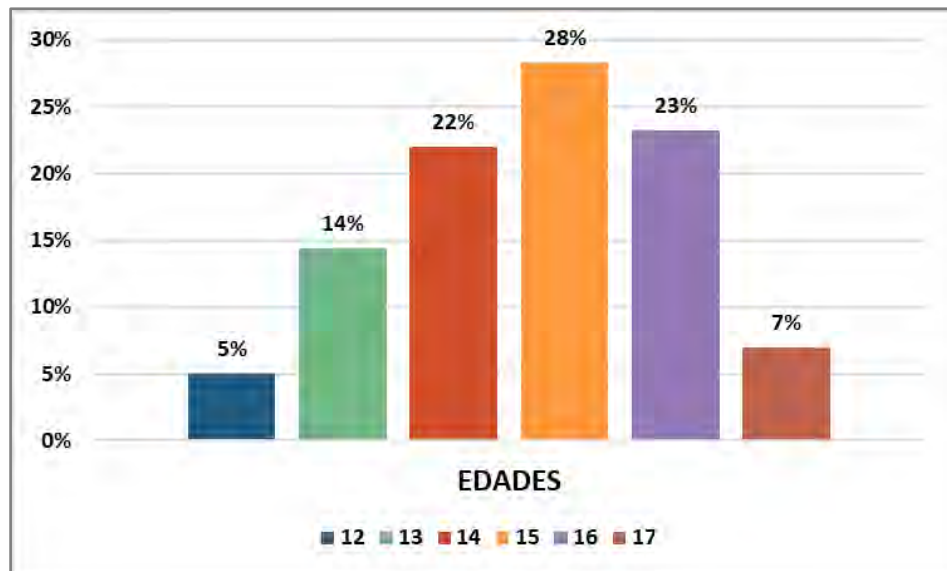
Tabla 6. Distribución de frecuencias de las características sociodemográficas (variables no involucradas)				
VARIABLES	ANÁLISIS UNIVARIADO			
	ni	Ni	p%	M±SD
EDADES				
12	22	0.050	5%	14.73 ± 1.32
13	63	0.144	14%	
14	94	0.216	26%	
15	124	0.284	28%	
16	101	0.232	23%	
17	32	0.073	7%	
SEXO				
Femenino	205	0.47	47%	
Masculino	231	0.53	53%	
AÑO DE ESCOLARIDAD				
1°	54	0.124	12.4%	
2°	63	0.144	14.4%	
3°	100	0.229	22.9%	
4°	131	0.300	30.0%	
5°	88	0.202	20.2%	
CONVIVENCIA				
Ambos padres	254	0.583	58.3%	
Solo madre	125	0.287	28.7%	
Solo padre	20	0.046	4.6%	
Hermanos	22	0.050	5.0%	
Otros familiares	12	0.028	2.8%	
Otras personas	3	0.007	0.7%	
Solo	0	0.000	0.0%	
TOTAL	436	1	100%	

ni: frecuencia absoluta, Ni: frecuencia relativa, p%: porcentaje, M: media, SD: desviación estándar.

Fuente: elaboración propia (Encuesta).

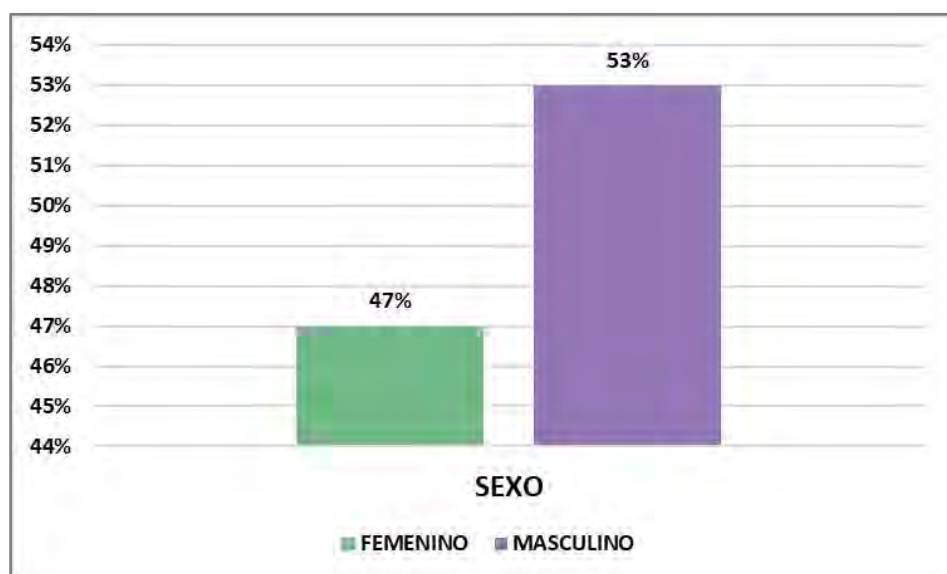
Estos detalles se encuentran resumidos en la tabla 6 y se exponen a continuación:

- Edad: se ha observado que la edad promedio de los adolescentes que formaron parte de nuestra investigación es de 14.73 ± 1.32 años, de los cuales el 28% de los participantes tienen 15 años de edad.



Fuente: elaboración propia (Encuesta).

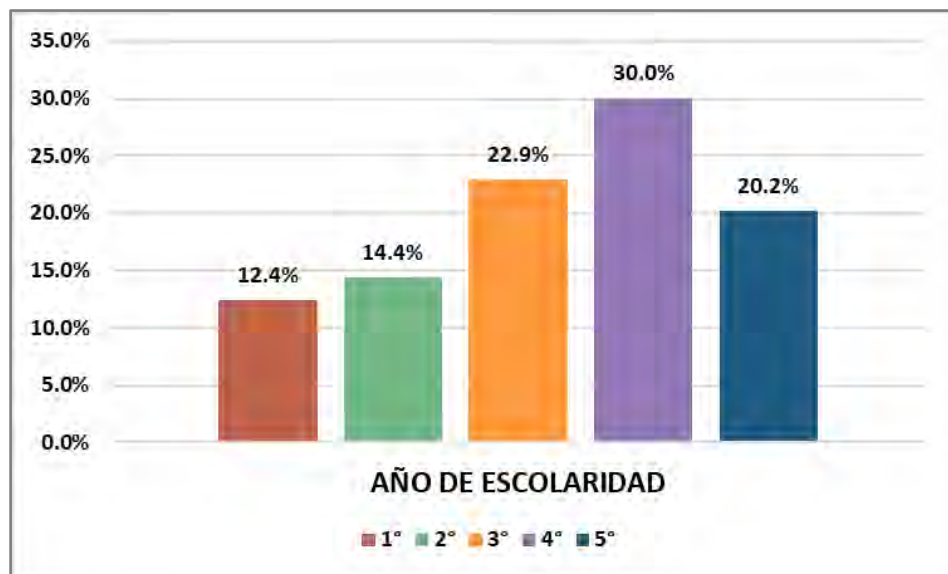
- Sexo: en nuestra muestra, se incluyeron 205 participantes de sexo femenino y 231 del masculino, lo que equivale al 47% y 53% del total, respectivamente.



Fuente: elaboración propia (Encuesta).

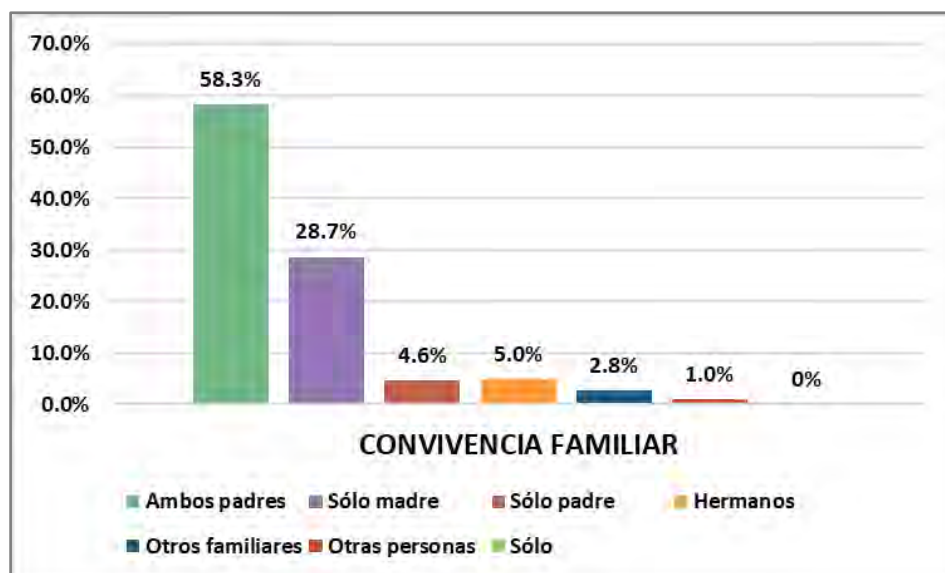
- Año de escolaridad: nuestra muestra incluyó a todos los adolescentes del nivel secundario. En primer año, participaron 54 adolescentes (12.4%), en segundo año, 63 (14.4%), en tercer año, 100 (22.9%), en cuarto año, 131 (30.0%), y en quinto año, 88 (20.2%). Cabe destacar que el grupo

más numeroso estuvo conformado por estudiantes de cuarto año de secundaria.



Fuente: elaboración propia (Encuesta).

- Convivencia familiar: los resultados indican que el 58.3% de los adolescentes, es decir, 254, viven con ambos padres (ya sea hijo único o con hermanos). Por otro lado, el 28.7% (125) vive solo con su madre (incluido padrastros y hermanastros), mientras que el 4.6% (20) reside solo con su padre (incluido madrastras y hermanastros). Además, el 5.0% (22) comparte su hogar solo con sus hermanos, el 2.8% (12) vive con otros parientes como abuelos, tíos o primos, y el 0.7% (3) convive con personas como padrinos o madrinas que no tienen parentesco directo con ellos. Ningún adolescente (0%) informó vivir completamente solo.



Fuente: elaboración propia (Encuesta).

b) Interpretación: variables involucradas.

Nuestro segundo y tercer objetivo específico busca determinar la frecuencia de depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, respectivamente.

Estos detalles se encuentran resumidos en la tabla 7, y se exponen a continuación:

Tabla 7. Distribución de frecuencias de las variables involucradas (escala dicotómica)			
VARIABLES	ANÁLISIS UNIVARIADO		
	ni	Ni	p%
V. DEPENDIENTE			
No depresión	115	0.264	26.4%
Depresión	321	0.736	73.6%
V. INDEPENDIENTE			
Familia Funcional	115	0.264	26.4%
Familia Disfuncional	321	0.736	73.6%
TOTAL	436	1	100%

ni: frecuencia absoluta, Ni: frecuencia relativa, p%: porcentaje.

Fuente: elaboración propia (Encuesta).

- Depresión: los resultados reflejan que un total de 115 adolescentes, lo que equivale al 26.4%, no experimentan depresión. En contraste, al 73.6% de los adolescentes, que se traduce en 321, muestran depresión de los cuales, hay un predominio de casos femeninos (58%).
- Funcionalidad familiar: se puede observar que, de la muestra completa de participantes, el 26.4% de los adolescentes, lo que equivale a 115 individuos, residen en hogares considerados funcionales. En contraposición, al 73.6% de los adolescentes, un total de 321, viven en hogares que se consideran disfuncionales en diversos grados de los cuales, hay un predominio de casos femeninos (53%).

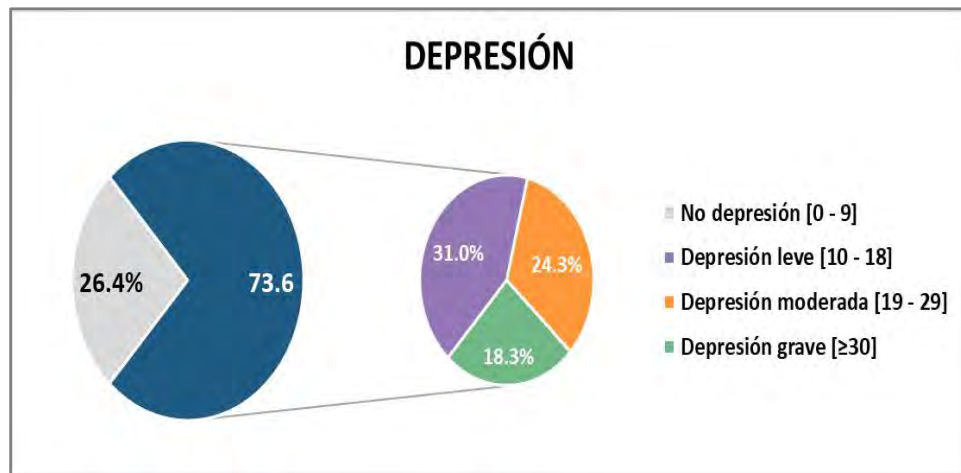
En la tabla 8 se detalla los diversos niveles de la depresión y la funcionalidad familiar, exponiéndose a continuación:

Tabla 8. Distribución de frecuencias de las variables involucradas (escala politómica)			
VARIABLES	ANÁLISIS UNIVARIADO		
	ni	Ni	p%
V. DEPENDIENTE			
No depresión	115	0.264	26.4%
Depresión leve	135	0.310	31.0%
Depresión moderada	106	0.243	24.3%
Depresión grave	80	0.183	18.3%
V. INDEPENDIENTE			
Familia Funcional	115	0.264	26.4%
FD. leve	112	0.257	25.7%
FD. moderada	73	0.167	16.7%
FD. severa	136	0.312	31.2%
TOTAL	436	1	100%

ni: frecuencia absoluta, Ni: frecuencia relativa, p%: porcentaje, FD: familia disfuncional.

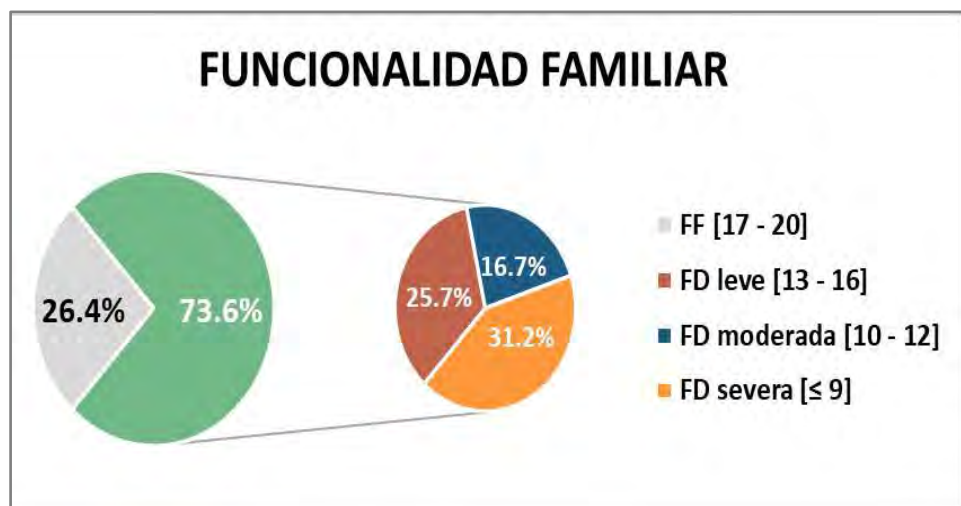
Fuente: elaboración propia (Encuesta).

- Depresión: entre los que experimentan depresión, 135 (31.0%) presentan síntomas leves, 106 (24.3%) tienen síntomas de moderada intensidad, y 80 (18.3%) muestran síntomas de depresión grave.



Fuente: elaboración propia (Encuesta).

- Funcionalidad familiar: entre aquellos en hogares disfuncionales, 112 (25.7%) exhiben niveles de disfuncionalidad leves, 73 (16.7%) presentan disfuncionalidad de intensidad moderada, y 136 (31.2%) enfrentan disfuncionalidad severa.



FF: familia funcional, FD: familia disfuncional.
Fuente: elaboración propia (Encuesta).

4.1.1.2. Análisis bivariado

- Interpretación: variables involucradas

Nuestro cuarto objetivo específico busca determinar la asociación estadística entre la depresión y la funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco.

Estos detalles se explicarán en la tabla 9, 10 y 11, y se exponen a continuación:

Tabla 9. Adolescentes con Funcionalidad Familiar o no, según presencia de depresión.						
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	DEPRESIÓN				TOTAL	
	SI		NO		ni	p%
	ni	p%	ni	p%		
FF	55	48	60	52	115	100
FD	266	83	55	17	321	100

ni: frecuencia absoluta, Ni: frecuencia relativa, p%: porcentaje, FF: familia funcional, FD: familia disfuncional.

Fuente: elaboración propia (Encuesta).

En nuestra evaluación de la tabla cruzada (tabla 9), se observa que, entre los adolescentes con síntomas depresivos, el 48% informa que viven en familias funcionales, mientras que el 83% proviene de familias disfuncionales. Por otro lado, entre los adolescentes sin síntomas depresivos, el 52% señala que viven en familias funcionales, mientras que el 17% proviene de familias disfuncionales.

Tabla 10. Pruebas de Chi cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	53,532 ^a	1	,000
Corrección de continuidad ^b	51,743	1	,000
Razón de verosimilitud	49,860	1	,000
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	53.409 ^c	1	,000
N de casos válidos	436		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 30,33.

b. Sólo se ha calculado una tabla 2x2.

c. El estadístico estandarizado es -7,308.

gl: grados de libertad.

Fuente: elaboración propia (Encuesta).

Las hipótesis específicas N° 4 planteadas en nuestro estudio son:

- H4o: No existe asociación estadística entre la depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas en la ciudad de Cusco, 2023.
- H4i: Existe asociación estadística entre la depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas en la ciudad de Cusco, 2023.

Según los resultados en la Tabla 10 de las Pruebas de Chi Cuadrado, se observa que el valor de significancia (p) es igual a 0.000 ($p < 0.05$). En consecuencia, rechazamos la hipótesis nula (H_0) y aceptamos la hipótesis alterna (H_i). Esto significa que hay evidencia estadística de una asociación entre la depresión y la funcionalidad familiar en los adolescentes de las instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco.

Tabla 11. Resultados de asociación, OR e intervalos de confianza			
VARIABLES	P	OR	IC 95%
DEPRESIÓN FUNCIONALIDAD FAMILIAR	0.000	0,190	0,119 - 0,302

p: valor de significancia de Chi Cuadrado de Pearson, OR: Odds Ratio, IC: Intervalo de Confianza
Fuente: elaboración propia (Encuesta).

En la Tabla 11, podemos observar que la medida de asociación, conocida como Odds Ratio (OR), es igual a 0.190. Dado que este valor es menor que 1, indica que la funcionalidad familiar actúa como factor protector frente a la aparición de síntomas depresivos. Además, el intervalo de confianza no incluye el valor 1, lo que indica que el OR es estadísticamente significativo.

4.1.2. Discusión

La depresión se define como un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de síntomas tales como tristeza, pérdida de interés o disfrute, sentimientos de culpabilidad, trastornos del sueño y del apetito, fatiga y dificultades de concentración ⁽¹⁾. Los adolescentes son más propensos a experimentar la depresión debido a los múltiples cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos que experimentan durante esta etapa ⁽²⁾. Varios estudios han demostrado que la disfunción familiar constituye un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión ⁽⁵⁸⁾.

El primer objetivo específico de nuestro estudio se centró en identificar las características sociodemográficas de los adolescentes que asisten a instituciones educativas públicas mixtas en la ciudad del Cusco. En cuanto a la edad, observamos que la edad promedio de los adolescentes que participaron fue de 14.73 ± 1.32 años. Además, se destacó la participación predominante de adolescentes de sexo masculino, que representaron el 53% (ni = 231) del total de participantes. Respecto al año de escolaridad, el cuarto año de secundaria fue la categoría más representativa, con un 30% (ni = 131) de los participantes. En cuanto a la estructura familiar, notamos que la mayoría de los adolescentes vivían en hogares nucleares completos, lo que representaba el 58.3% (ni = 254) de los casos. Es importante destacar que estos hallazgos concuerdan con los datos del Censo Nacional del 2017, que indican que el 51% de los adolescentes en nuestra región pertenecen al sexo masculino y que el 58.4% vivía en hogares nucleares, ya sean completos o incompletos ⁽⁵⁰⁾. Estos resultados respaldan nuestra primera hipótesis específica.

Nuestro segundo objetivo específico se enfocó en determinar la prevalencia de la depresión en los adolescentes, y encontramos que esta afectó al 73.6% de la muestra total. De estos, el 31.0% (ni = 135) experimentó síntomas de depresión en su forma leve, el 24.3% (ni = 106) en su forma moderada, y el 18.3% (ni = 80) en su forma grave. Es interesante observar que nuestros hallazgos son consistentes con investigaciones previas realizadas por Serna en 2020 en adolescentes colombianos, quien encontró que el 65.8% de los participantes presentaba algún nivel de depresión ⁽²⁵⁾. Además, Ortega en México en 2022 informó que el 59.92% de los universitarios evaluados mostraba algún grado de depresión ⁽²⁴⁾. Por otro lado, Chávez el 2023 en Perú y Mantilla el 2017 en Ecuador

encontraron que, el 17.9% de los adolescentes participantes experimentó depresión moderada ⁽²¹⁾ y el 27% experimentó depresión grave ⁽²⁷⁾, respectivamente.

Nuestros hallazgos respaldarían la predicción de la OMS acerca de la depresión, que se convertirá en la principal carga de enfermedad a nivel global para el año 2030 ⁽⁷⁾. Esto es preocupante ya que la depresión suele iniciar en la adolescencia temprana y afectar hasta la mediana edad ⁽⁸⁾, haciendo que este grupo sea especialmente vulnerable si no se mejoran las políticas de prevención y atención en salud mental en nuestra región. Además, es relevante destacar que carecemos de investigaciones que arrojen luz sobre los factores que determinan la depresión en adolescentes en nuestra área, y tampoco tenemos información sobre cómo la pandemia de COVID-19 ha influido en esta situación.

En relación con nuestro tercer objetivo específico, que consiste en determinar la prevalencia de la funcionalidad familiar en los adolescentes, nuestros hallazgos revelaron que el 26.4% (ni = 115) de los participantes residen en familias caracterizados como funcionales. En contraposición al 73.6% (ni = 321) de adolescentes que informaron vivir en familias disfuncionales, de los cuales el 25.7% (ni = 112) vive en familias con disfunción leve, el 16.7% (ni = 73) con disfunción moderada, y el 31.2% (ni = 136) con disfunción severa. Estos resultados son coherentes con un estudio realizado por Serna en Colombia en 2020, donde el 66.3% de los adolescentes informó vivir en hogares disfuncionales ⁽²⁵⁾. También, se asemejan a los hallazgos de Olivera y Calero en Perú en 2019, quienes reportaron que el 65.9% vivía en hogares disfuncionales ⁽²⁹⁾, y el 21.8% vivía en hogares con disfuncionalidad moderada ⁽³⁰⁾, respectivamente.

Estos resultados contrastan con los hallazgos de un estudio realizado por el INSM en 2013 en relación con la percepción de apoyo familiar. En ese estudio, se observó que los adolescentes informaron sentir un nivel significativo de apoyo tanto de sus madres (83.0%) como de sus padres (62.1%), así como de sus hermanos (49.6%) y maestros (39.4%). Además, la mayoría de los adolescentes expresaron de manera positiva sus vínculos familiares ⁽¹⁹⁾. Sin embargo, es preocupante que no tengamos acceso a estudios con datos actualizados sobre la dinámica familiar en nuestro país, y en particular en nuestra región, que analicen las diferentes tipologías de familias y los factores que influyen en su

funcionamiento adecuado como sistema familiar. También sería de gran relevancia realizar un análisis del impacto que la pandemia de COVID-19 tuvo en las familias, ya que afectó de manera diversa la estructura y funcionalidad familiar.

Nuestro último objetivo específico consiste en determinar la relación estadística entre la depresión y la funcionalidad familiar en los adolescentes. Los resultados de nuestro estudio indican claramente que existe una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y la funcionalidad familiar. Esto se sustenta en los valores de $X^2 = 53,532$ ($gl = 1$, $p = 0,000$) y un $OR = 0,190$ ($IC\ 95\% = 0,119 - 0,302$, $p = 0,000$). En términos más simples, esto significa que la funcionalidad familiar en el hogar actúa como un factor protector contra la aparición de síntomas depresivos en los adolescentes.

Estos resultados concuerdan con investigaciones previas realizadas por Nabayinda en Uganda en el año 2023, el cual reportó que a medida que aumenta la cohesión familiar, la depresión en niños con problemas de comportamiento disminuye ($\beta = -0.03$, $IC\ 95\% = -0.04, -0.02$, $p < 0.001$) ⁽²²⁾. Huang en China el año 2022 demostró que la funcionalidad familiar tiene un efecto directo significativo en la depresión del adolescente chino ($\beta = -0.12$, $p < 0.001$) ⁽²³⁾. Es interesante observar que nuestros resultados sean compatibles con sociedades como las de China y Uganda. China ha experimentado un rápido crecimiento económico y un cambio en la dinámica familiar debido a la eliminación de la política del hijo único en 2015. La educación de los hijos se ha convertido en una prioridad, generando presión en los niños y adolescentes ⁽²³⁾. Por otro lado, Uganda enfrenta desafíos como la pobreza, acceso limitado a servicios y, diversidad étnica y religiosa, lo que impacta en la estructura y funcionalidad familiar ⁽²²⁾. Estos factores contextuales influyen en la salud mental de los adolescentes en ambas sociedades y han generado resultados similares a los encontrados en nuestro estudio en la región del Cusco. A pesar de las diferencias en las circunstancias sociales y culturales, estos hallazgos sugieren la necesidad de realizar más investigaciones para comprender las causas subyacentes de estas similitudes inesperadas.

En un contexto latinoamericano, Chávez en Ecuador el año 2023, encontró una relación estadísticamente significativa, inversamente proporcional y de moderada intensidad entre la funcionalidad familiar y la depresión ($Rho = -0.506$, $p = 0.000$) ⁽²¹⁾. También, Serna en Colombia el 2020 encontró una asociación

estadísticamente significativa entre la depresión moderada y la disfuncionalidad familiar leve OR = 4.718 (IC 95% = 2.062-10.794, $p < 0.001$) y entre la depresión grave y la disfuncionalidad familiar severa OR = 12.222 (IC 95% = 4.225-35.354, $p < 0.001$) ⁽²⁵⁾, mientras que Mantilla en Ecuador el año 2017 estableció una relación altamente significativa entre la disfuncionalidad familiar y la depresión en adolescentes $X^2 = 43,3$ ($p = 0,0000$, gl 12) y $r = 0,694$ ($p = 0,0000$) ⁽²⁷⁾. Por último, Olivera en Perú en 2019 concluyó que los adolescentes con menor funcionalidad familiar tienden a manifestar una mayor sintomatología depresiva $X^2 = 9,692$ ($p = 0.021$, gl 3) ⁽²⁹⁾. Estos resultados sugieren la necesidad de realizar investigaciones a mayor escala para identificar las áreas problemáticas específicas que puedan servir de base para desarrollar nuevas estrategias destinadas a mejorar la salud mental de los adolescentes y de la población en general en nuestra región.

4.2. Conclusiones

1. Las características sociodemográficas de los adolescentes en nuestro estudio revelaron lo siguiente: la edad promedio de los participantes fue de 14.73 ± 1.32 años, hubo una predominancia de participantes del sexo masculino, 53% (ni = 231) de la muestra. En términos de convivencia familiar, el 58.3% (ni = 254) de adolescentes residen en hogares nucleares completos.
2. La frecuencia de depresión en los adolescentes fue del 73.6% (ni = 321). De estos, el 31.0% (ni = 135) experimentó depresión en su forma leve, el 24.3% (ni = 106) moderada y el 18.3% (ni = 80) grave. Es notable destacar que predominaron los casos femeninos, representando el 58% del total de deprimidos.
3. La frecuencia de funcionalidad familiar en los adolescentes en sus diferentes niveles se presenta de la siguiente manera: un 26.4% (ni = 115) residen en familias funcionales, mientras que un 73.6% (ni = 321) pertenece a familias disfuncionales. Dentro de este último grupo, el 25.7% (ni = 112) experimenta disfunción leve, el 16.7% (ni = 73) disfunción moderada y el 31.2% (ni = 136) disfunción severa. Es notable que las participantes femeninas predominan, representando el 53% del total, en lo que respecta a la percepción de disfuncionalidad en sus hogares.
4. Entre los adolescentes con síntomas depresivos, el 48% (ni = 55) informa que viven en familias funcionales, mientras que el 83% (ni = 266) proviene de familias disfuncionales. Por otro lado, entre los adolescentes sin síntomas depresivos, el 52% (ni = 60) señala que viven en familias funcionales, mientras que el 17% (ni = 55) proviene de familias disfuncionales.
5. Existe una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y la funcionalidad familiar $X^2 = 53,532$ (gl = 1, p = 0,000) y un OR = 0,190 (IC 95% = 0,119 - 0,302, p = 0,000), esto se traduce en que la funcionalidad familiar actúa como un factor protector contra la aparición de síntomas depresivos en los adolescentes. En otras palabras, cuando la funcionalidad familiar es mayor, la incidencia de síntomas depresivos en los adolescentes tiende a ser menor.

4.3. Sugerencias

Al Instituto Nacional de Salud Mental (INSM)

- Llevar a cabo un Estudio Epidemiológico sobre la Salud Mental en la Región del Cusco, con el fin de proporcionar un informe actualizado sobre la situación de la salud mental en nuestra localidad. Esto es esencial ya que no se ha realizado una actualización de estos datos epidemiológicos desde el año 2013.

A la Dirección Regional de Salud Cusco (DIRESA)

- Es recomendable fortalecer y mejorar las políticas de prevención y atención de la Salud Mental, centrándose especialmente en abordar el trastorno depresivo, dado que es el más prevalente.
- Se sugiere implementar una vigilancia epidemiológica más regular que tenga en cuenta los diferentes grupos de edad, con el fin de realizar un análisis exhaustivo de la Salud Mental en cada grupo.
- Instar al Gobierno Regional del Cusco a asegurar la implementación de centros de asesoramiento y atención psicológica gratuitos en las escuelas públicas para adolescentes y sus familias. Esto permitirá que puedan acceder a opciones más efectivas de manejo de situaciones adversas.

A los Centros de Atención Primaria de Salud

- Ofrecer capacitaciones regulares al personal de salud, enfocándose principalmente en las áreas de psicología y medicina familiar, con el objetivo de mejorar la identificación de adolescentes en situación de riesgo de trastorno depresivo.
- Implementar campañas continuas de promoción y prevención de la Salud Mental en instituciones educativas de la ciudad de Cusco.
- Recomendar la utilización de una variedad de cuestionarios y evaluaciones para identificar y detectar a adolescentes en riesgo de experimentar trastornos depresivos, y a hogares en riesgo de convivir en entornos familiares disfuncionales.

A las Instituciones Educativas

- Solicitar a las autoridades correspondientes que establezcan un departamento de psicología especializado en niños y adolescentes en las

instituciones educativas públicas. Esto tiene como objetivo impulsar iniciativas de prevención, promoción y detección temprana de trastornos depresivos y disfunciones familiares en el entorno escolar.

- Impartir formación periódica al cuerpo docente acerca de las manifestaciones y progresión del trastorno depresivo. Además, coordinar esfuerzos con el departamento de psicología para prevenir, fomentar y detectar precozmente los trastornos depresivos y las problemáticas familiares en el contexto escolar.
- Es fundamental promover la concienciación entre los padres de familia sobre la relevancia de mantener una buena salud mental en el ámbito familiar, a través de actividades como las escuelas para padres, ya que esto conlleva numerosos beneficios para el crecimiento integral de todos sus miembros. Esta iniciativa debe llevarse a cabo con la colaboración activa tanto del departamento de psicología como del cuerpo docente.
- Establecer plataformas donde los adolescentes puedan expresar sus opiniones y tomar medidas con el fin de promover la identificación de síntomas de depresión y signos de disfunción en sus familias.

A la Sociedad y las Familias

- Es crucial comprender que la construcción de familias funcionales es de suma importancia para promover el bienestar emocional de sus miembros, fomentar el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación, prevenir trastornos psicológicos y conductuales, y contribuir a la creación de una sociedad en general más saludable. Las familias que funcionan adecuadamente desempeñan un papel esencial en la salud mental y emocional tanto a nivel individual como colectivo.
- Reconocer a los adolescentes dentro del entorno familiar que muestren indicios o manifestaciones coincidentes con trastornos depresivos, sin estigmatizarlos ni dificultar la detección temprana por parte del personal de salud.
- Es aconsejable que los padres promuevan momentos de diálogo y recreación con sus hijos, busquen adaptarse a circunstancias estresantes dentro de la dinámica familiar, fomenten la existencia de apoyo mutuo entre todos los miembros, y refuercen los lazos de afecto, cariño y respeto entre los integrantes.

- Se recomienda que, si existen dudas respecto a términos relacionados con la salud mental o si se enfrentan a situaciones estresantes en el entorno familiar, se busque orientación y asesoramiento a través de consultas en el área de psicología y medicina familiar para obtener orientación y explorar soluciones adecuadas a su situación actual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Toshi LR, Toshi LR, Eileen VH. Depresión: situación actual. Rev.Fac.Med.Hum [Internet]. 6 de mayo de 2022 [citado el 20 de abril de 2023];17(3):78. Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1197>
2. Pardo AG, Sandoval DA, Umbarila ZD. Adolescencia y depresión. Revista Colombiana de Psicología [Internet]. 2004 [citado el 25 de abril de 2023]; (13):17-32. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401303>
3. American Psychiatric Association. Trastornos depresivos. En American Psychiatric Association, editores. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª Ed. Ciudad de Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 156-160.
4. Dessen, MA. Estudando a família em desenvolvimento: desafios conceituais e teóricos. Psicologia: Ciência e Profissão [Internet]. 2010 [citado el 20 de abril de 2023];30(spe):202. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000500010>
5. Cezar PK, Rodrigues PM, Arpini DM. A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: Vivências da Residência Multiprofissional. Psicologia: Ciência e Profissão [Internet]. 2015 [citado el 28 de abril de 2023];35(1):211. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000012014>.
6. Cogollo Z, Gómez E, De Arco O, Ruiz I, Campo-Arias A. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 2009 [citado el 28 de abril de 2023];38(4):638. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615450005>
7. The global burden of disease: 2004 update. [Internet]. Geneva, Suecia. World Health Organization; 2008 [citado 28 de abril de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43942>
8. Malhi G, Mann J. Depression. Lancet [Internet]. 2018 nov 24 [citado 20 de mayo de 2023];392(10161):2299-2312. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2).
9. Bonnot O, Buchoul H, Saddiki S. Estados depresivos en la adolescencia. EMC – Tratado de Medicina [Internet]. 6 de junio de 2022 [citado el 20 de mayo de 2023]; 26(2):1-7. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(22\)46460-9](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(22)46460-9).
10. Shorey S, Ng ED, Wong CHJ. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis.

- Br J Clin Psychol [Internet]. 2022 jun [citado 20 de mayo de 2023];61(2):287-305. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/bjc.12333>.
11. Benjet C, Borges G, Blanco J, Rojas E, Fleiz E, Méndez E. et al. La Encuesta de Salud Mental en adolescentes de México. En: Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, eds. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe [Internet]. Ciudad de Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2009 [citado 03 de mayo de 2023]; p.90-100. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf>
 12. Posada J, Gómez F, Gómez L. et al. Encuesta Nacional de Salud Mental - Colombia 2003: Trastornos del ánimo [Internet]. Bogotá, Colombia. Ministerio de Protección Social; 2003 [citado 05 de mayo de 2023]; p.43-46. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Informe%20final%20ENSM%202003.pdf>
 13. Departamento de Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009 – 2010: Resumen Ejecutivo y Equipo de Trabajo [Internet]. Santiago, Chile. Ministerio de Salud; 2010 [citado 05 de mayo de 2023]; p.36-47. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
 14. Sausa M. Menores ocupan el 70% de atenciones en salud mental [infografía]. 2018 [citado 20 de abril 2023] Recuperado de: <https://peru21.pe/peru/cifras-salud-mental-peru-menores-ocupan-70-atenciones-infografia-394376#>
 15. Saavedra J, et al. Estudio epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao – Replicación 2012: Informe general. [Internet]. Lima, Perú. Instituto Nacional de Salud Mental; 2013. Recuperado de: <http://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20asm%20-eesm%20-lm.pdf>
 16. Álvarez M. Estudio epidemiológico de Salud Mental en niños y adolescentes en Lima Metropolitana en el contexto de la COVID - 19: Informe general [Internet]. Lima, Perú. Instituto Nacional de Salud Mental; 2021. Recuperado de: [https://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/ notes/EESM_Ninos_y_Adolescentes_en_LM_ContextoCOVID19-2020.pdf](https://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/notes/EESM_Ninos_y_Adolescentes_en_LM_ContextoCOVID19-2020.pdf)
 17. Saavedra J, et al. Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003: Informe general [Internet]. Lima, Perú. Instituto Nacional de Salud Mental; 2003. Recuperado de: <https://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2003-ASM-EESM-SP/files/res/downloads/book.pdf>

18. Saavedra J, et al. Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Selva Rural 2009: Informe general [Internet]. Lima, Perú. Instituto Nacional de Salud Mental; 2012. Recuperado de: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2009-ASM-EESM-SR.pdf>
19. Saavedra J, et al. Estudio epidemiológico de Salud Mental en las ciudades de Cusco y Huancayo 2011: Informe general [Internet]. Lima, Perú. Instituto Nacional de Salud Mental; 2013. Recuperado de: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3676541/Estudio%20Epidemiol%C3%B3gico%20de%20Salud%20Mental%20en%20las%20ciudades%20de%20Cusco%20y%20Huancayo%202011.pdf.pdf>
20. Dirección Regional de Salud del Cusco. Reporte de atenciones de trastorno depresivo de adolescentes del departamento de Cusco [informe interno]. 2023. Dirección Regional de Salud del Cusco, Cusco, Perú.
21. Chávez A, Lima D. Depresión, ansiedad, estrés y funcionalidad familiar en adolescentes de una unidad educativa de Guayaquil. REE [Internet]. 28 de abril de 2023 [citado 27 de junio de 2023];17(2):33-45. Disponible en: <https://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/514>
22. K Nabayinda J, Kizito S, Ssentumbwe V, Namatovu P, Sensoy Bahar O, Damulira C, et al. The Relationship Between Family Cohesion and Depression Among School-Going Children With Elevated Symptoms of Behavioral Challenges in Southern Uganda. Journal of Adolescent Health [Internet] 2023 [citado el 20 de mayo de 2023]; 72(5S): S11-S17. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.12.016>
23. Huang X, Hu N, Yao Z, Peng B. Family functioning and adolescent depression: A moderated mediation model of self-esteem and peer relationships. Front Psychol [Internet]. 2022 Aug 9 [citado 17 de julio de 2023];13:962147. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.962147>
24. Ortega M, Montes de Oca L, Trujillo V. Depresión y funcionalidad familiar en estudiantes de la Facultad de Ciencias Agrícolas de la UAEMéx." MIUAEM [Internet], 25 octubre de 2022 [citado 27 de mayo de 2022];10(2): 11-18. Disponible en: <https://doi.org/10.36677/medicinainvestigacion.v10i2.2006>
25. Serna D, Terán C, Vanegas A, Medina O, Blandón M, Cardona D. Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. Rev haban cienc méd [Internet]. Octubre de 2020 [citado el 03 de mayo 2023];19(5): 31-53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000600016

26. Simpson EG, Vannucci A, Ohannessian CM. Family functioning and adolescent internalizing symptoms: A latent profile analysis. *J Adolesc* [Internet]. 2018 Apr [citado el 01 de junio 2023];64: 136-145. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.02.004>
27. Mantilla M, Alomaliza C. La disfuncionalidad familiar y los niveles de depresión en adolescentes de una unidad educativa rural en Ambato, Ecuador. *ENIAC* [Internet]. 23 de diciembre de 2017 [citado 28 de junio de 2023];6(2):315-24. Disponible en: <https://ojs.eniac.com.br/index.php/EniacPesquisa/article/view/471>.
28. Bodner N, Kuppens P, Allen NB, Sheeber LB, Ceulemans E. Affective family interactions and their associations with adolescent depression: A dynamic network approach. *Dev Psychopathol.* [Internet]. 2018 oct [citado el 01 de junio 2023];30(4): 1459-1473. O Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0954579417001699>.
29. Olivera A, Rivera E, Gutiérrez M, Méndez J. Funcionalidad familiar en la depresión de adolescentes de la Institución Educativa Particular "Gran Amauta de Motupe" Lima, 2018. *Rev. Estomatol. Herediana* [Internet]. 2019 jul [citado el 27 de junio de 2023];29(3):189-195. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/reh.v29i3.3602>.
30. Calero C, Palomino L, Moro L. Depresión en adolescentes asociados a migración familiar, familia disfuncional y bullying en Huánuco 2018. *Revista Peruana de Investigación en Salud* [Internet]. 2019 [citado 28 de junio de 2023];3(4):180-187. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=635767697006>.
31. Hawton K, Casañas I Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord* [Internet]. 2013 May [citado 05 de mayo de 2023];147(1-3):17-28. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.004>
32. Gobierno Regional del Cusco. Plan Regional de la Juventud Cusco al 2021. Ciudad del Cusco: Consejo Regional de la Juventud, Asamblea Regional de Jóvenes; 2018.
33. The World Medical Association. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Declaración de Helsinki de la AMM [Internet], 21 de marzo de 2017 [citado el 17 de abril 2023]. Recuperado de: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
34. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología [Internet]. CMP [citado 29 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2020/01/CODIGO-DE-ETICA-Y-DEONTOLOG%C3%8DA.pdf>
35. Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes:

- Estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar: Resumen ejecutivo [Internet]. Ginebra, Suecia. Organización Mundial de la Salud; 2021 [citado 05 de julio de 2023]; p.6-14. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341147>
36. Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades - Psiquiatría. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes [Internet]. Lima, Perú. Instituto Nacional de Salud del Niño; 2020 [citado 05 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2020/RD%20N%C2%B0%20000189-2020-DG-INSNSB%20GPC%20Depresi%C3%B3n%202020.pdf>
 37. Johnson D, Dupuis G, Piche J, Clayborne Z, Colman I. Adult mental health outcomes of adolescent depression: A systematic review. *Depress Anxiety* [Internet]. 2018 Aug [citado 07 de julio de 2023];35(8):700-716. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/da.22777>.
 38. Rey J, Bella T, Jing L. Depresión en niños y adolescentes. En Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra, Suiza. Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines; 2017 [citado 10 de julio de 2023]. Disponible en: <https://iacapap.org/Resources/Persistent/883344f93c51becb1a17259846a99aa88abdc7ec/E.1-Depresi%C3%B3n-Spanish-2017.pdf>
 39. Polaino A, Domènech E, García A, Ezpeleta L. Las depresiones infantiles. 1° ed. Ciudad de Madrid: Ediciones Morata, S.L; 1988.
 40. The National Advisory Mental Health Council Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention Development and Deployment. Blueprint for Change: Research on Child and Adolescent Mental Health [Internet]. Washington, EE. UU. National Institute of Mental Health; 2001 [citado el 17 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/about/advisory-boards-and-groups/namhc/reports/blueprint-for-change-research-on-child-and-adolescent-mental-health>.
 41. Ferrari P. La dépression d'infériorité chez l'adolescent. En: Ferrari P, Braconnier A, editores. Tratado europeo de psiquiatría y psicopatología del niño y del adolescente. Ciudad de Paris: Editorial Lavoisier; 2012. p. 560-568.
 42. Barbeito S, Vega P, Sánchez-Gutiérrez T, Becerra JA, González-Pinto A, Calvo A. A systematic review of suicide and suicide attempts in adolescents with psychotic disorders. *Schizophr Res* [Internet]. 2021 Sep [citado 10 de julio de 2023];235:80-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.07.029>.

43. Beck A. Terapia cognitiva de la depresión. 1° ed. Ciudad de El Salvador: Editorial Desclée de Brouwer; 1983.
44. Romaní O, Feixa C, Martínez Á, Brignoni S. Malestares y subjetividades adolescentes: Una aproximación desde la salud mental colectiva. 1° ed. Ciudad de Barcelona: Editorial UOC, S.L; 2018.
45. Vicente E. Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos. 2° ed. Ciudad de El Salvador: Editorial Siglo XXI de España Editores, S.A; 1998.
46. Asamblea Mundial de la Salud, 57. La familia y la salud en el contexto del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia: informe de la Secretaría [Internet]. Ginebra, Suecia. Organización Mundial de la Salud; 2004 [citado 10 de julio de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/21232>
47. Morales F, Moya C. ¿Te suena familiar? Guía para la Familia [Internet]. Santiago, Chile. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2015 [citado 11 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/chile/media/4761/file/Te%20suena%20familiar.pdf>
48. Huamán J, Alburquerque F, Guillén R. Manual de Terapia Multifamiliar: Una guía para que la familia contribuya a la rehabilitación de las personas con discapacidad derivada de un trastorno mental [Internet]. Lima, Perú. Instituto Nacional de Salud Mental; 2011 [citado 12 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/manuales/M-2011-TM.pdf>
49. Pereira R. Manual de terapia Familiar Sistémica: Las bases de la Terapia Familiar. 1°ed. Ciudad de Andalucía: Ediciones Morata, S.L; 2023.
50. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censo Nacional 2017. En: Perú: Tipos y ciclos de vida de los hogares [Internet]. Ciudad de Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2017 [citado el 11 de julio de 2023]; p.63-76. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1711/
51. Sáenz M, Ascanio C, Farías N, Camacho Á, Martínez J, Sánchez M. Medicina, Amor y Familia. 1° ed. Ciudad de Bogotá: Centro Editorial Facultad de Medicina; 2017.
52. Liddle H, Santisteban D, Levant R, Bray J. (2002). Family psychology: science-based interventions. 1° ed. Ciudad de Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001.

53. Pandey A, Hale D, Das S, Goddings A, Blakemore S, Viner R. Effectiveness of Universal Self-regulation-Based Interventions in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2018 jun 1 [citado el 14 de julio de 2023];172(6):566-575. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics>.
54. Weintraub M, Schneck C, Posta F, Merranko J, Singh M, Chang K, Miklowitz DJ. Effects of family intervention on psychosocial functioning and mood symptoms of youth at high risk for bipolar disorder. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2022 feb [citado el 13 de julio de 2023];90(2):161-171. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/ccp0000708>
55. Wiley J. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Family Studies*, 4° ed. Ciudad de Barcelona: Editorial John Wiley & Sons, Inc; 2016.
56. Gorostiaga A, Aliri J, Balluerka N, Lameirinhas J. Parenting Styles and Internalizing Symptoms in Adolescence: A Systematic Literature Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 Sep 1 [citado el 13 de julio de 2023];16(17):3192. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph16173192>
57. Yap M, Pilkington P, Ryan S, Jorm A. Parental factors associated with depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2014 Mar [citado el 12 de julio de 2023];156:8-23. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.007>
58. Guerrero D, Salazar D, Constain V, Pérez A, Pineda C, García H. Association between Family Functionality and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Korean J Fam Med* [Internet]. 2021 Mar [citado el 14 de julio de 2023];42(2):172-180. Disponible en: <https://doi.org/10.4082/kjfm.19.0166>
59. Enríquez R, Pérez G, Ortiz R, Cornejo Y, & Chumpitaz H. Disfuncionalidad familiar y depresión del adolescente: una revisión sistemática entre los años 2016-2020. *Revista Conrado* [Internet]. 2020 [citado el 14 de julio de 2023];17(80):277-282. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442021000300277&lng=es&tlng=es
60. Beck A, Steer R, Brown G. *Inventario de Depresión de Beck: BDI II Manual*. 2° ed. Ciudad de Argentina: Paidós México, 2006.
61. Beck A. *Terapia cognitiva de la depresión*. 2° ed. Ciudad de El Salvador: Editores Desclée de Brouwer; 1983.
62. Lee EH, Lee SJ, Hwang ST, Hong SH, Kim JH. Reliability and Validity of the Beck Depression Inventory-II among Korean Adolescents. *Psychiatry Investig* [Internet].

- 2017 Jan [citado el 19 de julio de 2023];14(1):30-36. Disponible en: <https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.1.30>
63. Contreras J, Hernández L, Freyre M. Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia Psicológica* [Internet]. 2015 [citado el 19 de julio de 2023];33(3):195–203. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000300004>
64. Lee A, Park J. Diagnostic Test Accuracy of the Beck Depression Inventory for Detecting Major Depression in Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Nurs Res* [Internet]. 2022 nov [citado el 19 de julio de 2023];31(8):1481-1490. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/10547738211065105>
65. Campo A, Caballero C. Confirmatory factor analysis of the family APGAR questionnaire. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2021 oct-dic [citado el 19 de julio de 2023];50(4):234-237. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2021.10.002>
66. Fukui C, Sakka M, Amiya RM, Sato I, Kamibeppu K. Validation of family conflict scales for family caregivers of persons with dementia in long-term care facilities and exploration of family conflicts and support. *Int Psychogeriatr* [Internet]. 2018 May [citado el 19 de julio de 2023];30(5):749-759. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S1041610217002356>
67. *Descriptores en Ciencias de la Salud. Familia* [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo: BIREME / OPS / OMS. 2017 [citado 2017 Jul 19]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=23905&filter=ths_termall&q=familia#Concepts
68. *Descriptores en Ciencias de la Salud: Depresión* [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo: BIREME / OPS / OMS. 2017 [citado 2017 Jul 19]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=3883&filter=ths_termall&q=depresi%C3%B3n#Concepts
69. *Descriptores en Ciencias de la Salud: Adolescencia* [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo: BIREME / OPS / OMS. 2017 [citado 2017 Jul 19]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=29315&filter=ths_termall&q=adolescencia#Concepts
70. Decreto Ley N° 26102. Código de los niños y adolescentes: Art I Definición de adolescente [Internet]. Ciudad de Lima. Gobierno del Perú. 1993. [citado el 13 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www4.congreso.gob.pe/comisiones/1998/mujer/cna.htm>

71. Diccionario de la lengua española. Depresión. RAE [citado el 20 de julio de 2023].
Disponible en: <https://dle.rae.es/depresión>
72. Diccionario de la lengua española. Edad. RAE [citado el 31 de mayo de 2023].
Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
73. Diccionario de la lengua española. Sexo. RAE [citado el 31 de mayo de 2023].
Disponible en: <https://dle.rae.es/sexo>
74. Diccionario de la lengua española. Escolaridad. RAE [citado el 31 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/escolaridad>
75. Diccionario de la lengua española. Convivir. RAE [citado el 31 de mayo de 2023].
Disponible en: <https://dle.rae.es/convivir>
76. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Concepción o elección del diseño de investigación. En: Toledo MA, coordinador. Metodología de la Investigación. 6ª ed. México D.F: McGraw-Hill; 2014. p. 126-168.
77. Supo J. Tipo de investigación. En Supo J. coordinador. Seminarios de Investigación Científica. 1ª ed. Perú: Bioestadístico.com; 2012. p. 1.
78. I. E. P. A. C. Nuestra Señora de Fátima. Reporte de estudiantes matriculados al nivel secundario año 2023 [informe interno]. 2023. I. E. P. A. C. Nuestra Señora de Fátima, Cusco, Perú.
79. I. E. P. Mx. Viva el Perú. Reporte de estudiantes matriculados al nivel secundario año 2023 [informe interno]. 2023. I. E. P. Mx. Viva el Perú, Cusco, Perú.

ANEXOS

ANEXO 1.- Matriz de consistencia

Título: “DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2023”				
PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es la relación entre la depresión y la funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, 2023?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>PE1: ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, 2023?</p> <p>PE2: ¿Cuál es la frecuencia de depresión en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, 2023?</p> <p>PE3: ¿Cuál es la frecuencia de funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, 2023?</p> <p>PE4: ¿Cuál es la asociación estadística entre la depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, 2023?</p>	<p>Objetivos General</p> <p>Determinar la relación entre la depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, 2023.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>OE1: Identificar las características sociodemográficas de los adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, 2023.</p> <p>OE2: Determinar la frecuencia de depresión en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, 2023.</p> <p>OE3: Determinar la frecuencia de funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, 2023.</p> <p>OE4: Determinar la asociación estadística entre la depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, 2023.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Existe relación entre la depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, 2023.</p> <p>Hipótesis Específica</p> <p>HE1: En las características sociodemográficas de los adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, predomina el sexo masculino y la convivencia familiar nuclear con hijos.</p> <p>HE2: La frecuencia de depresión en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, supera el 50%.</p> <p>HE3: La frecuencia de funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco, no supera el 50%.</p> <p>HE4: La asociación estadística entre la depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco es, significativa e inversamente proporcional.</p>	<p>VARIABLES</p> <p>VARIABLES implicadas:</p> <p>Dependiente Depresión</p> <p>Independiente Funcionalidad familiar</p> <p>VARIABLES no implicadas:</p> <p>Edad Sexo Año de escolaridad Convivencia familiar</p>	<p>METODOLOGÍA</p> <p>Diseño Metodológico</p> <p>Tipo de investigación: Será correlacional.</p> <p>Diseño de la investigación: Será no experimental, de corte transversal, analítico.</p> <p>Población y Muestra</p> <p>Población de estudio: Se estima que la población comprenderá de un total 456 adolescentes de 2 instituciones educativas públicas mixtas de la ciudad del Cusco.</p> <p>Técnicas e instrumento: Se utilizará la encuesta y el instrumento será un cuestionario estructurado, para identificar la depresión y funcionalidad familiar, por consiguiente, se tendrá: encuesta sociodemográfica, Inventario de Depresión de Beck (BDI - II) y la Escala de APGAR familiar.</p>

ANEXO 2.- Instrumento de investigación

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado padre, madre o tutor:

Me dirijo a usted en calidad de investigador académico para solicitar su consentimiento informado para la participación de su hijo/a en un estudio de investigación que se llevará a cabo dentro de la Institución Educativa [nombre del colegio] durante [periodo de tiempo].

El propósito de esta investigación es “Determinar la relación entre la depresión y la funcionalidad familiar en adolescentes”. Se investigará sobre la importancia que guarda la depresión en los adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar. Los resultados obtenidos a través de este estudio podrían contribuir al conocimiento científico en la psiquiatría infantil y adolescente y en la medicina familiar.

La participación de su hijo/a en este estudio es completamente voluntaria. Si decide otorgar su consentimiento, su hijo/a será incluido/a en las actividades de investigación mencionadas anteriormente. A continuación, se proporciona información importante sobre el estudio:

1. Procedimiento: se utilizará una ficha de recolección de datos que constará de tres partes: 1. Datos sociodemográficos, 2. Inventario de depresión de Beck (BDI – II) y 3. Escala de APGAR Familiar.
2. Confidencialidad y privacidad: todos los datos recopilados durante el estudio serán tratados de forma confidencial y anónima. La información recolectada se utilizará únicamente para fines de investigación y se mantendrá bajo estrictas medidas de seguridad.
3. Beneficios y riesgos: no se anticipan riesgos significativos asociados con la participación en este estudio. Sin embargo, su hijo/a puede beneficiarse al adquirir conocimientos adicionales o al contribuir al avance de la investigación en este campo.
4. Retirada voluntaria: usted tiene el derecho de retirar a su hijo/a del estudio en cualquier momento, sin ninguna consecuencia negativa o perjuicio para él/ella.
5. Preguntas y contacto: si tiene alguna pregunta o inquietud acerca del estudio, puede comunicarse conmigo, Br. Tracy J Huanca Pompilla, en el correo electrónico institucional: 131721@unsaac.edu.pe.

Al firmar este formulario, usted está indicando que ha leído y comprendido la información proporcionada anteriormente y que da su consentimiento para la participación de su hijo/a en el estudio. También entiende que su hijo/a puede retirarse del estudio en cualquier momento sin ninguna repercusión negativa.

Agradecemos su participación y apoyo en este estudio. Su colaboración es fundamental para llevar a cabo una investigación rigurosa y significativa. Si está de acuerdo con la participación de su hijo/a, le agradeceríamos que firme y envíe este formulario con su mejor hijo/a de vuelta con nosotros.

Firma del padre, madre o tutor y DNI

Fecha: _____

¡Muchas gracias por contribuir en el avance de la investigación científica en nuestra región!

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) estudiante:

Te invitamos a participar en un estudio de investigación que se llevará a cabo en la institución educativa [nombre del colegio]. **Este estudio tiene como objetivo “Determinar la relación entre la depresión y la funcionalidad familiar en adolescentes”.**

Para garantizar tu protección y bienestar, es necesario obtener tu consentimiento informado antes de tu participación. Lee atentamente la siguiente información y firma al final si estás de acuerdo en participar en este estudio.

Título del estudio: “DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2023”

Investigador Principal: Br. Tracy J Huanca Pompilla.

Institución: Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco (Facultad de Medicina Humana).

Procedimiento del estudio:

1. Descripción del estudio: se investigará sobre la importancia que guarda la depresión en los adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar, para ello se utilizará una ficha de recolección de datos que constará de tres partes: 1. Datos sociodemográficos, 2. Inventario de depresión de Beck (BDI – II) y 3. Escala de APGAR Familiar.
2. Participación voluntaria: tu participación en este estudio es completamente voluntaria. Tienes el derecho de negarte a participar o retirarte en cualquier momento sin ninguna consecuencia negativa.
3. Confidencialidad y privacidad: Toda la información recopilada durante el estudio será tratada de manera confidencial y se utilizará únicamente para fines de investigación. La información se mantendrá anónima y los datos se almacenarán de manera segura.
4. Riesgos y beneficios: no se anticipan riesgos significativos asociados con la participación en este estudio. Debemos resaltar los posibles beneficios que se puede obtener tu participación, como la contribución al conocimiento científico y la posible mejora en los conocimientos de este tema de investigación en nuestra región.
5. Preguntas y aclaraciones: si tiene alguna pregunta o deseas obtener más información sobre el estudio, puede comunicarse conmigo, Br. Tracy J Huanca Pompilla, en el correo electrónico institucional: 131721@unsaac.edu.pe.

Al firmar este formulario, usted está indicando que ha leído y comprendido la información proporcionada anteriormente y que da su consentimiento para la participación de su hijo/a en el estudio. También entiende que su hijo/a puede retirarse del estudio en cualquier momento sin ninguna repercusión negativa.

Firma del estudiante: _____

Fecha: _____

Gracias por considerar participar en este estudio de investigación. Tu contribución es valiosa y nos ayudará a avanzar en el conocimiento en esta área.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2023”

Estimado participante, le saludo cordialmente. Estoy llevando a cabo una investigación titulada " Depresión y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de instituciones educativa públicas mixtas de la ciudad del Cusco, 2023". El objetivo de este estudio es determinar la relación entre la depresión y la funcionalidad familiar. Quiero enfatizar que toda la información proporcionada será tratada de manera anónima, confidencial y voluntaria. Por lo tanto, le pido que responda las preguntas con honestidad. Los resultados obtenidos serán utilizados únicamente por el investigador para los fines de la investigación. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, todas las respuestas son válidas.

A continuación, encontrará una encuesta dividida en tres partes. Por favor, complete la información solicitada y seleccione la alternativa que mejor se ajuste a su caso.

I. ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

1. ¿Cuál es su edad?:
.....
.....
2. ¿A qué sexo pertenece?
a) Femenino.
b) Masculino.
3. ¿Qué grado escolar está cursando actualmente?
.....
.....
4. ¿Con quién convive actualmente?
a) Ambos padres.
b) Sólo madre
c) Sólo padre
d) Hermanos.
e) Otros familiares (especifique)
.....
.....
- f) Otras personas (especifique)
.....
.....
- g) Solo.
5. ¿Tienes hermano (a) (s) en otro (s) grado (s) del nivel secundario dentro de la [Nombre del colegio]?
a) Si (especifique, ¿En qué grado?)
.....
.....
b) No

II. CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN

El siguiente cuestionario contiene 21 afirmaciones. Por favor, lea cuidadosamente cada uno de ellos y luego elija una afirmación que mejor describa cómo se ha sentido en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

1. Tristeza
 - (0) No me siento triste
 - (1) Me siento triste gran parte del tiempo.
 - (2) Estoy triste todo el tiempo.
 - (3) Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
2. Pesimismo
 - (0) No estoy desanimado respecto a mi futuro.
 - (1) Me siento más desanimado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
 - (2) No espero que las cosas funcionen para mí.
 - (3) Siento que no hay esperanzas para mi futuro y que sólo puede empeorar.
3. Sensación de fracaso
 - (0) No me siento como un fracasado.
 - (1) He fracasado más que la mayoría de las personas.
 - (2) Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
 - (3) Siento que como persona soy un fracaso total.
4. Pérdida de Placer
 - (0) Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
 - (1) No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
 - (2) Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
 - (3) No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
5. Sentimientos de culpa
 - (0) No me siento particularmente culpable.
 - (1) Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
 - (2) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 - (3) Me siento culpable todo el tiempo.
6. Sentimientos de Castigo
 - (0) No siento que estoy siendo castigado.
 - (1) Siento que tal vez pueda ser castigado.
 - (2) Espero ser castigado.
 - (3) Siento que estoy siendo castigado.
7. Disconformidad con Uno Mismo
 - (0) No estoy decepcionado de mí mismo.
 - (1) He perdido la confianza en mí mismo.
 - (2) Estoy decepcionado conmigo mismo.
 - (3) No me gusto a mí mismo.
8. Autocrítica
 - (0) No me critico ni me culpo más de lo habitual.
 - (1) Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
 - (2) Me critico a mí mismo por todos mis errores.
 - (3) Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9. Pensamientos o Deseos Suicidas
 - (0) No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 - (1) He tenido pensamientos de suicidarme, pero no lo haría.
 - (2) Querría suicidarme.
 - (3) Me suicidaría si tuviese la oportunidad de hacerlo.
10. Llanto
 - (0) No lloro más de lo que solía hacerlo.
 - (1) Lloro más de lo que solía hacerlo.
 - (2) Lloro por cualquier pequeñez.
 - (3) Siento ganas de llorar, pero no puedo.
11. Agitación
 - (0) No estoy más inquieto o tenso de lo habitual.
 - (1) Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
 - (2) Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.

(3) Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

(0) No he perdido el interés en otras actividades o personas.

(1) Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

(2) He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

(3) Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

(0) Tomo mis decisiones tan bien como siempre.

(1) Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.

(2) Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

(3) Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvaloración

(0) No siento que yo no sea valioso.

(1) No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.

(2) me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

(3) Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

(0) Tengo tanta energía como siempre.

(1) Tengo menos energía que la que solía tener.

(2) No tengo suficiente energía para hacer demasiado.

(3) No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

(0) No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

(1a) Duermo un poco más que lo habitual.

(1b) Duermo un poco menos que lo habitual.

(2a) Duermo mucho más que lo habitual.

(2b) Duermo mucho menos que lo habitual.

(3a) Duermo la mayor parte del día.

(3b) Me despierto 1 - 2 horas más temprano o no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad (enojo)

(0) No estoy más irritable que lo habitual.

(1) Estoy más irritable que lo habitual.

(2) Estoy mucho más irritable que lo habitual.

(3) Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

(0) No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

(1a) Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

(1b) Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

(2a) Mi apetito es mucho menor que lo habitual.

(2b) Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.

(3a) No tengo apetito en absoluto.

(3b) Quiero comer todo el tiempo

19. Dificultades de Concentración

(0) Puedo concentrarme tan bien como siempre.

(1) No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.

(2) Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

(3) Encuentro que no puedo concentrarme en nada

20. Cansancio o Fatiga

(0) No estoy más cansado ni fatigado que lo habitual.

(1) Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

(2) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

(3) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de interés en el sexo

(0) No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

(1) Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

(2) Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.

(3) He perdido completamente el interés en el sexo.

III. ENCUESTA FAMILIAR

El siguiente cuestionario contiene una serie de situaciones que pueden o no ocurrir en su familia. Por favor, indique con una marca según lo que considere apropiado.

0: nunca, 1: casi nunca, 2: algunas veces, 3: casi siempre, 4: siempre.

Situaciones	0	1	2	3	4
1. ¿Me siento satisfecho(a) con el apoyo que recibo de mi familia cuando enfrento algún problema o tengo alguna necesidad?					
2. ¿Me siento satisfecho(a) con la forma en que en mi familia nos comunicamos y compartimos nuestros problemas?					
3. ¿Me siento satisfecho(a) con la aceptación y apoyo que mi familia brinda a mis deseos de emprender nuevas actividades?					
4. ¿Me siento satisfecho(a) con la forma en que en mi familia expresamos afecto y responden a mis emociones, como la rabia, tristeza, amor, entre otras?					
5. ¿Me siento satisfecho(a) con la forma en que en mi familia compartimos el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa y el manejo del dinero?					

Gracias por su participación y colaboración en esta investigación.

Atentamente, Br. Tracy J Huanca Pompilla.



ANEXO 3.- Cuadernillo de validación

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFECIONAL DE MEDICINA HUMANA



“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2023”

Autor: Br. Tracy Juany Huanca Pompilla

SOLICITUD

Estimado(a) doctor(a): _____

Le solicito amablemente su colaboración en la revisión del instrumento adjunto, que tiene como objetivo validar la encuesta que se utilizara para llevar a cabo la investigación titulada.

“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2023”

Me dirijo a usted debido a sus conocimientos y experiencia en el área. Los cuales serían de gran utilidad y proporcionarían información completa para el éxito de este trabajo de investigación.

Agradezco sinceramente su valiosa contribución y participación.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



FICHA DE VALIDACION POR EXPERTOS

**“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES
DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA
CIUDAD DEL CUSCO, 2023”**

IDENTIFICACION DEL EXPERTO:

- APELLIDOS Y NOMBRES: _____
- OCUPACIÓN, GRADO ACADEMICO Y LUGAR DE TRABAJO:

- FECHA DE VALIDACION: _____
- FIRMA Y SELLO:

En la siguiente pregunta, se le solicitará que evalúe el cuestionario con el fin de validar su contenido. Para las respuestas en las escalas tipo Likert, le pedimos que marque con una “X” la opción elegida entre las 6 opciones presentadas en los casilleros, las cuales son:

(1) Muy desacuerdo (2) En desacuerdo (3) Indeciso (4) De acuerdo (5) Muy de acuerdo



Cuestionario

1. ¿Cree Ud. que los ítems presentados en el instrumento de investigación cumplen con lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Cree Ud. que la cantidad de ítems registrados en instrumento de investigación son suficientes para poder lograr una mejor comprensión del estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Cree Ud. que los ítems contenidos en este instrumento de investigación se corresponden con las variables de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Cree Ud. que los conceptos que se usaron en el instrumento de investigación pertenecen a las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Cree Ud. que, si este instrumento de investigación se aplica a otras muestras en otras oportunidades, se podrán obtener datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Cree Ud. que los ítems que están en este instrumento de investigación tienen los mismos objetivos, conforme al tema de investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Cree Ud. que el lenguaje que se usó en el instrumento de investigación es claro, sencillo y evita interpretaciones diferentes?	1	2	3	4	5
8. ¿Cree Ud. que la estructura del instrumento de investigación es conveniente para el tipo de estudio que se realiza?	1	2	3	4	5
9. ¿Cree Ud. que las escalas de medición que fueron utilizadas tienen importancia con respecto a los objetivos estudio?	1	2	3	4	5

¿Cuáles son los elementos que necesitarían ser modificados, incrementados o suprimidos?

.....

Agradecemos anticipadamente su colaboración
 Bach. Tracy J Huanca Pompilla

 Firma y sello del experto

ANEXO 4.- Validación del instrumento de investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2023”

Autor: Br. Tracy Juany Huanca Pompilla

SOLICITUD

Estimado(a) doctor(a): Edurn Villavicencio Olarte

Le solicito amablemente su colaboración en la revisión del instrumento adjunto, que tiene como objetivo validar la encuesta que se utilizara para llevar a cabo la investigación titulada.

“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2023”

Me dirijo a usted debido a sus conocimientos y experiencia en el área. Los cuales serían de gran utilidad y proporcionarían información completa para el éxito de este trabajo de investigación.

Agradezco sinceramente su valiosa contribución y participación.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFECIONAL DE MEDICINA HUMANA

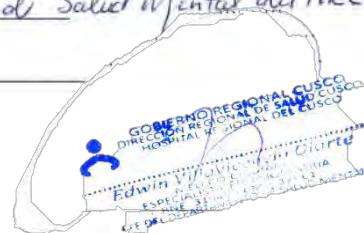


FICHA DE VALIDACION POR EXPERTOS

“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2023”

IDENTIFICACION DEL EXPERTO:

- APELLIDOS Y NOMBRES: Villavicencio Olarte Edwin
- OCUPACIÓN, GRADO ACADEMICO Y LUGAR DE TRABAJO: Médico psiquiatra, Jefe del departamento de Salud Mental del HRC
- FECHA DE VALIDACION: 10/08/23
- FIRMA Y SELLO:



En la siguiente pregunta, se le solicitará que evalúe el cuestionario con el fin de validar su contenido. Para las respuestas en las escalas tipo Likert, le pedimos que marque con una "X" la opción elegida entre las 6 opciones presentadas en los casilleros, las cuales son:

- (1) Muy desacuerdo (2) En desacuerdo (3) Indeciso (4) De acuerdo (5) Muy de acuerdo



QUESTIONARIO DE VALIDACION DADA POR EXPERTOS EN CONFORMIDAD A LA ESCALA DE LINKERT PARA EL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS



Cuestionario					
1. ¿Cree Ud. que los ítems presentados en el instrumento de investigación cumplen con lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Cree Ud. que la cantidad de ítems registrados en instrumento de investigación son suficientes para poder lograr una mejor comprensión del estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Cree Ud. que los ítems contenidos en este instrumento de investigación se corresponden con las variables de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Cree Ud. que los conceptos que se usaron en el instrumento de investigación pertenecen a las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Cree Ud. que, si este instrumento de investigación se aplica a otras muestras en otras oportunidades, se podrán obtener datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Cree Ud. que los ítems que están en este instrumento de investigación tienen los mismos objetivos, conforme al tema de investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Cree Ud. que el lenguaje que se usó en el instrumento de investigación es claro, sencillo y evita interpretaciones diferentes?	1	2	3	4	5
8. ¿Cree Ud. que la estructura del instrumento de investigación es conveniente para el tipo de estudio que se realiza?	1	2	3	4	5
9. ¿Cree Ud. que las escalas de medición que fueron utilizadas tienen importancia con respecto a los objetivos de estudio?	1	2	3	4	5

¿Cuáles son los elementos que necesitarían ser modificados, incrementados o suprimidos?

.....

Agradecemos anticipadamente su colaboración
 Bach, Tracy J Huanca Pompilla.


GOBIERNO REGIONAL CUSCO
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
 HOSPITAL REGIONAL DE SALUD MENTAL CUSCO
 Edwin [Signature]
 EXP. EN PSICOPEDAGOGÍA
 DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL
 Firma y sello del experto

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFECIONAL DE MEDICINA HUMANA



“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2023”

Autor: Br. Tracy Juany Huanca Pompilla

SOLICITUD

Estimado(a) doctor(a): Nidia M. Melgarajo Chacón

Le solicito amablemente su colaboración en la revisión del instrumento adjunto, que tiene como objetivo validar la encuesta que se utilizara para llevar a cabo la investigación titulada.

“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2023”

Me dirijo a usted debido a sus conocimientos y experiencia en el área. Los cuales serían de gran utilidad y proporcionarían información completa para el éxito de este trabajo de investigación.

Agradezco sinceramente su valiosa contribución y participación.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFECIONAL DE MEDICINA HUMANA

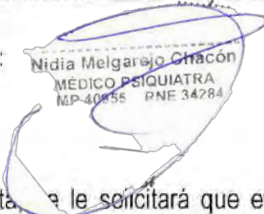


FICHA DE VALIDACION POR EXPERTOS

“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2023”

IDENTIFICACION DEL EXPERTO:

- APELLIDOS Y NOMBRES: Melgarejo Chacón Nidia
- OCUPACIÓN, GRADO ACADEMICO Y LUGAR DE TRABAJO: Médico psiquiatra del Hospital Regional
- FECHA DE VALIDACION: 17/05/23
- FIRMA Y SELLO:



En la siguiente pregunta, se le solicitará que evalúe el cuestionario con el fin de validar su contenido. Para las respuestas en las escalas tipo Likert, le pedimos que marque con una “X” la opción elegida entre las 6 opciones presentadas en los casilleros, las cuales son:

- (1) Muy desacuerdo (2) En desacuerdo (3) Indeciso (4) De acuerdo (5) Muy de acuerdo



CUESTIONARIO DE VALIDACION DADA POR EXPERTOS EN CONFORMIDAD A LA ESCALA DE LINKERT PARA EL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS



Cuestionario					
1. ¿Cree Ud. que los ítems presentados en el instrumento de investigación cumplen con lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Cree Ud. que la cantidad de ítems registrados en instrumento de investigación son suficientes para poder lograr una mejor comprensión del estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Cree Ud. que los ítems contenidos en este instrumento de investigación se corresponden con las variables de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Cree Ud. que los conceptos que se usaron en el instrumento de investigación pertenecen a las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Cree Ud. que, si este instrumento de investigación se aplica a otras muestras en otras oportunidades, se podrán obtener datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Cree Ud. que los ítems que están en este instrumento de investigación tienen los mismos objetivos, conforme al tema de investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Cree Ud. que el lenguaje que se usó en el instrumento de investigación es claro, sencillo y evita interpretaciones diferentes?	1	2	3	4	5
8. ¿Cree Ud. que la estructura del instrumento de investigación es conveniente para el tipo de estudio que se realiza?	1	2	3	4	5
9. ¿Cree Ud. que las escalas de medición que fueron utilizadas tienen importancia con respecto a los objetivos estudio?	1	2	3	4	5

¿Cuáles son los elementos que necesitarían ser modificados, incrementados o suprimidos?

.....

.....

.....

.....

Agradecemos anticipadamente su colaboración
Bach. Tracy J Huanca Pompilla.


 Nidia Meigarojo Chacón
 MÉDICO PSIQUIATRA
 CMP 40855 PNE 34284
 Firma y sello del experto

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFECIONAL DE MEDICINA HUMANA



“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2023”

Autor: Br. Tracy Juany Huanca Pompilla

SOLICITUD

Estimado(a) doctor(a): Jorge Luis Tabarez Linares

Le solicito amablemente su colaboración en la revisión del instrumento adjunto, que tiene como objetivo validar la encuesta que se utilizara para llevar a cabo la investigación titulada.

“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2023”

Me dirijo a usted debido a sus conocimientos y experiencia en el área. Los cuales serían de gran utilidad y proporcionarían información completa para el éxito de este trabajo de investigación.

Agradezco sinceramente su valiosa contribución y participación.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFECIONAL DE MEDICINA HUMANA

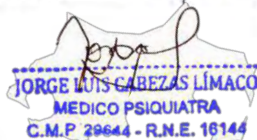


FICHA DE VALIDACION POR EXPERTOS

“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2023”

IDENTIFICACION DEL EXPERTO:

- APELLIDOS Y NOMBRES: Cabezas Limaco Jorge Luis
- OCUPACIÓN, GRADO ACADÉMICO Y LUGAR DE TRABAJO: Médico psiquiatra
- FECHA DE VALIDACION: 11/08/23
- FIRMA Y SELLO:



En la siguiente pregunta, se le solicitará que evalúe el cuestionario con el fin de validar su contenido. Para las respuestas en las escalas tipo Likert, le pedimos que marque con una “X” la opción elegida entre las 6 opciones presentadas en los casilleros, las cuales son:

- (1) Muy desacuerdo (2) En desacuerdo (3) Indeciso (4) De acuerdo (5) Muy de acuerdo



CUESTIONARIO DE VALIDACION DADA POR EXPERTOS EN CONFORMIDAD A LA ESCALA DE LINKERT PARA EL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

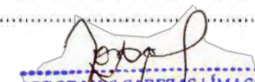


Cuestionario					
1. ¿Cree Ud. que los ítems presentados en el instrumento de investigación cumplen con lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Cree Ud. que la cantidad de ítems registrados en instrumento de investigación son suficientes para poder lograr una mejor comprensión del estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Cree Ud. que los ítems contenidos en este instrumento de investigación se corresponden con las variables de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Cree Ud. que los conceptos que se usaron en el instrumento de investigación pertenecen a las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Cree Ud. que, si este instrumento de investigación se aplica a otras muestras en otras oportunidades, se podrán obtener datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Cree Ud. que los ítems que están en este instrumento de investigación tienen los mismos objetivos, conforme al tema de investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Cree Ud. que el lenguaje que se usó en el instrumento de investigación es claro, sencillo y evita interpretaciones diferentes?	1	2	3	4	5
8. ¿Cree Ud. que la estructura del instrumento de investigación es conveniente para el tipo de estudio que se realiza?	1	2	3	4	5
9. ¿Cree Ud. que las escalas de medición que fueron utilizadas tienen importancia con respecto a los objetivos estudio?	1	2	3	4	5

¿Cuáles son los elementos que necesitarían ser modificados, incrementados o suprimidos?

.....

Agradecemos anticipadamente su colaboración
 Bach. Tracy J Huanca Pompilla.


JORGE LUIS CABEZAS LIMACO
 MEDICO PSIQUIATRA
 C.M.P. 29644 - R.N.E. 18144
 Firma y sello del experto

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFECIONAL DE MEDICINA HUMANA



“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2023”

Autor: Br. Tracy Juany Huanca Pompilla

SOLICITUD

Estimado(a) doctor(a): Liliana Sotomayor Orellana

Le solicito amablemente su colaboración en la revisión del instrumento adjunto, que tiene como objetivo validar la encuesta que se utilizara para llevar a cabo la investigación titulada.

“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2023”

Me dirijo a usted debido a sus conocimientos y experiencia en el área. Los cuales serían de gran utilidad y proporcionarían información completa para el éxito de este trabajo de investigación.

Agradezco sinceramente su valiosa contribución y participación.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



FICHA DE VALIDACION POR EXPERTOS

“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2023”

IDENTIFICACION DEL EXPERTO:

- APELLIDOS Y NOMBRES: Sotomayor Orellana Lilibiana
- OCUPACIÓN, GRADO ACADÉMICO Y LUGAR DE TRABAJO: Médico pediatra en el Hospital Regional.
- FECHA DE VALIDACION: 15/08/23
- FIRMA Y SELLO:

Lilibiana M. Sotomayor Orellana
MÉDICO PEDIATRA
C.O.P. 100775-9348-22463

En la siguiente pregunta, se le solicitará que evalúe el cuestionario con el fin de validar su contenido. Para las respuestas en las escalas tipo Likert, le pedimos que marque con una “X” la opción elegida entre las 6 opciones presentadas en los casilleros, las cuales son:

- (1) Muy desacuerdo (2) En desacuerdo (3) Indeciso (4) De acuerdo (5) Muy de acuerdo



CUESTIONARIO DE VALIDACION DADA POR EXPERTOS EN CONFORMIDAD A LA ESCALA DE LINKERT PARA EL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS



Cuestionario					
1. ¿Cree Ud. que los ítems presentados en el instrumento de investigación cumplen con lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Cree Ud. que la cantidad de ítems registrados en instrumento de investigación son suficientes para poder lograr una mejor comprensión del estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Cree Ud. que los ítems contenidos en este instrumento de investigación se corresponden con las variables de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Cree Ud. que los conceptos que se usaron en el instrumento de investigación pertenecen a las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Cree Ud. que, si este instrumento de investigación se aplica a otras muestras en otras oportunidades, se podrán obtener datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Cree Ud. que los ítems que están en este instrumento de investigación tienen los mismos objetivos, conforme al tema de investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Cree Ud. que el lenguaje que se usó en el instrumento de investigación es claro, sencillo y evita interpretaciones diferentes?	1	2	3	4	5
8. ¿Cree Ud. que la estructura del instrumento de investigación es conveniente para el tipo de estudio que se realiza?	1	2	3	4	5
9. ¿Cree Ud. que las escalas de medición que fueron utilizadas tienen importancia con respecto a los objetivos estudio?	1	2	3	4	5

¿Cuáles son los elementos que necesitarían ser modificados, incrementados o suprimidos?

Verificar el consentimiento de los padres y estudiantes.

Agradecemos anticipadamente su colaboración
Bach. Tracy J Huanca Pompilla.

Dra. Lidia M. Sotomayor G.
MÉDICO PEDIATRA
C.O.P. 100772 2916 42463

Firma y sello del experto

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2023”

Autor: Br. Tracy Juany Huanca Pompilla

SOLICITUD

Estimado(a) doctor(a):

Victor Gutiérrez Torres

Le solicito amablemente su colaboración en la revisión del instrumento adjunto, que tiene como objetivo validar la encuesta que se utilizara para llevar a cabo la investigación titulada.

“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2023”

Me dirijo a usted debido a sus conocimientos y experiencia en el área. Los cuales serían de gran utilidad y proporcionarían información completa para el éxito de este trabajo de investigación.

Agradezco sinceramente su valiosa contribución y participación.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFECIONAL DE MEDICINA HUMANA

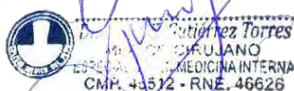


FICHA DE VALIDACION POR EXPERTOS

“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2023”

IDENTIFICACION DEL EXPERTO:

- APELLIDOS Y NOMBRES: Gutierrez Torres Victor
- OCUPACIÓN, GRADO ACADEMICO Y LUGAR DE TRABAJO: Medico internista en el Hospital Regional
- FECHA DE VALIDACION: 15/08/23
- FIRMA Y SELLO:



En la siguiente pregunta, se le solicitará que evalúe el cuestionario con el fin de validar su contenido. Para las respuestas en las escalas tipo Likert, le pedimos que marque con una “X” la opción elegida entre las 6 opciones presentadas en los casilleros, las cuales son:

(1) Muy desacuerdo (2) En desacuerdo (3) Indeciso (4) De acuerdo (5) Muy de acuerdo



CUESTIONARIO DE VALIDACION DADA POR EXPERTOS EN CONFORMIDAD A LA ESCALA DE LINKERT PARA EL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS



Cuestionario					
1. ¿Cree Ud. que los ítems presentados en el instrumento de investigación cumplen con lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Cree Ud. que la cantidad de ítems registrados en instrumento de investigación son suficientes para poder lograr una mejor comprensión del estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Cree Ud. que los ítems contenidos en este instrumento de investigación se corresponden con las variables de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Cree Ud. que los conceptos que se usaron en el instrumento de investigación pertenecen a las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Cree Ud. que, si este instrumento de investigación se aplica a otras muestras en otras oportunidades, se podrán obtener datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Cree Ud. que los ítems que están en este instrumento de investigación tienen los mismos objetivos, conforme al tema de investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Cree Ud. que el lenguaje que se usó en el instrumento de investigación es claro, sencillo y evita interpretaciones diferentes?	1	2	3	4	5
8. ¿Cree Ud. que la estructura del instrumento de investigación es conveniente para el tipo de estudio que se realiza?	1	2	3	4	5
9. ¿Cree Ud. que las escalas de medición que fueron utilizadas tienen importancia con respecto a los objetivos estudio?	1	2	3	4	5

¿Cuáles son los elementos que necesitarían ser modificados, incrementados o suprimidos?

.....

.....

.....

.....

Agradecemos anticipadamente su colaboración
Bach. Tracy J Huanca Pompilla.



 Tracy J Huanca Pompilla
 ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
 CNP. 43512 - RNE. 46626
 Firma y sello del experto

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Se utilizo en el método de “Distancia del punto medio”

PROCEDIMIENTO: se construyó una tabla donde colocamos los puntajes por ítems y sus respectivos promedios. Brindados por cinco especialidades en el tema.

Tabla 12. Médicos especialistas participantes en la validación	
ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS
MÉDICOS PSIQUIATRAS	
A	Dr. Edwin Villavicencio Olarte
B	Dra. Nidia Melgarejo Chacón
C	Dr. Jorge Luis Cabezas Limaco
MÉDICO PEDIATRA	
D	Dra. Liliana Sotomayor Orellana
MÉDICO INTERNISTA	
E	Dr. Víctor Gutiérrez Torres

Fuente: elaboración propia.

RESULTADOS:

Tabla 13. Respuestas de la validación del instrumento						
ITEMS	EXPERTO					PROMEDIO
	A	B	C	D	E	
1	5	5	5	5	5	5
2	5	5	5	5	4	4.8
3	5	5	5	5	5	5
4	5	5	5	5	5	5
5	5	5	4	5	4	4.6
6	5	5	5	5	5	5
7	5	5	5	5	5	5
8	5	5	5	5	5	5
9	5	5	5	5	5	5

Fuente: elaboración propia.

Con los promedios hallados se determinó la distancia del punto múltiple (DPP) mediante las siguientes ecuaciones:

$$DPP = \sqrt{(x + y_1)^2 + (x + y_2)^2 + \dots + (x + y_n)^2}x$$

Donde:

X = valor máximo en la escala concedido para cada ítem

Y = promedio para cada ítem

DPP =

$$\sqrt{(5 - 5)^2 + (5 - 4.8)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 4.6)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2}$$

Si DPP es igual al cero, significa que el instrumento posee una adecuación total con lo que pretende medir, por consiguiente, puede ser aplicada para obtener información.

Resultado: DPP = 0,42

Determinando la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$D(\text{máx.}) = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 - 1)^2 + \dots + (x_n - 1)^2}$$

Donde:

X = valor máximo en la escala concedido para cada ítem. Y = 1

DPP =

$$\sqrt{(5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2}$$

D(máx.) = 12

D(máx.) se dividió entre el valor máximo de la escala: 12/5

Resultado: 2.4

Con este último valor hallado se construyó una escala valorativa a partir de cero, hasta llegar al valor D máx.; dividiendo en intervalos iguales entre sí, denominados de la siguiente manera:

A = adecuación total

B = adecuación en gran medida

C = adecuación promedio

D = escasa adecuación

E = inadecuación

Tabla 14. Orden de valoración del instrumento		
ORDEN	VALORACION	PUNTAJE
A	Adecuación total	0.0 - 2.4
B	Adecuación en gran medida	2.4 - 4.8
C	Adecuación promedio	4.8 - 7.2
D	Escasa adecuación	7.2 - 9.6
E	Inadecuación	9.6 - 12

Fuente: elaboración propia.

El punto DPP se debería localizar en las zonas A o B, caso contrario la encuesta requeriría reestructuración y/o modificaciones: luego de las cuales se sometería nuevamente a juicio de expertos.

Conclusión:

El valor hallado del DPP en el estudio fue de 0.42 encontrándose en la zona A, lo cual significa **adecuación total**.

ANEXO 5.- Constancias de autorización



INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARROQUIAL DE ACCIÓN CONJUNTA "NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA"

RM 038-2 01/03/1968

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

"Año Misionero de los Laicos"

LA DIRECTORA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARROQUIAL "NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA" CON CODIGO MODULAR 1386168 DEL DISTRITO DE WANCHAQ, PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DEL CUSCO, QUE SUSCRIBE:

AUTORIZA:

Que, mediante documento del visto, la Directora de la Institución Educativa Parroquial de Acción Conjunta Nuestra Señora de Fátima, Profesora Yackeline Molina Mollapasa, en uso de sus atribuciones ha verificado el cumplimiento de los requisitos para la autorización de la ejecución del proyecto de investigación con el título: "**DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2023**", presentado por la **Bachiller TRACY JUANY HUANCA POMPILLA**, para optar el título profesional de Médico Cirujano en la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, solicitando a la IEPAC "Nuestra Señora de Fátima" Cusco, la cual emite una constancia de autorización de ejecución de dicho proyecto de investigación.

Se resuelve: **AUTORIZAR** la ejecución del proyecto de investigación a realizarse con la participación de los estudiantes del nivel secundario del turno mañana de la Institución Educativa Parroquial de Acción Conjunta "Nuestra Señora de Fátima" Cusco, **DISPONER** que la investigadora principal prosiga con todas las acciones vinculadas con el tema de investigación, las cuales deberán ajustarse al cumplimiento de las normas y directivas establecidas por la Institución para tal fin, y **DISPONER** que las instancias respectivas brinden las facilidades del caso para la ejecución del Proyecto de Investigación autorizado con el presente documento.

Cusco, 21 de agosto del 2023

Atentamente;


ARZOBISPADO DEL CUSCO
IEPAC "NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA"
DIRECCIÓN
Prof. Yackeline Molina Mollapasa
DIRECTORA

Urb. Tío Zona cívica s/n Wanchaq-Cusco
Telf. 084 240803
iecafatima@gmail.com



Institución Educativa Mixta "Viva el Perú"

"ADE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"



CONSTANCIA DE AUTORIZACION

EL DIRECTORA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MIXTA "VIVA EL PERÚ" DEL DISTRITO DE SANTIAGO, PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE CUSCO; que suscribe:

HACE CONSTAR:

Que, mediante documento del visto, la Dirección, en uso de sus atribuciones ha verificado el cumplimiento de los requisitos para la autorización de la ejecución del proyecto de investigación con el título: "DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS MIXTAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2023", presentado por la Bachiller TRACY JUANY HUANCA POMPILLA, para optar el título profesional de Médico Cirujano en la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, solicitando a la Institución Educativa Pública Mixta "Viva el Perú" Cusco, la cual emite una constancia de autorización de ejecución de dicho proyecto de investigación.

SE RESUELVE: AUTORIZAR la ejecución del proyecto de investigación a realizarse con la participación de los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Pública Mixta "Viva el Perú" Cusco, DISPONER que la investigadora principal prosiga con todas las acciones vinculadas con el tema de investigación, las cuales deberán ajustarse al cumplimiento de las normas y directivas establecidas por la Institución para tal fin.

DISPONER que las instancias respectivas brinden las facilidades del caso para la ejecución del Proyecto de Investigación autorizado con la presente [constancia].

Se expide la presente a petición del interesado, para los fines consiguientes.

Cusco, 31 de agosto del 2023



I.E. VIVA EL PERÚ

[Signature]
Gladys Cruz Domínguez
DIRECTORA

Dirección: PP.JJ. Viva el Perú S/N - Distrito de Santiago, Provincia y Departamento de Cusco

Correo electrónico Institucional: ievpmesadepartes@gmail.com