

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN CARLOS**

**FACULTAD DE CIENCIAS**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TESIS**

**CARACTERÍSTICAS SOCIO FAMILIARES Y SU RELACIÓN CON LA  
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA INSTITUCIÓN  
EDUCATIVA SECUNDARIA AGROPECUARIA DE SAN JUAN DEL ORO -  
SANDIA, 2021.**

**PRESENTADO POR:**

**ZENaida MAMANI LIPA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**PUNO-PERÚ**

**2022**

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN CARLOS****FACULTAD DE CIENCIAS****ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA****TESIS**

**CARACTERÍSTICAS SOCIO FAMILIARES Y SU RELACIÓN CON LA  
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA INSTITUCIÓN  
EDUCATIVA SECUNDARIA AGROPECUARIA DE SAN JUAN DEL ORO -  
SANDIA, 2021.**

**PRESENTADO POR:****ZENaida MAMANI LIPA****PARA OPTAR EL TÍTULO DE:****LICENCIADA EN ENFERMERIA**

APROBADA POR EL SIGUIENTE JURADO:

PRESIDENTE

:



M Sc. LADY OLIVA QUISPE ARAPA

PRIMER MIEMBRO

:



Mgtr. FIORELA JEANETTE ORTIZ ORTIZ

SEGUNDO MIEMBRO

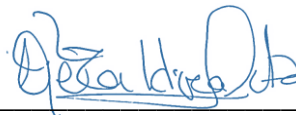
:



Lic. MARIA MAGDALENA VARGAS YNOFUENTE

ASESOR DE TESIS

:



M Sc. GUELKI GEAN VALDIVIA PINTO

Área: Ciencias médicas y de la salud

Disciplina: Psiquiatría

Especialidad: Enfermería y Salud Mental

Puno, 06 de Enero de 2022

## DEDICATORIA

Dedico a Dios por permitirme tener vida, salud y poder realizar uno más de mis propósitos.

De manera en especial a mi esposo que desde el cielo me ilumina para seguir adelante y poder cumplir con nuestros sueños.

A mi hija Kalesy quien ha sido mi mayor motivo para nunca rendirme en los estudios y poder llegar a ser un ejemplo para ella también dedico a mis padres y hermanos por haberme brindado su apoyo incondicional durante todo estos años y por ser esa razón el más grande aliento para el cumplimiento de mis objetivos que significa alegría y orgullo para mi y también para ello.

**ZENAIDA**

### AGRADECIMIENTOS

- A la Universidad Privada San Carlos de Puno que me abrió sus puertas para ser mejor persona y una buena profesional.
- A los catedráticos que con el pasar de los años se convirtieron en nuestro ejemplo a seguir.
- A mi asesor Msc. Guelki G. Valdivia Pinto, por sus sabios consejos y la paciencia de asesorarme.
- A todas las personas que participaron en mi trabajo de investigación y a nuestros compañeros ya que con ellos, vivimos los buenos y malos momentos que solo se viven en la Universidad y que con algunos más que compañeros fuimos verdaderamente amigos.

A todos ellos, muchas gracias.

**ZENAIDA**

**ÍNDICE GENERAL**

|                     | <b>Pág</b> |
|---------------------|------------|
| DEDICATORIA         | 1          |
| AGRADECIMIENTO      | 2          |
| ÍNDICE GENERAL      | 3          |
| ÍNDICE DE TABLAS    | 6          |
| ÍNDICE DE FIGURAS   | 7          |
| INDICE DE ANEXOS    | 8          |
| RESUMEN             | 9          |
| ABSTRACT            | 10         |
| <b>INTRODUCCIÓN</b> | <b>11</b>  |

**CAPÍTULO I****PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGAC**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>    | <b>12</b> |
| <b>1.2. ANTECEDENTES</b>                  | <b>15</b> |
| 1.2.1. A Nivel Internacional              | 15        |
| 1.2.2. A Nivel Nacional                   | 16        |
| 1.2.3. A Nivel Local                      | 19        |
| <b>1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> | <b>20</b> |

3

## CAPÍTULO II

## MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

|             |  |           |
|-------------|--|-----------|
| <b>2.1.</b> | <b>MARCO TEÓRICO</b>   |           |
|             | 2.1.1. Características socio familiares                                    | 21        |
|             | 2.1.2. Familia   | 21        |
|             | 2.1.3. Tipos de familia  | 21        |
|             | 2.1.4. Afectividad familiar  | 23        |
|             | 2.1.5. Comunicación  | 24        |
|             | 2.1.6. Funcionalidad familiar  | 24        |
|             | 2.1.7. Ambiente familiar   | 24        |
|             | 2.1.8. Breve historia de la depresión                                      | 25        |
|             | 2.1.9. Conceptualización   | 25        |
|             | 2.1.10. Clasificación  | 26        |
|             | 2.1.11. Epidemiología  | 26        |
|             | 2.1.12. Etiología  | 27        |
|             | 2.1.13. Teorías psicológicas que intentan explicar el por qué la depresión | 28        |
|             | 2.1.14. Factores que desencadenan depresión                                | 30        |
|             | 2.1.15. Criterios de diagnóstico   | 31        |
|             | 2.1.16. Evolución  | 32        |
|             | 2.1.17. La adolescencia  | 33        |
| <b>2.2.</b> | <b>MARCO CONCEPTUAL</b>  | <b>33</b> |
| <b>2.3.</b> | <b>HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN</b>                                       | <b>34</b> |

## CAPÍTULO III

## METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

|             |                                    |           |
|-------------|------------------------------------|-----------|
| <b>3.1.</b> | <b>ZONA DE ESTUDIO</b>             | <b>35</b> |
| <b>3.2.</b> | <b>TAMAÑO DE MUESTRA</b>           | <b>36</b> |
| <b>3.3.</b> | <b>METODOS Y TECNICAS</b>          | <b>36</b> |
| <b>3.4.</b> | <b>IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES</b> | <b>37</b> |
| <b>3.5.</b> | <b>MÉTODO O DISEÑO ESTADÍSTICO</b> | <b>38</b> |

#### **CAPÍTULO IV**

##### **EXPOSICIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| <b>CONCLUSIONES</b>  | <b>48</b> |
| <b>RECOMENDACIÓN</b> | <b>49</b> |
| <b>BIBLIOGRAFÍA</b>  | <b>50</b> |
| <b>ANEXOS</b>        | <b>58</b> |

## ÍNDICE DE TABLA

|   | pág |
|---|-----|
| TABLA 1. Características socio familiares en adolescentes escolarizados de la institución educativa secundaria agropecuaria San Juan del Oro - Sandia ,2021 | 39  |
| TABLA 2. Lugar de radicación de los adolescentes .  | 40  |
| TABLA 3. Características familiares de los adolescentes familia.  | 42  |
| TABLA 4. Grado de depresión en adolescentes escolarizados de la institución educativa secundaria agropecuaria San Juan del Oro -Sandia, 2021.               | 44  |
| TABLA 5. Prueba de las hipótesis de chi cuadrado con la variable depresión y factores socio familiares.   | 46  |



## ÍNDICE DE FIGURAS

|   | pág |
|---|-----|
| Figura 1. Características socio familiares de los estudiantes escolarizados de la<br>Institución educativa secundaria agropecuaria San Juan del Oro - Sandia ,<br>2021. | 72  |
| Figura 2. Grado de depresión de los estudiantes escolarizados de la institución<br>educativa secundaria agropecuaria San Juan del Oro -Sandia 2021 .                    | 72  |
| Figura 3. Grado de depresión de los estudiantes escolarizados de la institución educativa<br>secundaria agropecuaria San Juan del Oro - Sandia 2021.                    | 73  |
| Figura 4. Áreas de depresión de los estudiantes escolarizados de la institución educativa<br>secundaria agropecuaria San Juan del Oro -Sandia 2021.                     | 73  |

## INDICE DE ANEXOS

|  | pág |
|--|-----|
| ANEXO 1: Consentimiento informado      | 59  |
| ANEXO 2: Ficha socio familiar.         | 60  |
| ANEXO 3: ficha técnica.                | 62  |
| ANEXO 4: Validación y confiabilidad.   | 63  |
| ANEXO 5: Instrumento para el aplicador | 65  |
| ANEXO 6: Cuestionario .                | 68  |
| ANEXO 7: valoración .                  | 71  |
| ANEXO 8: Matriz de consistencia        | 74  |

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado “Características socio familiares y su relación con la depresión en adolescentes escolarizados de la institución educativa secundaria agropecuaria de San Juan del Oro - Sandia , 2021”. Tuvo como objetivo determinar las características socio familiares y su relación con la depresión en adolescentes , el tipo de investigación es descriptivo, transversal. El tamaño de la población es de 50 adolescentes donde todos los adolescentes participaron en la dicha entrevista, no probabilístico por conveniencia. En la investigación la técnica de estudio que se aplicó es la entrevista en base a un cuestionario con preguntas sobre las características socio familiares y su relación con la depresión los instrumentos utilizados fueron validados en investigaciones previas. Los resultados arrojan en relación según las características socio familiares y su relación con la depresión siendo alta en los adolescentes por problemas por entorno familiar de donde predominan de los adolescentes donde, el 52% son varones y el 48% son mujeres.

ETNIA: El 100% son quechua hablantes, lo que hizo más fácil hacer la toma de la encuesta ya que tenemos el dominio del idioma para poder comunicarme con la población y poder dar la orientación adecuada.

**Palabras clave.** Adolescente , Depresión, Familia, Sociales Problemas.

## ABSTRACT

The present research work entitled "Socio-family characteristics and their relationship with depression in adolescents enrolled in the agricultural secondary educational institution of San Juan del Oro - Sandia, 2021". Its objective was to determine the socio-family characteristics and their relationship with depression in adolescents, the type of research is descriptive, cross-sectional. The size of the population is 50 adolescents where all adolescents participated in said interview, not probabilistic for convenience. In the research, the study technique that was applied is the interview based on a questionnaire with questions about the socio-family characteristics and their relationship with depression. The instruments used were validated in previous investigations. The results show in relation according to the socio-family characteristics and their relationship with depression, being high in adolescents due to problems by family environment where adolescents predominate where, 52% are male and 48% are female, Ethnicity with 100% They are Quechua speakers, which made it easier to take the survey since we have the command of the language to be able to communicate with the population and be able to give the appropriate orientation.

Keywords. Teenager, Depression, Family, Social Problems.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) conceptualiza la adolescencia como una etapa de vida de formación en el desarrollo de todo ser humano que transcurre entre los edades 10 y 19 años, donde se llevan a cabo cambios a nivel biológico, emocional y social que los lleva a colocarse en una situación de vulnerabilidades psicológico y biológico que podría ocasionar el inicio de determinados trastornos mentales como la depresión, con sintomatología que ocasionalmente no logra ser visibilizada en su entorno más cercano.

La presente investigación se divide en cuatro capítulos: Capítulo I conformado por el planteamiento del problema, los antecedentes y objetivos de la investigación.

Capítulo II Está constituido por el marco teórico y conceptual de la investigación.

Capítulo III conformado por la metodología de la investigación que incluye la zona de estudio, el tamaño de la muestra, métodos y técnicas, identificación de variables y el método o diseño estadístico.

Capítulo IV constituido por la exposición y análisis de los resultados. Finalmente se exponen las conclusiones, recomendaciones, la bibliografía y anexo.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### 1.1. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.

Uno de los trastornos mentales más prevalentes en diversos contextos del mundo es la depresión (1) diversos países en todo el orbe desde hace años la consideran como un problema de salud pública dado el alto grado de discapacidad que genera (2), la OMS menciona que la depresión es una de las principales causas de enfermedad y discapacidad en adolescentes a nivel mundial, hace parte de una de las etapas de la vida la cual es considerada como única y formativa, en relación a los datos y cifras refieren que “una de cada seis personas tiene entre 10 y 19 años de edad” dentro de este rango de edad a nivel mundial los trastornos mentales representan el 16% de enfermedades e inician a los 14 años o antes (3) por lo que la depresión en adolescentes es un problema significativo porque en esta etapa evolutiva de las personas se inicia el desarrollo de la sintomatología depresiva, es así que el 26% de los casos de depresión en adultos iniciaron antes de los 18 años (4), factores como las condiciones biológicas, condiciones de riesgo genético, condiciones psicosociales, económicos, violencia, adicciones entre otros, convierten a este sector poblacional con mayor propensión y vulnerabilidad de experimentar este trastorno del afecto (5).

Investigaciones indican una prevalencia del 5% a nivel mundial (6) de esta forma la depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 322 millones de personas a nivel mundial, correspondiendo 48.16 millones a las Américas. Este trastorno provoca alrededor de 800 mil suicidios anuales, constituyéndose en la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Se estima y predice, que esta cifra aumentará para las décadas posteriores y será la segunda causa de pérdida de más años de vida saludable (7). Unicef calcula que el 20% de los adolescentes de todo el mundo tienen problemas mentales o de comportamiento siendo la depresión la enfermedad que más contribuye a la carga de morbilidad entre jóvenes de 15 y 19 años de edad (8). Los datos estadísticos de la OMS indican que “cada año casi un millón de personas se suicidan, lo que supone una tasa de mortalidad global de 16 por 100000 o una muerte cada 40 segundos, además argumenta que el suicidio representa la segunda causa de mortalidad en el grupo poblacional de 10 y 24 años (9). Según la OPS existe una aproximación a escala mundial de 300 millones de personas que equivale a un 4,4% se denota con un incremento del 18,4%, se aproxima a 300 millones a una escala mundial que equivale a un 4,4%. De igual manera, se denota un incremento de depresión del 18,4% equivalentes al año 2005 y el 2015. Esta enfermedad en la población mundial para el 2015 fue de 4,4%, con un porcentaje de (5,1%) en mujeres y hombres (3,6%); con relación a los adolescentes refieren que se ven afectados, pero en un grado menor que en los mayores de edad (10).

En cuanto a América, se estima que alrededor de 50 millones de personas presentaban depresión en el 2015, es decir, aproximadamente el 5 % de la población, que equivale a casi un 17 % más que en el año 2015 (10). En el Perú, la población adolescente comprendida entre 10 y 19 años, representando el 20% del total de la población, de los cuales, el Ministerio de Salud en el 2016 reportó aproximadamente 2 millones de casos

de depresión, de las cuales el 70% de pacientes fueron niños y jóvenes menores de 18 años. Desde 2012 se reportaron que el 20% a 25% de adolescentes tenían deseos de morir y un 10% a 15% intentó llevar a cabo su intención (11). Otro estudio encontró que la población mayor de 15 años de edad presenta una prevalencia de depresión del 10.2%, en mayor proporción en las mujeres 8.4% frente a 5.7% en los hombres (12), según el ingreso de los hogares el más afectado es el estrato medio con el III quintil con 9.25%, seguido del II quintil con 7.6% y por el IV quintil con 7.05%, los menos afectados son los quintiles extremos el I con 5.9% (el más pobre) y el V con 6.5% (el más rico). En relación al ámbito urbano es más afectado que el rural por la depresión, con 7.5% y 5.9%, respectivamente; según las regiones naturales las diferencias son considerables, de forma tal que en la sierra se muestra 7.6%, en lima metropolitana el 7.4%, en la selva y el resto de la costa se muestran prevalencias similares con 6.5% y 6.3% correspondientemente (13). En cuanto a regiones naturales a nivel de la costa (Lima y Callao) se tiene una prevalencia del 8%, en la región selva la prevalencia es de 1.9%, en zonas de sierra esta llega a 2.1%, en todas ellas las mujeres presentan un porcentaje mayor en comparación al del hombre, así 11% a 3% en la costa, 2.2% a 1.6% en la selva y 3.4% a 0.9% en la sierra. En la región de Puno se presenta un 20%, de depresión en los adolescentes siendo en la provincia de sandía un 8%, de adolescentes en su mayoría debido a problemas familiares y alcoholismo.(14).

## FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

### Problema general.

- ¿Cuáles son las características socio familiares en adolescentes escolarizados de la Institución Educativa Secundaria Agropecuaria San Juan del Oro-Sandia 2021?



**Problemas Específicos.**

- ¿Cómo es la depresión en adolescentes escolarizados de la Institución Educativa Secundaria Agropecuaria San Juan del Oro- Sandia 2021?.
- ¿Cuál es el grado de depresión en adolescentes escolarizados de la Institución Educativa Secundaria Agropecuaria San Juan del Oro- Sandia 2021?

**1.2. ANTECEDENTES****1.2.1. A nivel Internacional**

Gualango y Herrera, Quito-2017, desarrollaron su investigación con el objetivo de caracterizar la depresión en los estudiantes de décimo año de la Unidad Educativa Municipal Antonio José de Sucre. Es un estudio descriptivo transversal con un enfoque cuantitativo, en la muestra participaron un total de 155 estudiantes de décimo año del Colegio Municipal Antonio José de Sucre, el instrumento que se utilizó fue el test de depresión del psicólogo Aarón Beck. En conclusión, de los adolescentes encuestados un 45,8% de los mismos padecen depresión siendo la depresión moderada la de mayor incidencia manifestada principalmente por alteraciones conductuales y emocionales sin embargo ésta depresión no afecta el rendimiento académico de los estudiantes (15).

En un estudio realizado por Simões, Façanha, Marques, Loureiro y Matos, Portugal-2016, cuyo objetivo es evaluar la presencia y la severidad de los síntomas depresivos en una población no clínica de adolescentes pertenecientes a Portugal una metodología de estudio descriptiva y transversal cuantitativo; se hace uso del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) versión portuguesa, con una muestra de 741 adolescentes pertenecientes a una edad media de 13,85 años. El estudio arrojó que el 31,2% de los adolescentes sufren depresión y, de estos, el 17,7% tiene síntomas depresivos moderados o severos además

se evidencia que las chicas muestran niveles más elevados de depresión ( $p=0,00$ ); además la media de las puntuaciones totales en el BDI-II obtenida fue de 12. Por último, los autores concluyen la elevada vulnerabilidad de los adolescentes a la depresión y al suicidio, por lo cual proponen programas de prevención en las escuelas que promuevan la detección precoz de la depresión y de los comportamientos suicidas, así como la derivación a los servicios de salud mental (16).

Según lo referido por los autores Ceballos, Suarez, Suescún, Gamarra, González y Sotelo, Santa Marta-2014, establecieron la relación existente entre depresión, autoestima e ideación suicida en estudiantes adolescentes de media vocacional en Santa Marta. La evaluación se efectuó a través del Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de Ideación Suicida de Beck y de un cuestionario socio demográfico. La muestra estuvo conformada por 242 estudiantes entre 15 a 19 años (Media=15 Desv Típ=15.3), escogidos a través de un muestreo aleatorio estratificado. Los resultados muestran que existe relación entre la ideación suicida y la depresión ( $r=0.295$  Sig=0.00), así como con la autoestima baja ( $r=-0.209$  Sig=0.00). Dentro de las principales conclusiones se encuentra que los adolescentes con mejor autoestima y baja depresión poseen menor probabilidad de ideación suicida (17).

### **1.2.2. A nivel Nacional**

Márquez, et al. Trujillo-Perú, 2019, determinaron la relación entre acoso escolar y depresión en los 280 adolescentes de una Institución Educativa del distrito de Trujillo, 2019. El estudio es de diseño no experimental con tipo de estudio correlacional. Los instrumentos utilizados fueron el Auto test de Cisneros y el Inventario de depresión Beck II (BDI-IIA). Los resultados muestran que tanto para el instrumento de acoso escolar como el inventario de depresión no presentan distribución normal ( $p>0.05$ ), en tal sentido

se procedió a utilizar el coeficiente de correlación de Spearman. Los resultados evidenciaron una relación de magnitud media ( $r_s=.33$ ;  $p^{**}<.001$ ) implicando estadísticamente una interdependencia en las puntuaciones de los instrumentos de medición entre las dimensiones de acoso escolar y depresión. Hallando relación en la dimensión de Somático-Motivacional y acoso escolar ( $r_s=.34$ ;  $p^{**}<.001$ ), encontrando una relación en cuanto al tamaño del efecto mediano, siendo directamente proporcional. Así mismo, entre las dimensiones de desprecio/ridiculización y somático/motivacional se determinó una relación de tamaño mediano ( $r_s=.33$ ;  $p^{**}<.001$ ), del mismo modo con la variable depresión ( $r_s=.33$ ;  $p^{**}<.001$ ). Una relación similar se evidenció entre intimidación/amenazas y somático/motivacional ( $r_s=.32$ ;  $p^{**}<.001$ ). Por otro lado, entre la dimensión cognitivo/afectivo y las dimensiones de acoso escolar se hallaron correlaciones no mayores al .30, siendo estas en todas de tamaño pequeño ( $.10 < r_s < .30$ ). Concluyendo, que el acoso escolar se relaciona de manera directa con la depresión (18).

Olivera, et al. Lima-2018, determinaron la influencia de la funcionalidad familiar en la depresión de adolescentes de la institución educativa particular "Gran Amauta de Motupe" Lima, 2018. Material y método: El diseño utilizado fue no experimental, de corte transversal, correlacional causal, los instrumentos utilizados fueron: la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar, FACES IV, de Olson y el Inventario de Depresión de Beck (IDB-II). Resultados: La muestra estuvo compuesta por 91 adolescentes de primero a quinto de secundaria entre 12 y 17 años de edad de nivel secundario. El análisis general mostró un 51.6% de depresión mínima, 28.5% leve, 10.9% moderada y 8.7% severa. Mientras que la funcionalidad familiar mostró 65.9% de funcionalidad intermedia y 34% baja. Conclusión: Los adolescentes que presentan menor funcionalidad familiar tienden a presentar mayor sintomatología depresiva (19).

Bustillos y Laguna en la ciudad de Huánuco Perú 2018, el plantean una investigación con el fin de determinar la relación entre depresión y tres factores asociados (disfunción familiar, imagen corporal distorsionada y acoso escolar) en los adolescentes de un colegio secundario utilizando como método de estudio analítico transversal en una muestra aleatoria estratificada de 169/203 adolescentes del tercero al quinto grado de secundaria. Se llevó a cabo la aplicó la Escala de Depresión en Adolescentes de Reynolds (EDAR) para medir la variable dependiente y otros cuestionarios, para los factores asociados. Donde se obtuvo como resultados que el 18,9% de los estudiantes presentó depresión; la disfunción familiar se encontró en 75,7%; el 68% presentó imagen corporal distorsionada; el 18,9% manifestó Bullying; se evidenció depresión en 5,7% de los varones y en 22,4% de las mujeres. Los siguientes factores asociados presentaron relación significativa con depresión: disfunción familiar ( $p=0,037$ ), imagen corporal distorsionada ( $p=0,020$ ) y género ( $p=0,028$ ). Para concluir el estudio identificó un porcentaje importante de adolescentes que padecen depresión. Sobresalieron la imagen corporal distorsionada y la disfunción familiar como factores asociados. No se encontró ninguna relación entre depresión y acoso escolar (20).

Mientras tanto, Merino en Lima-Perú-2016, desarrolló un estudio con el objetivo de: Determinar la relación significativa entre bullying y depresión en estudiantes de 5to año de secundaria de Instituciones Educativas del distrito de Breña. Para ello, se contó con una muestra de 233 alumnos de una población de 606 estudiantes de 5to años de secundaria de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Breña. Los instrumentos utilizados para la investigación fueron el cuestionario sobre bullying y la adaptación del inventario de depresión de Beck. Para concluir, se evidencia que existe relación significativa entre bullying y depresión en estudiantes de 5to de secundaria de

Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Breña. Se obtuvo en Rho de Spearman tiene una correlación significativa de  $p=0.003$  (21).

### 1.2.3. A nivel local

Yudy Lobon y Olivia Condori, en su estudio titulado: Factores asociados al suicidio en adolescentes, Juliaca - 2016, tuvo como resultados: El factor psicológico provoca estrés, depresión, pesimismo, por no encontrarse en equilibrio con su entorno sociocultural; lo psicológico es ambivalente, se encuentra entre el amor y el odio; por tanto, el 11% de suicidios se manifiesta en una etapa crítica personal. En este contexto, el suicidio en los adolescentes, jóvenes y adultos tema de nuestra investigación no es un acto impulsivo del momento; sino, que ocurre como etapa final de un periodo de crisis personal y malestar externo; es una reacción extrema de la persona cuando se siente excluida de su entorno social y familiar.

La autora Sinthia Apaza en su estudio: Funcionabilidad familiar relacionado con la depresión en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial N°32 Puno - 2018. Llegó a las siguientes conclusiones: Este trabajo tiene como objetivo determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el nivel de depresión en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial N°32 Puno. Siendo un estudio descriptivo transversal con diseño correlacional. El estudio se realizó con una muestra de 130 adolescentes de ambos sexos de 3ro y 4to de secundaria que cumplieron con los criterios de selección; la recolección de datos se realizó mediante la técnica de la encuesta; el instrumento aplicado es el test de Funcionamiento Familiar FF-SIL y la escala de Zung para la depresión. En relación a la funcionalidad familiar los resultados fueron que el 63.08 % pertenecen a familia moderadamente funcional, 22.31 % disfuncional y 6.92 % severamente disfuncional. Referente a la depresión el 15.38 % de adolescentes

presentaron depresión leve y el 2.31 % depresión moderada. Para conocer la relación entre la funcionalidad familiar y el nivel de depresión, se aplicó la prueba de Ji cuadrado de asociación, determinó la existencia de diferencia estadística significativa ( $p=0.0001$ ), de lo cual se interpreta que la funcionalidad familiar se relaciona con el nivel de depresión; por lo cual se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

### 1.3.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### Objetivo General

Determinar las características socio familiares que se relacionan con la depresión en adolescentes escolarizados de la Institución Educativa Secundaria Agropecuaria San Juan de Oro-Sandia 2021.

#### Objetivos Específicos

- Identificar el grado de depresión en adolescentes escolarizados de la Institución Educativa Secundaria Agropecuaria San Juan de Oro- Sandia 2021.
- Conocer las características socio familiares en adolescentes escolarizados de la institución educativa secundaria Agropecuario san juan del oro , sandia 2021.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

#### 2.1. MARCO TEÓRICO

##### 2.1.1. Características Socio Familiares

Las características socio-familiares de los adolescentes, el pertenecer a una familia monoparental, con padres que trabajan de manera independiente, ausentándose del hogar, y la principal relación con los amigos a quienes recurren en busca de consejos y ayuda, para una toma de decisiones en la etapa de la adolescencia es de suma importancia el apoyo de los padres y el entorno familiar para dar seguridad en las decisiones de los adolescentes 1. Las características socio familiares y su relación con la depresión en adolescentes escolarizados es deficiente en la institución educativa agropecuaria de San Juan del Oro.

##### 2.1.2. Familia.

La familia es un grupo de personas formado por individuos unidos, y primordialmente vinculados por relaciones de filiación o de pareja.

##### 2.1.3. Tipos de Familia :

En la actualidad existe una gran diversidad de familias, todos los tipos de familia actuales existen en igual capacidad en lo que se refiere a cubrir las necesidades básicas que le

competen. A continuación repasamos cuáles son los diferentes tipos de familia que existen actualmente.

- **Familia sin Hijos:** Este tipo de familia está formada por una pareja sin descendientes. Cada vez son más las parejas que deciden conscientemente no tener hijos por múltiples razones personales. En otros casos, la infertilidad de uno o ambos miembros no se puede solucionar médicamente, motivo por el cual algunas parejas no tienen hijos.

El hecho de tener hijos no es sinónimo de ser familia, las parejas sin hijos también son familias.

- **Familia Biparental con Hijos:** La familia biparental con hijos es la más clásica, también conocida como nuclear o tradicional. Está formada por un padre, una madre y el/los hijo/s biológico/s. La mayoría de la población, al pensar en una familia, se imagina a la familia biparental con hijos. Aunque cada vez se está ampliando más el término, culturalmente aún podemos decir que es el tipo de familia más popular.
- **Familia Homoparental:** científicas que prueban su legitimidad como familia. Afortunadamente, conforme la sociedad avanza, también lo hace la aceptación de las familias homopaLas familias homoparentales son aquellas que están formadas por una pareja homosexual (de dos hombres o dos mujeres) con uno o más hijos. Aunque no es una familia nueva, su presencia en la sociedad ha aumentado significativamente en los últimos años.



- **Familia Reconstituida o Compuesta:** Esta clase de familia probablemente es la más frecuente en la actualidad debido a la creciente tendencia a la separación y al divorcio.
- **Familia Monoparental:** Este tipo de familia, de igual forma que ocurre con la homoparental, no está exenta de crítica y prejuicios, tanto en el caso de mujeres como de hombres, aunque estos últimos sean aún una minoría.

Las familias monoparentales están formadas por un único adulto con hijos. Generalmente, son más frecuentes las llamadas familias “monoparentales”, en las que el adulto presente es la madre.

- **Familia de Acogida:** Las familias de acogida constan de una pareja o un único adulto que acoge a uno o más niños de manera temporal mientras que no puedan vivir en su familia de origen o mientras no encuentren un hogar permanente.

El acogimiento puede ser de urgencia, de corta duración (hasta 2 años), de larga duración (más de 2 años) o de fines de semana y vacaciones escolares.

- **Familia Adoptiva:** Las familias adoptivas constan de una pareja (o un adulto en solitario) con uno o más hijos adoptados. Pese a no tener vínculos de sangre, son igualmente familias que pueden desempeñar un rol parental igual de válido que las familias biológicas.

- **Familia Extensa**

La familia extensa está formada por varios miembros de la misma familia que conviven bajo el mismo techo. De este modo, pueden convivir padres, hijos y abuelos, o padres, hijos y tíos, etc.

#### **2.1.4. AFECTIVIDAD FAMILIAR.**

La afectividad familiar es la base para desarrollar en nuestros hijos seguridad y confianza en ellos mismos y en los demás. Para crear un buen clima familiar de afecto debemos: Expresar afecto y ternura con palabras, gestos, miradas, abrazos... Ser empáticos, ponernos en lugar del otro, comprendiendo cómo se siente.

#### **2.1.5. Comunicación.**

La comunicación es el intercambio de información que se produce entre dos o más individuos con el objetivo de aportar información y recibirla. En este proceso intervienen un emisor y un receptor, además del mensaje que se pone de manifiesto.

#### **2.1.6. Funcionalidad Familiar.**

La Funcionalidad Familiar o una familia funcional, es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros así como un estado de salud favorable en ellos donde los miembros de la misma perciben el funcionamiento familiar manifestando el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros.

#### **2.1.7. Ambiente Familiar.**

Se constituye en el espacio que vive la un grupo de parientes que cooperan en la vida económica en la crianza y educación de los hijos. La familia ofrece condiciones y si no lo cumple, deja al cuidado de cualquier ser humano esto constituye riesgo para la sociedad.

### 2.1.8. Breve Historia de la Depresión.

El mayor exponente Griego Homero, en su obra la Ilíada describió por primera vez un cuadro parecido a la depresión y lo enmarcó en “la pena de Belafonte”; posteriormente los primeros conceptos corresponden a Hipócrates (460-377 a.C.) quien la relaciono con los humores corporales cuya producción estaba propiciada por el estado melancólico, el sujeto se manifestaba triste, inapetente, desvelado, con miedo, aflicción y displicencia de ánimo, con dolores fuertes y continuos. Alejandro de Tralles (525-605 d.C.) observó además de la tristeza y el temor, la ira y la ansiedad que eran causados por el exceso de sangre, sangre acre y biliosa y bilis negra. En el siglo XVII, Thomas Willis (1621-1675) descubrió que un mismo paciente se daban sucesiones de estados maníacos y melancólicos. Durante el siglo XIX se desarrolló el punto de vista clínico anatómico y la posibilidad de estudiar las funciones mentales intelectuales, emotivas y volitivas relacionadas a la depresión (22).

**2.1.9. Conceptualización.** La depresión es polisémica ya que para tipificarla existen distintos conceptos, de tal forma, a la depresión se la puede considerar como un estado de ánimo normal y/o sano, cuya reacción afectiva responde a la pérdida de algo querido o significativo; contrariamente puede ser un estado de ánimo anormal que se caracteriza porque los sentimientos de tristeza debido a crisis vivenciales experimentados por las personas, se tornan intensos y persisten en el tiempo, es decir, pueden perdurar por más de 2 semanas incluso meses y en los casos más graves por años (23); la pérdida de interés o disfrute, el sentimiento inferior o falta de autoestima, pérdida del sueño o del apetito, fatiga y falta de atención son algunos de los síntomas más visibles que acompañan a la tristeza patológica (24). También se la considera como enfermedad y abarca un amplio grupo de estas, estas entidades clínicas tienen una etiología, una

patogenia, una sintomatología concreta, un pronóstico y un tipo de tratamiento específico, además impone una enorme carga para la persona que la padece, para la familia y la sociedad en su conjunto (25). La depresión también es considerada como un síntoma dentro de otras enfermedades somáticas como mentales, como, por ejemplo; en estados de ansiedad, esquizofrenia, fobias, trastornos de personalidad y en procesos cancerosos, procesos degenerativos, procesos hormonales, endocrinos, infecciosos, crónicos, metabólicos, hipotiroidismo y aquellas que son incurables o que son difíciles de curar (26).

**2.1.10. Clasificación.** En este estado de ánimo perturbado se puede distinguir a una depresión leve ((distimia) y a una depresión mayor (severa, grave); referente a la leve, esta se caracteriza por ser gradual y permanente, los sentimiento de aflicción son muy intensos, el dolor crónico se impone por encima de los otros afectos y es insoportable e inexorable cuando sobreviene, este tipo de depresión la podemos observar corporalmente en la postura y actitud del deprimido, sus párpados han perdido la vivacidad, los músculos de la columna vertebral ya no la pueden mantener erguida al cuerpo y los músculos involuntarios hacen que se contraigan el corazón y los pulmones. En la depresión mayor el derrumbamiento con el desplome de toda la estructura bidimensional: corporal y psíquica del individuo se asienta en un continuo de tristeza – decadencia insípida, que va despojando a la persona de las ganas de vivir quedándose sin la fuerza suficiente incluso para respirar, los días se desdibujan, las acciones cotidianas se difuminan y uno queda cansado, aburrido, la vida no tiene significado (27).

**2.1.11. Epidemiología.** En general se deprimen dos mujeres por cada hombre, en relación a la edad la depresión se eleva después de los 55 años aunque en edades más jóvenes sobretodo en adolescentes la depresión es mortal, en cuanto a la raza se ha reportado que es más frecuente en sujetos de raza negra que entre los blancos, este

trastorno es uno de los padecimientos más frecuentes en las clases de menos recursos que en las más acomodadas, culturalmente las diferencias que se observan es que los occidentales tienen más sentimientos de culpa e ideas de pobreza, en los africanos predomina las ideas paranoides y hostilidad hacia el medio ambiente, en otras palabras tienden a aislarse más (28);, a pesar de una incidencia alta de los estados depresivos en pacientes de cualquier edad, normalmente se diagnostican muy poco por profesionales de atención no psiquiátrica, quienes atienden con más frecuencia a los pacientes (29).

**2.1.12. Etiología.** Son diversos los postulados referidos a la etiología de los trastornos del afecto; nos referiremos primeramente al desequilibrio en los químicos del cerebro, la disfunción de estas sustancias denominados neurotransmisores como la noradrenalina, serotonina y dopamina causan déficit funcional en sitios claves del cerebro, un aumento de la cantidad causa elevación del ánimo, mientras que una disminución, provoca depresión (30); Los bloqueos enzimáticos de triptófano y DAT provocan una disminución en la monoamina 5-HT, de la misma forma la falta de fenilalanina/tirosina y DAFT está relacionado con la disminución de la norepinefrina; por su parte la monoaminoxidasa A (MAO-A) regula las concentraciones de las tres aminas, cuando tiene niveles altos disminuye las monoaminas y predispone a la aparición de episodios depresivos. El sistema serotoninérgico es el encargado de controlar el humor y el temperamento, 10 por su lado el sistema dopaminérgico regula las funciones motoras, cognitivas y emocionales conjuntamente con la norepinefrina que activa acciones a nivel de ciertos órganos. 12 Una aportación reciente de la neuropsicología es la hipótesis glutamatérgica y GABAérgica de la depresión, neurotransmisor excitatorio e inhibitorio respectivamente, los pacientes deprimidos tienen un desequilibrio entre ambas aminas, es decir, las concentraciones corticales de BGABA son menores a diferencia de la alta concentración de

glutamato, estas se asocian a las características melancólicas y psicóticas de la depresión (31).

También como causas están las alteraciones estructurales en áreas específicas del cerebro, en el hipocampo se ha podido observar una disminución de la sustancia blanca en los hemisferios derecho-izquierdo que además se notan asimétricos, también se encontró un volumen menor sobre todo en el hipocampo izquierdo; en cuanto a la amígdala humana en esta se identificó disminución en su volumen en pacientes con depresión mayor que no toman medicación, contrariamente el volumen es mayor en los que sí tiene medicación. La corteza cerebral es otra estructura afectada por los estados alterados del afecto, las sub regiones prefrontales y la corteza orbito frontal tienen un volumen 32% menor que en las personas normales, igualmente la densidad neuronal y celular glial y el tamaño neuronal en la corteza del cíngulo anterior, están reducidas, más aún la glía que contribuye a la función sináptica y la neurotransmisión, y además tienen un papel importante en el metabolismo de las neuronas, presenta anomalías en sus funciones que predisponen al trastorno depresivo mayor (32).

El factor neurotrófico es una proteína dimérica que se encuentra en el cerebro, sus mayores concentraciones plasmáticas están en las zonas del hipocampo y la corteza cerebral, su disminución puede contribuir a la atrofia del hipocampo, al aumento de la atrofia celular en la corteza y las áreas límbicas del cerebro, esto trae como consecuencia comportamientos asociados a la depresión (33).

### **2.1.13. Teorías Psicológicas que intentan explicar el porqué de la Depresión.**

La teoría psicoanalítica sobre los fenómenos depresivos comprende y explica la melancolía desde la psicogénesis de la sexualidad y el autoerotismo; Freud en la neurastenia (neurosis) describe síntomas muy parecidos a la actual depresión: fatiga,

cansancio, debilidad sexual, etc., la permutación del afecto que provoca la melancolía que avasalla el yo a través de una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de la productividad y una rebaja en el sentimiento, este no es solo “el duelo” a este le hace falta lo que el melancólico posee “una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico- un enorme empobrecimiento del yo”, en el duelo el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al Yo mismo. La “pulsión de muerte” nos hace comprender el deseo de no vivir del depresivo, este padecimiento subjetivo y tensión ocurre entre el yo y el ideal del yo, generando cuadros depresivos frente a la pérdida del objeto amado; duelo normal a una pérdida simple del objeto, depresión narcisista en contraposición el ideal narcisista y el yo subestimado con una elevada conciencia autocrítica, depresión culpógena el yo es el malo-1 gresivo y el objeto más que perdido fue dañado con una auto culpa extraordinaria (34).

La teoría psicodinámica se centra en el duelo, es decir, los deprimidos se parecen a las personas que sufren un duelo complicado y que no pueden adaptarse a la vida sin la persona amada, este esquema se desarrolla en la infancia, normalmente por la ausencia de uno de los progenitores y la retirada de su afecto (29).

Las teorías cognitivas consideran que en los procesos depresivos los patrones cognitivos están distorsionados; de esta manera el paciente tiene una visión negativa de sí mismo, que tiende a subestimarse y criticarse en base a sus defectos y piensa que carece de atributos para lograr la alegría y felicidad, de igual manera la interpretación negativa de las experiencias, cuando se observa cómo construye situaciones en dirección negativa; y, la visión negativa que tiene acerca del futuro. Además, el patrón motivacional, como la poca fuerza de voluntad, deseos de escape, evitación, la creciente dependencia, entre otros; y no menos importante es la inhibición psicomotriz -que es más bien un síntoma

físico- también son resultado de cogniciones alteradas. El pensamiento depresivo, es contraproducente y hace sufrir al paciente, ya que se pierde la objetividad y el control voluntario del pensamiento que cada vez está más dominado por ideas negativas distorsionando la realidad pudiendo llegar a estar totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos y perseverantes. Los errores en el procesamiento de la información mantienen los conceptos negativos; el paciente tiende a emitir juicios globales, sus contenidos de pensamiento son extremos, categóricos, negativos, absolutistas, etc., la respuesta emocional por tanto es negativa y extrema (35).

**2.1.14. Factores que desencadenan depresión.** Este síndrome afectivo generalmente es multifactorial; el factor genético es importante ya que se ha demostrado que la depresión tiende a afectar a miembros de la misma familia, sobre todo en lo que se refiere a la depresión grave en personas jóvenes; por su lado, el factor personalidad no es determinante pero sí contribuye a desarrollar depresión, las personalidades con rasgos rígidos, inflexibles, ansiosas y obsesivas son las que más están predispuestas a esta patología; por otro lado, el género femenino es el más afectado con una prevalencia del doble versus al género masculino, también se encuentran ligados a esta enfermedad las enfermedades crónicas, la discapacidad, la dependencia de los demás y hasta algunos fármacos (36).

La edad es otro factor que generalmente no se toma en cuenta, así, los síntomas característicos pueden cambiar según la etapa de vida que la persona está atravesando; los pre púberes desarrollan episodios depresivos mayores que se acompañan con otros trastornos mentales como déficit de atención y ansiedad; los adolescentes también tienen depresión mayor relacionados a comportamientos perturbadores por adiciones, sustancias y conducta alimentaria; la depresión tiende a aumentar con la edad, en adultos y ancianos esta se acompaña con discapacidad cognitiva limitación funcional y falta de



apoyo social (37). Estos factores exógenos y endógenos desencadenan un estado psicológico anormal en un momento dado de la trayectoria vital, las vivencias en algunos momentos pueden ser acontecimientos penosos que se asocian a cambios negativos en el campo somático, de conducta, cognitivo y asertivo. Dentro de ellos las características negativas percibidas en la escuela, en el vecindario, en la familia, de parte de los maestros, de los amigos, en las instituciones y las redes sociales aumentan el efecto negativo para desarrollar esta problemática mental (38). El contexto en el que se vive como el vecindario, el lugar de residencia, los espacios públicos disponibles para la interacción social se asocian con síntomas depresivos (39) los sucesos de la vida estresantes con consecuencias negativas son potenciados por un vecindario desventajoso, por ejemplo, ser víctima de violencia, de desastres naturales o el abandono (40).

**2.1.15. Criterios de diagnóstico.** La Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA) incluye al episodio de manía en todos los trastornos afectivos, e indica que se pueden encontrar características centrales en los cuatro dominios: afectivo, cognitivo, conductual y fisiológico. Por lo que la afectación del cuerpo, el estado de niño, los pensamientos, actitudes y comportamiento, hábitos alimentarios, habilidad de trabajar, estudiar e interactuar con otras personas están alterados, además se puede observar llanto inesperado, autolesiones, aislamiento social, incompetencia, auto reproches entre otros, hasta la interrupción del ciclo menstrual en mujeres. Para la DSM-IV TR, la depresión es un fenómeno complejo en el que se puede observar marcada disminución del interés y placer, agitación o retraso psicomotor, menor capacidad de pensar y concentrarse, pensamientos suicidas; funcionamiento social y laboral deteriorados. Por su lado el CIE 10 indica un decaimiento en el ánimo, reducción de energía con consecuente disminución de la actividad, la capacidad de disfrutar esta perturbada, los sentimientos que son

hegemónicos son los de culpa y pérdida, también se ve afectado la libido con una disminución del interés sexual (41).

**2.1.16. Evolución.** Este síndrome episódico, por lo general recidiva, prolongándose por un lapso de tiempo de dos semanas y en cuya clínica se presenta síntomas como una notable disminución del interés, del placer, de la energía, de la valoración de sí mismo y la capacidad de pensar y de concentrarse; como signos depresivos podemos ver el retraso psicomotor, es decir disminución de actividad psicomotriz, alteración del patrón de sueño y del apetito (42).

**2.1.17. La adolescencia.** Es la etapa del ciclo vital del ser humano que transcurre entre los 10 a 19 años y que incluye fases, la adolescencia temprana (de 10 a 14 años) y la adolescencia tardía (de 15 a 19 años), el Ministerio de Salud del Perú, bajo la Resolución Ministerial No 538-2009/MINSA, determina el nuevo rango de edades para definir la etapa de vida adolescente de los 12 a 17 años, 11 meses y 29 días (43). Es una época que abarca varios años, en la que se comienza adquirir experiencia y aprender de los errores, en esta transición hacia la vida adulta se encuentran las variables que inciden en su desarrollo: socioculturales, geográficas, climáticas, ambientales, de procesos de inteligencia, entre otras (44). Por lo que es una etapa difícil en la vida de los seres humanos, porque en ella se genera crisis, conflictos y contradicciones; no solo porque surgen interrogantes inexistentes hasta ese momento que configuran la adaptación a las modificaciones corporales: el rápido e intenso crecimiento físico acompañado de profundos cambios en el cuerpo; sino que también se originan grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social (45). Durante la adolescencia se busca la identificación y autenticación de la autonomía y la aceptación en la sociedad, y experimentan junto con la sensación de independencia el descubrimiento de su sexualidad (46). Según Erik Erikson, la pubertad y la adolescencia entre los doce y los

veinte años, etapa en que la búsqueda de la identidad alcanza un punto crítico, la identidad se refiere a una integración de papeles. Es así que los y las adolescentes deben ser capaces de formar parte de un grupo social, en el que serán juzgados por sus logros y se juzgarán a sí mismos, como parte del éxito y/o crecimiento personal. La formación de la identidad es un proceso altamente complejo que usa dos virtudes humanas: la devoción y la fidelidad. Las creencias y valores forman parte de la cultura, estas reglamentan la identidad de la persona y su ideología en un sentido de identidad (47). Sigmund Freud supone la extensión universal de su concepción del desarrollo en las diferentes culturas así una definición del desarrollo adolescente en función de la dinámica psicosocial, la adolescencia se corresponde con la etapa genital, que sigue a la fase infantil de latencia y es cuando se resuelve definitivamente la situación edénica la misión del adolescente es lograr la primacía genital y la definitiva búsqueda no incestuosa del objeto amado (48). En el contexto anterior, la adolescencia es una etapa de cambio, el crecimiento físico y el desarrollo psico socio afectivo y cultural es complejo (49).

**Adolescente.** Individuo que se encuentra en pleno desarrollo físico, cognoscitivo, de la personalidad y emocional; el crecimiento y desarrollo corporal está desencadenado por una gran movilidad hormonal.

**Adolescencia.** Periodo crítico de transición personal caracterizada por los profundos cambios que ocurren durante esta etapa de vida, estos pueden ser facilitadas o dificultades por una variedad de factores de índole biológico, psicológico, social y culturales, es así que la maduración biológica que implica el descubrimiento y desarrollo sexual, la autodefinición de la identidad y personalidad, y las decisiones de estudio y trabajo son algunos aspectos que caracterizan el paso de la dependencia hasta la capacidad de valerse por sí mismo (50).

**Depresión.** Estado en el que el área afectiva de la persona está alterada, existe una pérdida en el interés o placer por realizar actividades de la vida diaria, sin ser atribuidas a otras condiciones médicas, este estado al menos debe perdurar por dos semanas (51).

## **2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.3.1..hipótesis general**

Características socio familiares y su relación con la depresión en adolescentes escolarizados de la institución educativa agropecuaria de San Juan del Oro - Sandia .

### **2.3.2. Hipótesis específicas**

1. Las características socio familiares y su relación con la depresión en adolescentes escolarizados es deficiente en la institución educativa agropecuaria de San Juan del Oro -Sandia .

2 . Las características socio familiares y su relación con la depresión en adolescentes escolarizados es deficiente en la institución educativa agropecuaria en San Juan del Oro en adolescentes de 10 a 19 de edad , severos leves y moderados .

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. ZONA DE ESTUDIO

La Institución Educativa Secundaria AGROPECUARIO SAN JUAN DEL ORO de nivel Secundaria, con estudiantes varones y mujeres. Se encuentra ubicada en el Sector Belén a 10 minutos de caminata del mismo Distrito de San Juan del Oro, Provincia Sandia, Departamento de Puno.

**Centro Poblado:** San Juan Del Oro

**Tipo de gestión:** Pública de gestión directa

**Altitud:** 1318

**Turno de atención:** Mañana

Los adolescentes mayor mente se ocupan de sus estudios y también brindan apoyo en el trabajo de campo a sus padres.

El Distrito de San Juan del Oro está a una altitud de 1298 metros de altitud.

### 3.2. TAMAÑO DE MUESTRA

**Población.** Centrándonos para esta investigación en una población de 50 estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Secundaria Agropecuaria San Juan de Oro, que integran entre las edades de 13 a 17 años, de ambos sexos.

**Muestra.** La muestra es de 50 estudiantes adolescentes de los cuales se obtendrá mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia, siendo este el que permite seleccionar aquellos accesibles que acepten ser incluidos.

#### **Criterios de Inclusión:**

- Adolescentes matriculados en la I.E.S.
- Adolescentes con disponibilidad de participar
- Adolescentes cuya edad oscila entre 13 y 17 años

#### **Criterios de Exclusión:**

- Adolescentes menores de 13 años y mayores de 18 años
- Adolescentes con alguna discapacidad cognitiva.

### 3.3. MÉTODOS Y TÉCNICAS

#### **TÉCNICAS**

**Técnica.** Se utilizó el método de la entrevista que es la más utilizada en las investigaciones Ciencias médicas y de la salud ,la información de parte de las personas técnica, entre los distintos datos que se pueden recolectar.

**INSTRUMENTOS**

**Instrumento.** Se hizo uso de un cuestionario, este último se diseñó en base a dos instrumentos validados y confiables según procedimientos normados.

**3.4. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.**

| VARIABLE                                | DIMENSIÓN               | DEFINICIÓN OPERACIONAL   | INDICADOR | ÍNDICE | ESCALA  |                      |
|---|-------------------------|--|-----------|--------|---------|----------------------|
| <b>VARIABLE INDEPENDIENTE.</b>          | Grado de depresión      | Trastorno clínico medido en función a las puntuaciones obtenidas en la escala de depresión de Beck |           | 0-9    | Nominal |                      |
|   |                         |  |           | 10-16  |         |                      |
|   |                         |  |           | Mínima |         | 17-29                |
|   |                         |  |           | Leve   |         |                      |
| <b>Características socio familiares</b> | Ambiente familiar.      | Satisfacción, insatisfecho   | Moderada  | 30-63  |         |                      |
|   | Funcionalidad familiar. | Adecuada, inadecuada.  | Grave     |        |         |                      |
| <b>VARIABLE DEPENDIENTE.</b>            | Comunicación            | Clara, difusión  |           |        |         |                      |
|   |                         |  |           |        |         | Afectividad familiar |
| <b>Depresión del adolescente</b>        | Grado de depresión      | Nuclear, extensa, monoparental, reconstituida, adoptiva, biparental.                               |           |        |         |                      |

Fuente. Elaboración propia

### 3.5. MÉTODO O DISEÑO ESTADÍSTICO

#### Métodos

Nuestra propuesta investigativa se basa en un estudio de diseño no experimental de tipo descriptivo porque se tiene como finalidad describir la variable a investigar sin manipularla, se recopilará la información en un solo momento o en un periodo de tiempo único por lo será transversal.

El diseño del estudio es descriptivo simple y su diagrama es el siguiente:

Donde:

M-----O

M= Representa la muestra

O=Representa la variable a describir

#### Unidad de Análisis

Se realizará un análisis descriptivo de la información, para revisar el comportamiento de los datos y tener información sintetizada, se utilizará el procesamiento automatizado de datos por medio de un software estadístico y una hoja de cálculo que son el SPSS v.22 y Excel 2016, se obtendrá estadígrafos y tablas descriptivas.



## CAPÍTULO IV

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**TABLA 1:** CARACTERÍSTICAS SOCIO FAMILIARES EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA AGROPECUARIA SAN JUAN DEL ORO-SANDIA 2021.

## CARACTERÍSTICAS DE LOS ADOLESCENTES

|       |         | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| SEXO  | HOMBRE  | 26         | 52,0       | 52,0              | 52,0                 |
| ETNIA | MUJER   | 24         | 48,0       | 48,0              | 100,0                |
|       | QUECHUA | 50         | 100,0      | 100,0             | 100,0                |
|       | Total   | 50         | 100,0      | 100,0             |                      |

**Fuente:** programa SPSS versión 25

En la tabla 1 vemos el sexo y la etnia de los adolescentes donde, el 52% son varones y el 48% son mujeres, con el 100% que son quechua hablantes, lo que hizo más fácil hacer la toma de la encuesta ya que tenemos el dominio del idioma para poder comunicarme con la población y poder dar la orientación adecuada.

**TABLA 2:** LUGAR DE RADICACIÓN DE LOS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA AGROPECUARIA SAN JUAN DEL ORO-SANDIA 2021.

**DONDE RADICAN LOS ADOLESCENTES.**

|                                |        | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------------------------|--------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| RADICA<br>DE<br>DÓNDE<br>VIENE | URBANA | 20         | 40,0       | 40,0              | 40,0                 |
|                                | RURAL  | 30         | 60,0       | 60,0              | 100,0                |
|                                | COSTA  | 1          | 2,0        | 2,0               | 2,0                  |
|                                | SIERRA | 3          | 6,0        | 6,0               | 8,0                  |
|                                | SELVA  | 46         | 92,0       | 92,0              | 100,0                |
| Total                          |        | 50         | 100,0      | 100,0             |                      |

**Fuente:** programa SPSS versión 25

En la tabla 2, los adolescentes radican en zona urbana un 40% y en zona rural la mayoría con un 60%, provienen de la región costa el 2%, de la región sierra el 6%, y la región selva la gran mayoría con un 92%, de esta manera los adolescentes que provienen de otros lugares se les hace difícil adecuarse a los estilos de vida de la zona tropical de Puno.

Yudy Lobon y Olivia Condori, en su estudio encuentro : Factores asociados al suicidio en adolescentes, Juliaca - 2016, tuvo como resultados: El factor psicológico provoca estrés, depresión, pesimismo, por no encontrarse en equilibrio con su entorno sociocultural; lo

psicológico es ambivalente, se encuentra entre el amor y el odio; por tanto, el 11% de suicidios se manifiesta en una etapa crítica personal. En este contexto, el suicidio en los adolescentes, jóvenes y adultos tema de nuestra investigación no es un acto impulsivo del momento; sino, que ocurre como etapa final de un periodo de crisis personal y malestar externo; es una reacción extrema de la persona cuando se siente excluida de su entorno social y familiar.

La autora Sinthia Apaza en su estudio: Funcionabilidad familiar relacionado con la depresión en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial N°32 Puno - 2018. Llegó a las siguientes conclusiones: Este trabajo tiene como objetivo determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el nivel de depresión en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial N°32 Puno. Siendo un estudio descriptivo transversal con diseño correlacional. El estudio se realizó con una muestra de 130 adolescentes de ambos sexos de 3ro y 4to de secundaria que cumplieron con los criterios de selección; la recolección de datos se realizó mediante la técnica de la encuesta; el instrumento aplicado es el test de Funcionamiento Familiar FF-SIL y la escala de Zung para la depresión. En relación a la funcionalidad familiar los resultados fueron que el 63.08 % pertenecen a familia moderadamente funcional, 22.31 % disfuncional y 6.92 % severamente disfuncional. Referente a la depresión el 15.38 % de adolescentes presentaron depresión leve y el 2.31 % depresión moderada. Para conocer la relación entre la funcionalidad familiar y el nivel de depresión, se aplicó la prueba de Ji cuadrado

**TABLA 3:** CARACTERÍSTICAS FAMILIARES EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA AGROPECUARIA SAN JUAN DEL ORO-SANDIA 2021.

**CARACTERÍSTICAS FAMILIARES EN ADOLESCENTES.**

|                       |                | <b>Frecuencia.</b> | <b>Porcentaje.</b> | <b>Porcentaje válido.</b> | <b>Porcentaje acumulado</b> |
|-----------------------|----------------|--------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------------|
| TIPO DE FAMILIA       | NUCLEAR        | 45                 | 90,0               | 90,0                      | 90,0                        |
|                       | EXTENSA        | 3                  | 6,0                | 6,0                       | 96,0                        |
|                       | MONOPARENTAL   | 2                  | 4,0                | 4,0                       | 100,0                       |
| COMUNICACIÓN.         | CLARA          | 2                  | 4,0                | 96,0                      | 96,0                        |
|                       | DIFUSA         | 48                 | 96,0               | 4,0                       | 100,0                       |
| FUNCIONALIDAD.        | ADECUADA       | 1                  | 2,0                | 98,0                      | 98,0                        |
|                       | INADECUADA     | 49                 | 98,0               | 2,0                       | 100,0                       |
| AFECTIVIDAD FAMILIAR. | AUSENTE        | 35                 | 70,0               | 30,0                      | 30,0                        |
|                       | PRESENTE       | 15                 | 30,0               | 70,0                      | 100,0                       |
| AMBIENTE FAMILIAR.    | INSATISFACCIÓN | 50                 | 100,0              | 100,0                     | 100,0                       |
| Total                 |                | 50                 | 100,0              | 100,0                     |                             |

**Fuente:** programa SPSS versión 25

En la tabla 3, se observa que el 90% de los adolescentes provienen de familias nucleares valga la aclaración donde solo viven mama, papa e hijos, en cuanto a la comunicación es difusa en el 96% siendo la mayoría de los adolescentes que no

mantiene comunicación con sus padres, de esta manera también observamos que el 98% tiene una funcionalidad inadecuada, nos referimos a la presencia de los padres en el hogar pero no mantiene una adecuada educación y comunicación con sus hijos fuera de los problemas que tienen entre ellos los hacen partícipes sin que ellos tuvieran algo que ver, por otro lado la afectividad familiar es ausente en un 70% de los adolescentes y presente solo en un 30%, lo que hace suponer que los padre demuestran el amor hacia sus hijos muy pocas veces en sus logros, el nivel de insatisfacción en el ambiente familiar es del 100% de los adolescentes.

Olivera, et al. Lima-2018, determinaron la influencia de la funcionalidad familiar en la depresión de adolescentes de la institución educativa particular "Gran Amauta de Motupe" Lima, 2018. Material y método: El diseño utilizado fue no experimental, de corte transversal, correlacional causal, los instrumentos utilizados fueron: la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar, FACES IV, de Olson y el Inventario de Depresión de Beck (IDB-II). Resultados: La muestra estuvo compuesta por 91 adolescentes de primero a quinto de secundaria entre 12 y 17 años de edad de nivel secundario. El análisis general mostró un 51.6% de depresión mínima, 28.5% leve, 10.9% moderada y 8.7% severa. Mientras que la funcionalidad familiar mostró 65.9% de funcionalidad intermedia y 34% baja. Conclusión: Los adolescentes que presentan menor funcionalidad familiar tienden a presentar mayor sintomatología depresiva (19).

**TABLA 4:** GRADO DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA AGROPECUARIA SAN JUAN DEL ORO-SANDIA 2021.

**GRADO DE DEPRESIÓN DE LOS ADOLESCENTES**

| <b>Depresión</b> | <b>Puntaje</b> | <b>N° de casos</b> | <b>%</b> |
|------------------|----------------|--------------------|----------|
| Mínima           | 0-9 puntos     | 0                  | 0.0      |
| Leve             | 10-16 puntos   | 0                  | 0.0      |
| Moderada         | 17-29 puntos   | 8                  | 12%      |
| Grave            | 30 a 63 puntos | 42                 | 88%      |

En la tabla 4 se ve los resultados del grado de depresión que tienen los adolescentes, no se tiene casos en el grado leve y mínima, en los grados moderado hacen un total de 12%, dando a conocer que es un trastorno depresivo recurrente y se caracteriza por repetidos episodios de depresión. Durante estos episodios, hay estado de ánimo deprimido, pérdida

de interés y de la capacidad de disfrutar, reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, lo que podría durar más de dos semanas, posterior a ello le sigue el porcentaje más alto es el grado grave con un 88%, lo que nos da a conocer que es un grado de depresión como un trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades. También denominada «trastorno depresivo mayor» o «depresión clínica», afecta los sentimientos, los pensamientos y el comportamiento de una persona, y puede causar una variedad de problemas físicos y emocionales. Es posible tener muchas dificultades para realizar las actividades visto que afecta no solo los sentimientos emocionales sino también el desgano por hacer alguna actividad, más que solo una tristeza pasajera, la depresión no es una debilidad y uno no puede recuperarse de la noche a la mañana de manera sencilla. La depresión puede requerir tratamiento a largo plazo, bajo el apoyo emocional de los padres la familia ayudará con el 100% de la recuperación de esta persona deprimida.

La autora Sinthia Apaza en su estudio: Funcionabilidad familiar relacionado con la depresión en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial N°32 Puno - 2018. Llegó a las siguientes conclusiones: Este trabajo tiene como objetivo determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el nivel de depresión en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial N°32 Puno. Siendo un estudio descriptivo transversal con diseño correlacional. El estudio se realizó con una muestra de 130 adolescentes de ambos sexos de 3ro y 4to de secundaria que cumplieron con los criterios de selección; la recolección de datos se realizó mediante la técnica de la encuesta; el instrumento aplicado es el test de Funcionamiento Familiar FF-SIL y la escala de Zung para la depresión. En relación a la funcionalidad familiar los resultados fueron que el 63.08 % pertenecen a familia moderadamente funcional, 22.31 % disfuncional y 6.92 %

severamente disfuncional. Referente a la depresión el 15.38 % de adolescentes presentaron depresión leve y el 2.31 % depresión moderada. Para conocer la relación entre la funcionalidad familiar y el nivel de depresión, se aplicó la prueba de Ji cuadrado de asociación, determinó la existencia de diferencia estadística significativa ( $p=0.0001$ ), de lo cual se interpreta que la funcionalidad familiar se relaciona con el nivel de depresión; por lo cual se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

**TABLA 5:** PRUEBA DE LAS HIPÓTESIS DE CHI CUADRADO CON LA VARIABLE DEPRESIÓN Y FACTORES SOCIOFAMILIARES.

#### PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

| VARIABLE                            | Valor | Xt    | Significación |
|-------------------------------------|-------|-------|---------------|
| CHI-CUADRADO DE PEARSON             | 13.55 | 12.64 | ,0155         |
| VARIABLE: FACTORES SOCIO FAMILIARES |       |       |               |
| N. DE CASOS VÁLIDOS                 | 50    |       |               |

**Fuente:** Trabajo estadístico

Al realizar la prueba de hipótesis se observa que el valor de chi cuadrado C es de 13.55 es mayor que el valor de chi cuadrado de t es de 12.64, y eso hace que rechace la hipótesis nula y acepta la hipótesis alternativa, el nivel de significancia alfa igual 0.05 (5%) en el trabajo que se hizo. Lo que hace referencia que, si existe relación entre los factores socio familiares y la depresión en los adolescentes, de esta manera el trabajo



tiene una confiabilidad del 95%, teniendo un nivel de significancia de 0.0155 siendo el valor menor al P valor de 0.05, de esta manera se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA** : Características socio familiares influyen significativamente en el desarrollo escolar de los estudiantes de la institución educativa secundaria agropecuaria de San Juan de Oro -Sandia , 2021.

**SEGUNDO** :Las relaciones familiares influyen significativamente en el desarrollo escolar en los estudiantes de la institución educativa secundaria agropecuaria de San Juan de Oro -Sandia ,2021.

**TERCERA** : . La depresión puede requerir tratamiento a largo plazo, bajo el apoyo emocional de los padres la familia ayudará con el 100% de la recuperación de esta persona deprimida.

## RECOMENDACIONES

**1:** Al Director y coordinador se le recomienda tomar mayor interés en este tema características socio familiares y su relación con la depresión en adolescentes escolarizadas debido a que la familia es la base fundamental donde el adolescente se forma para desarrollarse en su entorno educativo.

**2:** En la institución educativa secundaria agropecuaria de San Juan del Oro -Sandia se recomienda a los padres de familia que implementen actividad deportivas para los adolescentes .

**3 :** También mis recomendación a los maestros deben capacitarse sobre características socio familiar y su relación con la depresión en adolescentes escolarizadas en la Institución educativa agropecuaria San Juan del Oro -Sandia .

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Murray, C. J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., Memish, Z. A. Disability- adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9857), 2197-2223;2012. doi: [10.1016/S0140-6736\(12\)61689-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61689-4).
2. MINSA. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica en salud mental y psiquiatría: guía de práctica clínica en depresión, guía de práctica clínica en conducta suicida. Lima: Dirección General de Salud Mental de las Personas. Recuperado de [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud\\_mental\\_documentos/04\\_Guias\\_Practica\\_Clinica\\_Salud\\_Mental\\_Psiquiatria.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/04_Guias_Practica_Clinica_Salud_Mental_Psiquiatria.pdf).
3. OMS. Salud mental del adolescente. Obtenido de Organización Mundial de la Salud, 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
4. Huberty 2012, Huberty, T. J. Anxiety and depression in children and adolescents: assessment, intervention, and prevention. Indiana: Springer.2012.doi: [10.1007/978-1-4614-3110-7](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3110-7).
5. Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar. Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379(9820), 1056-1067. 2012. doi: [10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4).
6. Stirling, Tombourou, & Rowlan, 2015, Stirling, K., Tombourou, J. W., & Rowland, B. Community factors influencing child and adolescent depression: a systematic

- review and meta-analysis. Australian & New Zeland Journal of Psychiatry, 49(10), 869-886, 2015. doi: [10.1177/0004867415603129](https://doi.org/10.1177/0004867415603129).
7. Organización Mundial de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. 2017 URL Disponible en: [iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf).
  8. UNICEF: FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. [Internet]. Nueva York.2011. Estado Mundial de la Infancia 2011. Disponible en: [https://www.unicef.org/SOWC\\_2011\\_Main\\_Report\\_SP\\_02092011.pdf](https://www.unicef.org/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf).
  9. University of Iowa Hospitals and Clinics. [Internet]. Estados Unidos: University of Iowa Hospitals and Clinics; 2012 [actualizado 2016; citado el 26 Oct 2016] Disponible en: [https://www.uihealthcare.org/Adam/?/Spanish+HIE+Multimedia/5/0015\\_18](https://www.uihealthcare.org/Adam/?/Spanish+HIE+Multimedia/5/0015_18).
  10. OPS. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: 2017. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>.
  11. Sausa, M. Menores ocupan el 70% de atenciones en salud mental, 2018. [INFOGRAFÍA]. Perú 21. URL Disponible en: <https://peru21.pe/peru/cifras-salud-mental-peru-menores-ocupan-70-atenciones-infografia-394376>.

12. OMS. Depression and other common mental disorders: global health estimates. 2017. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>.
13. Encuesta Demografica y de Salud Familiar. ENDES 2013-2015.
14. Instituto Nacional de Salud Mental del Perú (INSM). Instituto Nacional de Salud Mental (2013). Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao – Replicación 2012 (Informe general. Anales de salud mental). Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2009-ASM-EESM-SR.pdf>.
15. Guagalango Ruiz, Daysi Elizabeth; Herrera Robles, Nelly Carolina. Depresión en adolescentes escolarizados de décimo año de la Unidad Educativa Municipal Antonio José de Sucre en el periodo de septiembre 2016 - febrero 2017. Proyecto de Investigación presentado como requisito previo a la obtención del Título de Licenciadas en Enfermería. Carrera de Enfermería. Quito: UCE.84 p.
16. Simões, R., Maria Pereira, Façanha, J. Daniel Neto, Marques, L., Loureiro, C., Matos, M.E., & Santos, J. C. P. (2016). Adolescent depression in schools: + contigo Project. Revista De Enfermagem Referência, 4(9), 37-44. doi:<http://bbibliograficas.ucc.edu.co:2076/10.12707/RIV15026>.
17. Ceballos-Ospino, Guillermo Augusto, & Suarez-Colorado, Yuli, & Suescún-Arregocés, Jesús, & Gamarra-Vega, Lizeth Milena, & González, Karen Estefany, & Sotelo Manjarres, Andrea Paola (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. Duazary, 12(1),15-22. ISSN: 1794-5992. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5121/512156301003>.

18. Márquez Miñano, María Elena Suing Talavera, Sadday Acoso escolar y depresión en adolescentes de una Institución Educativa del distrito de Trujillo, 2019. Universidad Cesar Vallejo, 2019.
19. Andy Nataly Olivera, Edith Gissela Rivera, Milagros Gutiérrez Trevejo, Juan Méndez. Funcionalidad familiar en la depresión de adolescentes de la Institución Educativa Particular "Gran Amauta de Motupe" Lima, 2018 Rev. Estomatol. Herediana vol.29 no.3 Lima jul./sep 2019. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/reh.v29i3.3602> .
20. Bustillos-Cotrado, A., Laguna-León, E. Depresión y Factores Asociados en Adolescentes. Rev Peru Investig Salud. 2018;2(2):10-15. Obtenido de: [../pc/Downloads/DialnetDepresionYFactoresAsociadosEnAdolescentesDeUnColeg-7174436.pdf](http://pc/Downloads/DialnetDepresionYFactoresAsociadosEnAdolescentesDeUnColeg-7174436.pdf).
21. Merino, J. Relación entre bullying y depresión en estudiantes de 5to año de secundaria de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Breña, 2016 (tesis de pregrado). Universidad César Vallejo, Lima, Perú, 2016.
22. Monteso Curto, M. P. La depresión en las mujeres. Una aproximación multidisciplinar desde la perspectiva de género. Publicación URV, Tarragona, 2015.
23. San Molina, L. y Arranz Marti, B. Comprender la depresión. Editorial Amat, Barcelona, 2010
24. WHO. Depresión. Organización Mundo la Salud [Internet]. 2017;4(1):2017. Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>.
25. Ng CWM, How CH, Ng YP. Major depression in primary care: Making El diagnosis. Singapore Med J [Internet]. 2016;57(11):591–7. Disponible en:

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5331132/.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5331132/)

26. Rojas, E. Cómo superar a la depresión, que hacer contra el mal de la tristeza. Editorial Planeta S.A. Barcelona-España,2014.
27. Solomon, A. El demonio de la depresión. 2015.
28. Campillo, C. y Caraveo J. Epidemiología de la depresión. 2018.
29. Kaplan BJ VASHI. Kaplan & Sadock' s synopsis of psychiatry: behavioral scienc  
psychiatry. Philadelphia, Pa [Internet]. 2003;  
  
[https://www.worldcat.org/title/kaplan-sadocks-synopsis-of-psychiatry-behavioral-sciencesclinical-psychiatry/oclc/50285304?fbclid=IwAR0V9zOhzGQy4F8F1hU2Li0G1a0O001adpmoD\\_4o7G1u7nWfrlpMVcpLc0c](https://www.worldcat.org/title/kaplan-sadocks-synopsis-of-psychiatry-behavioral-sciencesclinical-psychiatry/oclc/50285304?fbclid=IwAR0V9zOhzGQy4F8F1hU2Li0G1a0O001adpmoD_4o7G1u7nWfrlpMVcpLc0c).
30. Farouk Radwan, M. La guía definitiva para superar la depresión, cambios de ánimo y mal humor, 2014.
31. Xiang L, Szebeni K, Szebeni A, et al. Dopamine receptor gene expression in human amygdaloid nuclei: Elevated D4 receptor mRNAs in major depression. Brain Res 2008;1207: 214-224.
32. Díaz Villa, B.A. y González González, C. Actualidades en neurobiología de la depresión. Revista Latinoamericana de Psiquiatría 2012: 11(3):106-115.



33. Taliaz D, Stall N, Dar DE, Zangen A. Knockdown of brain derived neurotrophic factor in specific brain sites precipitates behaviour associated with depression and reduces neurogénesis. *Molecular Psychiatry* 2010;5-80-92.
34. Korman, G.P. y Sarudiansky, M. Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, vol 15, núm 1; 2011. pp 119-145.
35. Lorén JM. Terapia cognitiva de la depresión. *Rev Psicoter* [Internet]. 1990;1(2-3): 81-94. Disponible en:  
  
rG\_VffVOW\_kQTao1ZblWyHTKcnx4Zbcagq94DyGUMb15pFwE-Y4
36. San Molina, L. y Arranz Marti, B. Comprender la depresión. Editorial Amat, Barcelona-España, 2010.
37. Olivan Blazquez, B., Monton Franco, C., Magallon Botaya, R. y López del Hoyo, Y. Plantandole la cara a la depresión. ¿Cómo prevenirla y superarla? Erasmus ediciones, Barcelona-España, 2011
38. Auerbach, R.P., Bigda-Peyton, J.S., Eberhart, N.K. et al. Conceptualizing the prospective relationship between social support, stress, and depressive symptoms among adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(4), 475-487; 2011. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9479-x>
39. Huston, A.C. y Bentley A.C. Human development in societal context. *Annual Review of Psychology*, 61, 411-437; 2010. Disponible en: <https://di.org/10.1146/annurev.psych.093008.100442>.

40. Gonzales Lugo, S., Pineda Domínguez, A. y Gaxiola Romero, J. C. Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1-11; 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javieriana.upsy17-3.dafr>.
41. Barradas Alarcón, M.E. Depresión en estudiantes universitarios. Una realidad indeseable. Estados Unidos de América, 2014.
42. El Mallakh RS. Clues to depression in primary care practice. *Posgrado Med*[Internet]. 1996;100(1):85–96. Disponible en: [https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3810/pgm.1996.07.9?fbclid=IwAR00lvJ6YkeovSBrCzrD93GkUe6LT7vhXC9pRAEs\\_y7PI8uvL5N7YKKmFvk&](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3810/pgm.1996.07.9?fbclid=IwAR00lvJ6YkeovSBrCzrD93GkUe6LT7vhXC9pRAEs_y7PI8uvL5N7YKKmFvk&)
43. MINSA. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral y Diferenciación de la Gestante Adolescente durante el embarazo, Parto y puerperio. Lima, 2017.
44. Málaga Yanqui, F. ¿Cómo entender a los adolescentes? 1ª ed. 2010, p.1.
45. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Primera persona. Realidades adolescentes Internet. Uruguay: UNICEF, 2014. Disponible en: [http://www.bibliotecaunicef.uy/doc\\_numphp?explnum\\_id?=127](http://www.bibliotecaunicef.uy/doc_numphp?explnum_id?=127).
46. Lozano A. Teorías de teorías sobre la adolescencia. Internet, 2014. Disponible en: <http://www.cidpa.cl/wp-content/uploads/2014/08/u%CC%81timade%CC%81cada-40-completa.pdf>
- 47 Pérez Correa Gonzales G. El desarrollo del Ego. Sus ocho etapas según Erik Erikson. Disponible en: <http://www.unam.mx/rompan/50/rf50d.html>

48. Lozano A. Teorías sobre la Adolescencia. Última década, 2014. 22(40). [Internet] Disponible en <http://www.cidpa.cl/wp-content/uploads/2014/08/u%CC%811tima->
  49. MINSA. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral y Diferenciación de la Gestante Adolescente durante el embarazo, Parto y puerperio. Lima, 2017.
  50. Lescano, A.G., Antiporta, D.A., Luna, A., et al. Desafíos y prioridades: política de adolescentes y jóvenes en el Perú. Adolescencia y juventud: Los desafíos base. 1ª ed. Lima-Perú; 2018.
  51. American Psychiatric Association APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5ª ed. Washington; 2013.
  52. Díaz-Bravo Laura, Torruco-García Uri, Martínez-Hernández Mildred, Varela-Ruiz Margarita. La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación educativa. médica [revista en Internet]. 2013; 2(7): 162-167. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es).
  53. Contreras, J.A., Hernández, L. y Freyre, M.A. Validez del constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. Terapia Psicológica, 33(3), 195-203; 2015. Disponible en: <http://teps.cl/index.php/teps/article/view/6/7>.
  54. Melipillan Araneda, R., Cova Solar, F., Rincón González, P. y Valdivia Peralta, M. Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. Psicología v.26.n.1 Santiago, 2008.
- debes llegar a 25 autores es muy poca la bibliografía

ANEXOS

**ANEXO 1: Consentimiento informado**

UNIVERSIDAD  
PRIVADA SAN CARLOS

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Buen día Sr. (a) el presente trabajo de investigación se hace con el objetivo de diagnosticar depresión en sus menores hijos con la finalidad de revertir este problema social que se presenta en la etapa de la adolescencia con frecuencia, de esta manera es que pido a ud. Autorice para que su menor hijo pueda ser parte de esta investigación siendo esta confidencial y totalmente voluntaria.

Siendo egresada de la carrera profesional de enfermería de la Universidad Privada San Carlos, es que informo a ud. sobre este trabajo de investigación para lo cual.

Yo padre de familia, fui adecuadamente informado (a) acerca del propósito de esta investigación titulada “Características socio familiares y su relación con la Depresión en adolescentes escolarizados de la institución educativa secundaria agropecuario de San Juan de Oro-Sandia, 2021” y teniendo plena confianza en la Ética de la Bachiller en Enfermería Zenaida Mamani Lipa de la Universidad Privada San Carlos de Puno, es que autorizo que mi menor hijo (a) participe voluntariamente de la encuesta.

Apoderado (a): \_\_\_\_\_

Investigador: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2. Ficha socio familiar

UNIVERSIDAD  
PRIVADA SAN CARLOS



## EDAD DATOS GENERALES

\_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ días

## SEXO

- Masculino
- Femenino

## ETNIA

- Aimara
- Quechua
- Misti

## LENGUA

- Aimara -español
- Quechua-español
- Español
- Otra lengua indígena

## RESIDENCIA

- Urbana
- Rural

## PROCEDENCIA

- Costa
- Sierra
- Selva

**DATOS FAMILIARES****TIPO DE FAMILIA**

- Nuclear
- Extensa
- Monoparental
- Reconstituida
- Adoptiva
- Biparentales

**AFECTIVIDAD FAMILIAR**

- Ausente
- Presente

**COMUNICACIÓN**

- Clara
- Difusa

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

- Adecuada
- Inadecuada

**AMBIENTE FAMILIAR**

- Satisfacción
- Insatisfacción

**ANEXO 3. Ficha técnica****INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**

- Nombre original : Inventario de Depresión de Beck
- Nombre abreviado : BDI-II
- Autor : Hans Jurgen Eysenck –Sybil Blanca Eysenck
- Año de aparición : 1979
- Forma de aplicación : Colectiva como individual
- Tiempo de aplicación : Promedio de 10 a 15 minutos
- Ámbito de aplicación : Sujetos desde los 13 años
- Significación : Evalúa severidad de síntomas cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos.
- Adaptación española : Sanz y Vásquez, 1998.
- Respuestas : Escala de 0 a 3
- Número de ítems : 21



## ANEXO 4. Validación y confiabilidad

## INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

## Evaluación de confiabilidad

| Consistencia Interna |                         |
|----------------------|-------------------------|
| Alfa de Cronbach     | Criterio                |
| 0.88-0.89            | Altamente satisfactorio |

Fuente. Contreras, et al. 2015

| Ítem | r    | Ítem | r    | Criterio   |
|------|------|------|------|--|
| 1    | 0,64 | 12   | 0,56 | Adecuada homogeneidad variando desde un mínimo de r 0,33, p<0,001 para el ítem 21 a un máximo de r 0,64,p<0,001 para el ítem 1 |
| 2    | 0,56 | 13   | 0,57 |  |
| 3    | 0,60 | 14   | 0,61 |  |
| 4    | 0,51 | 15   | 0,56 |  |
| 5    | 0,53 | 16   | 0,46 |  |
| 6    | 0,43 | 17   | 0,55 |  |
| 7    | 0,61 | 18   | 0,49 |  |
| 8    | 0,55 | 19   | 0,51 |  |

---

|   |      |    |      |
|---|------|----|------|
| 9 | 0,56 | 20 | 0,57 |
|---|------|----|------|

---

|    |      |    |      |
|----|------|----|------|
| 10 | 0,57 | 21 | 0,33 |
|----|------|----|------|

---

|    |      |  |  |
|----|------|--|--|
| 11 | 0,43 |  |  |
|----|------|--|--|

---

Fuente. Melipillan et al. 2008.

**Evaluación de la validez**

---

**Regresión logística**

---



---

Wald de  $\chi^2$  (1)= 18,85,  $p < 0,001$

---

Odds ratio=1,06 (IC 95%: 1,03-1,09)

---

Coefficiente de Cox y Snell=0,13

---

Coefficiente de Nagelkerke=0,18

---

Fuente. Melipillan et al. 2008.

---

**Curva de Característica de Operación del Receptor (ROC)**

---

Sensibilidad=73%

---

Especificidad del 68%

---

Clasificaciones correctas=67%

---

Fuente. Melipillan et al. 2008.

## ANEXO 5. Instrucciones para el aplicador

UNIVERSIDAD  
PRIVADA SAN CARLOS



### INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

#### Rutina de aplicación

Diga al paciente: “Esto es un cuestionario; en él hay grupos de afirmaciones; leeré uno de estos grupos. Después quiero que elija la afirmación en ese grupo que describa mejor como se ha sentido en la ÚLTIMA SEMANA incluyendo HOY”.

En ese momento alcance una copia del cuestionario al paciente y dígame: “Aquí tiene una copia para que pueda seguirme mientras leo”. Lea el grupo entero de afirmaciones en la primera categoría (no lea los números que aparecen a la izquierda de las afirmaciones); luego diga: “Ahora elija una de las afirmaciones que describa mejor como se ha sentido en la ÚLTIMA SEMANA, incluyendo HOY”

Si el paciente indica su elección respondiendo mediante un número, vuelva a leer la afirmación que corresponda con el número dado por el paciente, con el fin de evitar confusión sobre cuál de las afirmaciones está elegida. Cuando el paciente dice “la primera afirmación”, puede querer decir 0 o 1. Después que se haga evidente que el paciente entiende el sistema de numeración, será suficiente la respuesta numérica para indicar su elección.

#### Instrucciones adicionales

A. Verifique que cada elección sea efectivamente la elección del paciente y no palabras que usted haya repetido. Haga que el paciente exprese, por su cuenta, cuál afirmación ha elegido.

B. Si el paciente indica que hay dos o más afirmaciones que se ajustan a la forma en que se siente, entonces anote el mayor de los valores.

C. Si el paciente indica que la forma en que se siente está entre 2 y 3, siendo más que 2, pero no justamente 3, entonces anote el valor al cual se acerque más, o 2.

D. Generalmente el entrevistador debe leer en voz alta las afirmaciones que se encuentran en cada categoría. A veces el paciente toma la iniciativa y empezará a leer en silencio las afirmaciones en una categoría, adelantándose al entrevistador, y empieza a dar las afirmaciones elegidas. Si el paciente está atento y parece inteligente, deje que lea en silencio las afirmaciones y que haga su elección. Dígale al paciente que, si está seguro de leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de elegir, entonces podrá leer en silencio. Sea diplomático y tenga tacto para alentar al paciente para que reflexione suficientemente antes de elegir.

E. El puntaje de depresión obtenido debe asentarse en la hoja de registro. Simplemente corresponde a la suma de las mayores cargas de respuestas seleccionadas en cada grupo de afirmaciones del 1 al 18. La carga es el valor numérico que figura al lado de cada afirmación.

F. El grupo 19 (pérdida de peso) fue concebido para explorar un síntoma anorexígeno. Si el paciente responde afirmativamente a la siguiente pregunta: “¿Está tratando de perder peso comiendo menos?” El puntaje de este grupo no debe agregarse al puntaje total.

La modalidad de análisis es básicamente clínica, es decir que una vez que el entrevistado completa la misma procedemos a realizar la lectura de las frases marcadas y nos manejamos con sentido común evaluando que cuando más respuestas negativas aparecen, más complejo es el cuadro depresivo. Lo importante es tratar de visualizar desde que lugar se manifiestan los síntomas depresivos, por ejemplo: ¿es en el ánimo?, es en la visión de futuro? en el sentimiento de satisfacción personal? en los sentimientos de culpabilidad? Si observamos cada bloque de preguntas apunta a estas temáticas.

**ANEXO 6. Cuestionario**

UNIVERSIDAD  
PRIVADA SAN CARLOS

**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos, durante la última semana, INCLUIDO EL DÍA DE HOY.

NO HAY RESPUESTAS

BUENAS O MALAS. Recuerde que sus respuestas son confidenciales, así que conteste con plena libertad.

1.

1. No me siento triste.
2. Me siento triste.
3. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
4. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

2.

1. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
2. Me siento desanimado con respecto al futuro.
3. Siento que no tengo nada que esperar.
4. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3.

1. No creo que sea un fracaso.
2. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
3. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
4. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4.

1. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
2. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
3. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
4. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.
  1. No me siento especialmente culpable.
  2. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
  3. Me siento culpable casi siempre.
  4. Me siento culpable siempre.
6.
  1. No creo que esté siendo castigado.
  2. Creo que puedo ser castigado.
  3. Espero ser castigado.
  4. Creo que estoy siendo castigado.
7.
  1. No me siento decepcionado de mí mismo.
  2. Me he decepcionado a mí mismo.
  3. Estoy disgustado conmigo mismo.
  4. Me odio.
8.
  1. No creo ser peor que los demás.
  2. Me critico por mis debilidades o errores.
  3. Me culpo siempre por mis errores.
  4. Me culpo de todo lo malo que sucede.
9.
  1. No pienso en matarme.
  2. Pienso en matarme, pero no lo haría.
  3. Me gustaría matarme.
  4. Me mataría si tuviera la oportunidad.
10.
  1. No lloro más de lo de costumbre.
  2. Ahora lloro más de lo que solía hacer.
  3. Ahora lloro todo el tiempo.
  4. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar, aunque quiera.
11.
  1. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
  2. Las cosas me irritan más que de costumbre
  3. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
  4. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12.
  1. No he perdido el interés por otras cosas.
  2. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
  3. He perdido casi todo el interés por otras personas.
  4. He perdido todo mi interés por otras personas.
13.
  1. Tomo decisiones casi siempre.
  2. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
  3. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
  4. Ya no puedo tomar decisiones.

14.
  1. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
  2. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
  3. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
  4. Creo que me veo feo.
15.
  1. Puedo trabajar tan bien como antes.
  2. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
  3. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
  4. No puedo trabajar en absoluto.
16.
  1. Puedo dormir tan bien como antes.
  2. No puedo dormir tan bien como solía.
  3. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
  4. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
17.
  1. No me canso más que de costumbre.
  2. Me canso más fácilmente que de costumbre.
  3. Me canso sin hacer nada.
  4. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
18.
  1. Mi apetito no es peor que de costumbre.
  2. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
  3. Mi apetito está mucho peor ahora.
  4. Ya no tengo apetito.
19.
  1. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo últimamente.
  2. He rebajado más de dos kilos y medio.
  3. He rebajado más de cinco kilos.
  4. He rebajado más de siete kilos y medio.
20.
  1. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
  2. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
  3. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
  4. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21.
  1. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
  2. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
  3. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
  4. He perdido por completo el interés en el sexo.



**ANEXO 7. Valoración**



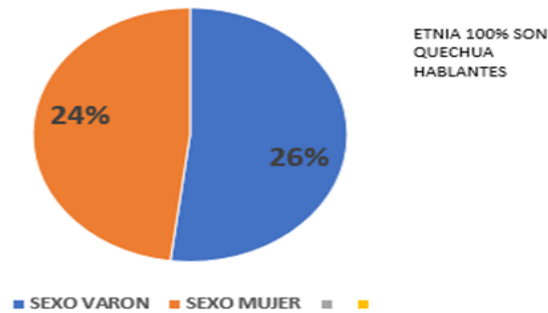
**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**

| Grado de depresión |                |                                   |
|--------------------|----------------|-----------------------------------|
| Depresión          | Puntaje        | Criterio                          |
| Mínima             | 0-9 puntos     | Diagnóstico que valora severidad. |
| Leve               | 10-16 puntos   |                                   |
| Moderada           | 17-29 puntos   |                                   |
| Grave              | 30 a 63 puntos |                                   |

1. área afectiva: comprende a: A) tristeza EL) Sentimiento de culpa Y) predisposición para el llanto O) irritabilidad (1,5,10,11)
2. área Motivacional comprende a: D) Insatisfacción I) Ideas suicidas (4,9)
3. área Cognitiva comprende a: B) Pesimismo frente al futuro C) Sensación de fracaso F) Expectativa de castigo G) Auto disgusto M) Indecisión N) Auto imagen deformada T) Preocupaciones somáticas F) Auto acusaciones (2,3,6,7,13,14,20)
4. El área Conductual comprende a: L) Alejamiento social O) Retardo para trabajar Q) Fatigabilidad (12,15,17) 5. El área Física comprende a: P) pérdida de sueño R) pérdida de apetito S) pérdida de peso U) pérdida de deseo sexual (16,18,19,21).

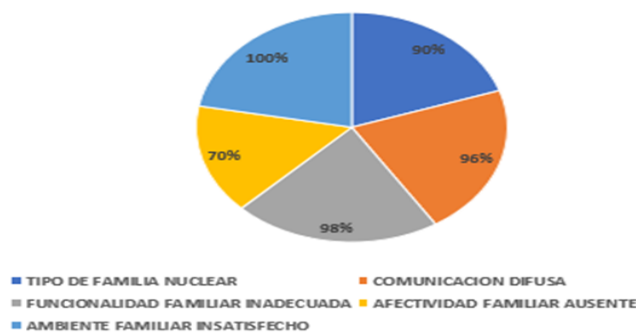
FIGURAS

**CARACTERÍSTICAS SOCIO FAMILIARES**



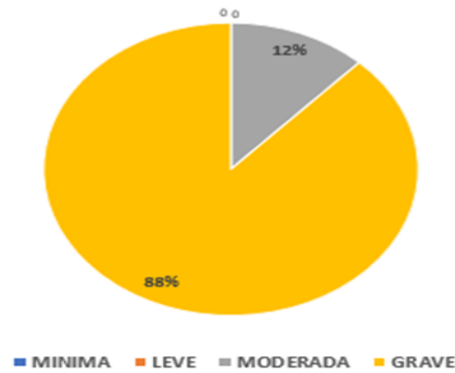
**FIGURA 1:** CARACTERÍSTICAS SOCIO FAMILIARES DE LOS ESTUDIANTES ESCOLARIZADOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA AGROPECUARIA SAN JUAN DEL ORO-SANDIA 2021.

**CARACTERÍSTICAS FAMILIARES**



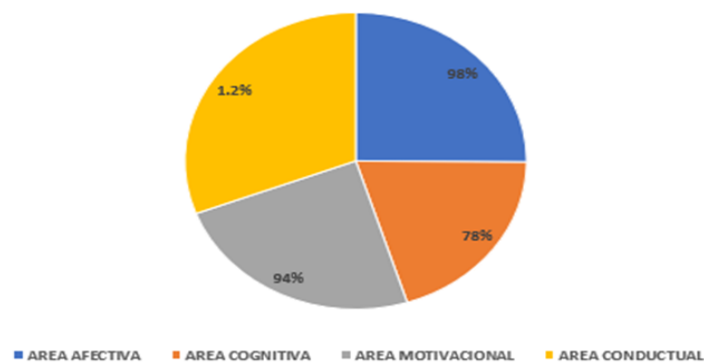
**FIGURA 2:** CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE LOS ESTUDIANTES ESCOLARIZADOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA AGROPECUARIA SAN JUAN DEL ORO-SANDIA 2021.

**GRADO DE DEPRESION EN ADOLESCENTES**



**FIGURA 3:** GRADOS DE DEPRESIÓN DE LOS ESTUDIANTES ESCOLARIZADOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA AGROPECUARIA SAN JUAN DEL ORO-SANDIA 2021.

**ÁREAS DE DEPRESION**



**FIGURA 4:** ÁREAS DE DEPRESIÓN DE LOS ESTUDIANTES ESCOLARIZADOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA AGROPECUARIA SAN JUAN DEL ORO-SANDIA 2021.

**ANEXO 8. Matriz de consistencia**

UNIVERSIDAD  
PRIVADA SAN CARLOS



| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | VARIABLES   | TIPO Y DISEÑO   | TÉCNICA E INST.   |
|--|---|---|---|---|
| <b>PROBLEMA GENERAL.</b><br><br>¿Cuáles son las características socio familiares en adolescentes escolarizados de la Institución Educativa Secundaria Agropecuaria San Juan de Oro-Sandia ,2021?   | <b>OBJETIVO GENERAL.</b><br><br>Determinar las características socio familiares y su relación con la depresión en los adolescentes escolarizados de la Institución Educativa Secundaria Agropecuaria San Juan de Oro-Sandia, 2021 | <b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b><br><br>Características socio familiares.<br><br><b>DIMENSIONES</b><br><br>• Grado de depresión<br><br><b>INDICADOR</b><br><br>· Mínima<br><br>· Leve<br><br>· Moderado<br><br>· Grave | <b>MÉTODO.</b><br><br>No experimental<br><br>Tipo descriptivo<br><br>Transversal<br><br><b>POBLACIÓN Y MUESTRA.</b><br><br><b>Población.</b><br><br><b>Muestra.</b> | <b>TÉCNICA.</b><br><br>Entrevista<br><br><b>INSTRUM.</b><br><br>Inventario BDI-II |
| <b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS.</b><br><br>¿Cuáles son las características socio familiares en adolescentes escolarizados de la Institución Educativa Secundaria Agropecuaria San Juan de Oro-Sandia ,2021?<br><br>¿Cuál es el grado de depresión en | <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS.</b><br><br>Conocer las características socio familiares en adolescentes escolarizados de la Institución Educativa Secundaria Agropecuaria San Juan de   | <b>VARIABLE DEPENDIENTE</b><br><br>. Depresión<br><br><b>DIMENSIONES</b><br><br>• Grado de depresión<br><br><b>INDICADOR</b>  |   |   |

