



**ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA**  
**AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**



**DEPRESIÓN ASOCIADO A INTERACCION FAMILIAR Y  
RENDIMIENTO ACADEMICO EN ADOLESCENTES  
UNIVERSITARIOS**

**Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciado en  
Enfermería**

**Soria Ramos, Diana Elizabeth**

Lima - Perú

2013



**Diana Elizabeth Soria Ramos**

**DEPRESIÓN ASOCIADO A INTERACCION FAMILIAR Y  
RENDIMIENTO ACADEMICO EN ADOLESCENTES  
UNIVERSITARIOS**

Asesora: Dra. Ph.D Kattia Ochoa Vigo

Docente de la Escuela de Enfermería

Padre Luis Tezza

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

Lima- Perú

2013

**Agradezco a:**

**Dios**, por darme la dicha de concederme una familia maravillosa, por iluminar mi camino y no quebrar mi espíritu.

**A mi padre:**

**Luis**, por ser mi compañero incondicional, el mejor amigo, el perfecto novio y mi más grande apoyo; por contagiarme tu sabiduría, paciencia y por mostrarme que con amor todo es posible, pero sobre todo por construir a mi lado cada uno de mis sueños y hacerlo parte de los tuyos, te amo.

**A mi madre:**

**Liduvina**, por ser mi ejemplo y la mejor madre del mundo, porque de ti herede la fortaleza y siempre encontrar un sentido para no rendirme, porque es con tu lucha incansable que nos demuestras que hasta lo más difícil es sencillo si uno lo desea, y día a día nos enseñas la forma correcta de hacer las cosas, eres nuestro mejor apoyo, esa caricia infaltable cuando nos sentimos cansados y siempre nos brindas tu mano para saber levantarnos y continuar, mis hermanos y yo jamás nos cansaremos de agradecerte y amarte hasta el infinito.

**A mis hermanos:**

**Emma**, por ser mi amiga y mi compañera pero sobre todo por ser mi hermana, por estar a mi lado en tiempos difíciles y jamás te he dicho que me siento orgullosa de ti porque a tu corta edad asumiste un papel importante como mi soporte, porque papá y mamá no se equivocaron cuando dijeron que dos niñas completaban su familia, porque eres mi segunda madre y sin ti me sentiría perdida y le brindas a todos mis días una luz especial. **A Luis**, por ser nuestro

modelo a seguir porque nos enseñan que las metas están para cumplirse, por brindarme tu amor incondicional y porque siempre logras sacarnos una sonrisa sin importar el momento; porque ustedes dos le brindan sabor y color a todos mis días.

***A Leyla:***

Por ser mi hermana del alma, mi fuerza, mi apoyo, mi pareja en locuras y travesuras, por crecer a mi lado, por ser parte de mi familia e incluirme en la tuya, por alentarme a lograr todos mis sueños y metas y porque siempre has estado a mi lado para celebrar o consolarme, mi hermana querida.

***A mi asesora:***

***Kattia Ochoa***, por su dedicación y entrega incondicional, por motivar y enseñar hacer un trabajo correcto, porque gracias a tí hemos logrado construir y amar nuestro trabajo, por no solo ser nuestra formadora sino también por ser nuestra amiga y compartir momentos agradables y porque siempre se encuentra el momento para reír y quitar el estrés.

***A ti Selia:***

Por brindarme tu amor, por apoyarme y alentarme, por preocuparte en cada detalle y acompañarme en mis momentos importantes, porque jamás te olvidaré porque haces que cada cosa sea única e inolvidable, por ser la alegría de mis días, mi fuerza y la magia de mi corazón.

## INDICE

Resumen .....	6
Summary .....	8
INTRODUCCION.....	9
CAPÍTULO 1:PROBLEMA.....	11
1.1 Planteamiento del problema.....	11
1.2 Formulación del problema .....	15
1.3 Objetivos.....	15
1.3.1 Objetivo general:.....	15
1.3.2 Objetivo específico: .....	16
1.4 Justificación .....	16
1.5 Limitación .....	17
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO .....	18
2.1 Antecedentes internacionales:.....	18
2.2 Antecedentes nacionales.....	19
2.3 Base teórica .....	19
2.4 Definición de términos básicos .....	36
2.5 Hipótesis.....	37
2.5.1 Hipótesis General: .....	37
2.5.2 Hipótesis Específicas:.....	37
2.6 Variables.....	38
CAPITULO 3: METODOLOGÍA .....	39
3.1 Definición operacional de variables .....	39
3.2 Tipo de investigación .....	39
3.3 Diseño dela investigación .....	40
3.4 Lugar de ejecución de la investigación .....	40
3.5 Universo, selección, muestra y unidad de análisis .....	40
3.6 Criterios de inclusión y exclusión.....	41
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	41
3.8 Procedimiento de recolección de datos.....	44
3.9 Aspectos éticos.....	45
3.10 Análisis de datos.....	45
CAPITULO 4: RESULTADOS y DISCUSIÓN.....	46
4.1 Resultados.....	46
4.2 Discusión .....	55
CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	62
5.1 Conclusiones .....	62
5.2 Recomendaciones.....	63
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	65
ANEXOS.....	71

## Resumen

**Introducción:** la OMS refiere que los desórdenes mentales se encuentran entre los más severos del mundo y estima para el año 2020, que la depresión mayor constituirá la segunda causa de discapacidad. Siendo que el adolescente constituye un grupo de alta vulnerabilidad por su natural proceso de desarrollo, requiriendo del apoyo y afecto familiar para evitar desórdenes emocionales y entre ellos el trastorno depresivo. **Objetivo:** determinar los niveles de depresión en adolescentes universitarios y su relación con el nivel de funcionamiento familiar y su rendimiento académico. **Metodología:** estudio cuantitativo, diseño descriptivo correlacional, realizado en la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza/URP-Lima; cuya población fue 265 estudiantes y una muestra censal de 56, con edades entre 17-21 años matriculados en el semestre 2012-II. La técnica de recolección de datos fue la encuesta teniendo como instrumentos: EDAR, Apgar Familiar, Escala de Funcionamiento Familiar de Olson y Hoja de Registro. La recolección fue realizada por la investigadora en diciembre/2012 en el área estudio. Para el análisis las univariabes usamos estadígrafos y para correlacionar la prueba de Chi<sup>2</sup> con apoyo del Paquete Estadístico SPSS v.13. El proyecto fue aprobado por el CIE del Hospital Nacional Víctor Larco Herrera. **Resultados:** el 63% de adolescentes se clasificó en depresión moderada y 16% en severa, con funcionamiento familiar en nivel medio (55%), observándose igual comunicación con el padre y madre, predominando un rendimiento de nivel bueno (60,7%) y entre ellos el 39,3% se clasificó en depresión moderada. La depresión (física, social y psicológica), la interacción familiar (cohesión y adaptabilidad) y los niveles de comunicación familiar no están relacionados. **Conclusiones:** existe una alta frecuencia de depresión en los adolescentes, independiente de su funcionamiento e interacción familiar y rendimiento académico. Es imperativo que la enfermera se integre al sector educación para mayor acción preventiva y promocional de la salud mental en adolescentes.

**Palabras clave (3-6):** adolescente, familia, depresión, rendimiento académico, funcionamiento familiar, interacción familiar, enfermería.

## Summary

**Introduction:** WHO says that mental disorders are among the most severe of the world and estimated for the year 2020, that major depression will be the second leading cause of disability. Being that the adolescent is a group of high vulnerability by their natural process of development, requiring support and family affection to avoid emotional disorders and between this depressive disorder. **Objective:** To determine the levels of depression in teenage university and their relationship to the level of family functioning and their academic performance. **Methodology:** a quantitative study, descriptive correlational design, done in the School of Nursing Father Luis Tezza/URP-Lima; its population was 265 students and a sample of 56 census, with ages between 17-21 years of age enrolled in semester 2012-II. The technique of data collection was the survey taking as instruments: EDAR, Apgar, Family Functioning scale Olson and Record Sheet. The collection was done by the researcher in December/2012 in the study area. For the analysis we used the univariate statisticians and correlate the Chi2 test with the support of the Statistical Package SPSS v. 13. The project was approved by the ICD of National Victor Larco Herrera Hospital. **Results:** 63% of adolescent depression was classified as moderate and 16% in severe, with family functioning level (55%), with the same communication with the father and mother, predominantly solid performance (60.7%) and among them 39.3% were classified into mild depression. Depression (physical, social and psychological), family interaction (cohesion and adaptability) and family communication levels are not related. **Conclusions:** there is a high frequency of depression in adolescents, regardless of their functioning and family interaction and academic performance. It is imperative that the nurse integrates higher education sector action promotional preventive and mental health in adolescents.

**Key Words (3-6):** Adolescent, family, depression, academic performance, family functioning, nursing.



## INTRODUCCION

La tesis es presentada a la “Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza Afiliada a la Universidad Ricardo Palma”. Para la obtención del título de licenciada en “Enfermería”; el presente trabajo ha sido elaborado según los lineamientos propuestos por la escuela y se ubica en el tercer lineamiento de investigación “*promoción y desarrollo de salud del niño y el adolescente*” que aborda trastornos nutricionales y/o emocionales del niño y el adolescente.

El presente trabajo de tesis consiste de cinco partes, la primera es el problema, donde se encuentra el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, justificación y limitación del estudio

En la segunda parte; se encuentra el marco teórico donde abarca los antecedentes internacionales y nacionales; asimismo la base teórica, la definición de términos, hipótesis y variables del estudio.

La tercera parte explica la metodología del estudio el procedimiento y sustento del trabajo de tesis conformado por: Definición Operacional de Variables, Tipo de Estudio y Diseño General, Lugar de Ejecución del Proyecto, Universo de Estudio, Selección y Tamaño de la Muestra – Unidad de Análisis, Criterios de Inclusión y Exclusión, Intervención Propuesta, Procedimiento de Recolección de Datos, Instrumentos utilizados y Métodos para Control de Calidad de Datos, Aspectos Éticos, Análisis de Datos.

En la cuarta parte se encuentran los resultados del trabajo donde constan los gráficos y tablas; así también la discusión donde sustento la razón de mi trabajo de investigación.

Quinta Parte: se encuentran las conclusiones y recomendaciones, que brinda el trabajo para fines de estudio.

Como parte del trabajo de investigación se encontraran las referencias bibliográficas, donde se cita las fuentes primarias y secundarias que han

sido utilizadas para realizar el trabajo de investigación; así como textos actuales y finalmente se encuentran los anexos, operacionalización de variables, cuestionario, consentimiento informado, asentimiento informado.

## CAPÍTULO 1:PROBLEMA

### ***1.1 Planteamiento del problema***

La depresión es uno de los trastornos clínicos más frecuentes en la población en general, con frecuencia se une a los trastornos afectivos,”(...) dado que es la misma alteración en la capacidad afectiva(...)”, siendo no solo tristeza sino también incapacidad para dar afecto o recibirlo de quienes lo rodean. <sup>1</sup>

Mirna y Sebastian<sup>2</sup> refieren que, de acuerdo al DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1995); el trastorno depresivo mayor, tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones; en la edad prepuberal los niños y las niñas están afectados en la misma proporción, es así que el riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y 25% para las mujeres y entre 5 y 12% para los varones y la prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general ha variado entre 5 y 9% para las mujeres y entre 2 y 3 % para los varones.

En el mismo artículo, citando a Lang y Tisher, se refiere que los síndromes depresivos en niños y adolescentes muchas veces no llegan a ser diagnosticados; este hecho puede atribuirse a diferentes motivos como las manifestaciones clínicas que son distintas a la de los adultos; en los niños e incluso en los adolescentes, porque no son capaces de identificar lo que les ocurre cuando vivencian una depresión, por otro lado los adultos son incrédulos a que este grupo etario sea capaz de sufrir o padecer de depresión, además de que el hecho de admitirlo puede significar para ellos un fracaso como padres o educadores.

Normalmente, un individuo reacciona ante cualquier cambio importante que le ocurre en la vida, lo que es propio de una personalidad madura; pero cuando no maneja de forma efectiva esos cambios y se siente abrumado en el momento en que ocurre puede considerarse un trastorno emocional y por consiguiente, de salud mental.<sup>3</sup>

En el Perú, la Estrategia Epidemiológica de Salud Mental (EESM)<sup>4</sup>, citando a Corin, refiere que el estudio de los problemas de salud mental no se sitúa solamente en el individuo, sino “(...) es la interacción constante entre la persona y su entorno(...)”; siendo que la epidemiología ha permitido identificar determinantes biológicos, psicológicos y sociales de salud mental.

Rene et al.<sup>5</sup>, citando a Jou H, refieren que la depresión se debe a “(...)la falta de apoyo social (familiar, amical)(...)”, constituyendo otro factor el bajo nivel socioeconómico, ya que puede conducir a ciertos niveles de tristeza, estrés e incertidumbre. Entre tanto, la falta de relación familiar también puede causar depresión debido a la ausencia de afecto, que disminuye en el adolescente al encontrarse fuera del núcleo familiar.

Las condiciones actuales de vida llevan a situaciones estresantes propicias para incrementar los problemas de salud mental.<sup>6</sup> En este sentido, el impacto de la salud mental en el funcionamiento, en aspectos socioeconómicos, en el

bienestar general y en la calidad de vida de las personas hace resaltar la importancia de este tema en el desarrollo del país.<sup>7</sup>

El Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental muestra una prevalencia de vida del 19% para la depresión en general (14,5% para varones y 23,3% para mujeres); siendo doblemente frecuente en mujeres que en varones.<sup>4,8</sup> Datos que corroboran lo expuesto por la *American Psychiatric Association*.

Frente a esta problemática, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que una política de salud mental explícita es una herramienta esencial y poderosa dentro de cualquier ministerio de salud en el mundo; reconoce que los problemas de salud mental revisten gran importancia para todas las sociedades y todos los grupos de edad.<sup>9</sup> Constituyendo un problema serio de salud, pues las alteraciones mentales afectan a todas las edades, condiciones y situaciones; siendo el grupo de los adolescentes los más vulnerables, ya que atraviesan una etapa de profundos cambios que involucra sus aspectos emocionales, intelectuales y valorativos en sus diversos niveles de alteración: familiar, social y educativo.<sup>10</sup>

Se destaca, que la depresión ocupa un lugar importante dentro de los problemas de salud pública, dada sus altas tasas de incidencia dentro de la población y las consecuencias que este trastorno acarrea para la persona que lo sufre; aunque todavía se sabe poco al respecto.<sup>10,11.</sup>

Se considera que la salud mental en el adolescente es de vital relevancia, particularmente por encontrarse en un proceso de desarrollo hacia la adultez; cuyo éxito dependerá muchas veces del éxito que logre en esa etapa; pues el mismo se ve expuesto a procesos de cambio que pueden afectar su ánimo y hacerlo proclive a ideas pesimistas acerca de su futuro.<sup>4</sup>

Dado que la depresión es una reacción afectiva; una emoción natural y normal, es algo que todos pueden padecer; en realidad, si no se experimenta la depresión (en la forma de aflicción) cuando las circunstancias son extremadamente adversas, es que algo anormal ocurre.<sup>10</sup> Considerando que en esa etapa el adolescente experimenta cambios cruciales propios de su crecimiento provocándole aflicciones denominadas crisis vital. Es así, que el tránsito por la universidad representa para el joven una experiencia del ciclo vital que definirá el resto de su vida con las características que le son propias; en la adolescencia y la adultez joven el ser asertivo o no va a depender del contexto histórico, social, económico y cultural que haya vivido antes.<sup>3</sup>

Gabriela,<sup>3</sup> citando a Manelic, refiere que el ámbito universitario constituye un lugar dónde son puestas en juego las competencias y habilidades para alcanzar los objetivos y, que durante esta etapa los estudiantes enfrentan una gran cantidad de estresores psicosociales, los cuáles se constituyen en factores que aumentan el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo. Asimismo, citando a Perales, apunta que en los universitarios la depresión se asocia a experiencias o sentimientos de fracaso académico y mecanismos de supresión de la cólera.

Por esta razón, la creación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz (ESNSMyCP) en el país es una herramienta política de cambio; es también una “(...) respuesta solidaria y coherente a la urgente demanda de acciones en promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud mental (...)”. La OMS refiere que los desórdenes mentales y de adicción se encuentran entre los más severos en el mundo, y estima que para el año 2020, la depresión mayor constituirá la segunda causa de discapacidad en el mundo; para los países en desarrollo esta perspectiva es aún peor, pues la depresión mayor se convertirá en la primera causa de discapacidad.<sup>8,12</sup>

Por lo expuesto, se reconoce que los trastornos depresivos son un desorden emocional en la persona, influyendo en sus capacidades psicológicas y físicas, independientemente del sexo y edad logrando interferir en su capacidad cognoscitiva para un correcto desempeño, tanto social como académico. Cabe resaltar, que existen algunas personas, de hecho un número muy elevado de individuos, que presentan una vulnerabilidad excesiva ante circunstancias penosas o adversas; dichas personas tienden a reaccionar ante circunstancias desafortunadas en forma tan exagerada que su conducta llega a ser patológica; otras veces, la falta de preparación que tiene el joven respecto a lo que es la vida y el quehacer universitario hace que tenga una visión distorsionada de ella y, cuando comienza a vivir dentro del ámbito académico, encuentra trabas y limitaciones que van a afectar su permanencia dentro de ese ambiente; por ello va a depender de la capacidad de resiliencia que el adolescente presente ante diversas circunstancias para lograr el éxito.<sup>10</sup>

## ***1.2 Formulación del problema***

Como se puede expresar, el medio universitario puede desencadenar cuadros depresivos que podrían alterar la estabilidad psicológica del adolescente, interfiriendo en su actividad formativa y en el ámbito social y personal, es por este motivo que se plantea la siguiente interrogante:

¿Qué relación existe entre el rendimiento académico, la interacción familiar y nivel de depresión en los adolescentes universitarios, durante el periodo 2012 del semestre I en la escuela de enfermería Padre Luis Tezza?

## ***1.3 Objetivos***

### **1.3.1 Objetivo general:**

Determinar los niveles de depresión en los adolescentes universitarios y su relación con el tipo de funcionamiento e interacción familiar y el rendimiento académico.

### **1.3.2 Objetivo específico:**

- Describir las características demográficas y socioeconómicas en el adolescente universitario.
- Valorar y clasificar el nivel de depresión en el adolescente de la población en estudio.
- Identificar el tipo de funcionamiento y la interacción familiar que presenta el adolescente de la población en estudio.
- Identificar el nivel de rendimiento académico correspondiente al primer semestre 2012 en el adolescente de la población en estudio.
- Relacionar el nivel de depresión con el tipo de funcionamiento familiar que presenta el adolescente de la población en estudio.
- Relacionar el nivel de depresión con el tipo interacción familiar que presenta el adolescente de la población en estudio.
- Relacionar el nivel de depresión con el nivel de rendimiento académico que presenta el adolescente de la población en estudio.
- Relacionar el nivel de depresión con las características demográficas en el adolescente de la población en estudio.
- Relacionar el nivel de depresión con las características socioeconómicas en el adolescente de la población en estudio.

### ***1.4 Justificación***

Reconociendo que los trastornos depresivos no diferencian sexo ni edad y que tienen mayor influencia de padecerlo las personas con nivel



socioeconómico bajo; siendo que la depresión afecta el aspecto emocional, fisiológico, conductual y cognitivo en el adolescente, es importante investigar esta problemática en la población adolescente tomando en cuenta que constituyen un grupo de alta vulnerabilidad.

Se destaca que la etapa del adolescente es un periodo crucial, en la que se consolidan las actitudes y la personalidad; por lo que la falta de afecto y apoyo familiar–amical pueden traer consecuencias desfavorables para las personas con incapacidad para enfrentar situaciones de cambios bruscos en su vida. Contexto o realidad que muestra la importancia de la salud mental y por ende la necesidad de investigar en esta área; ya que en el mundo actual muchos de los enlaces familiares se han desintegrado producto de la vida moderna y sus nuevos roles en el sistema económico productivo, quedando el adolescente a merced del vacío y la incertidumbre sin ningún referente de modelo, soporte y sostenibilidad para su desarrollo.

De ese modo, el presente estudio tuvo por finalidad identificar las características sociodemográficas y el estado afectivo que presenta el adolescente en las Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, siendo fundamental una oportuna intervención ante los problemas de salud mental. Los resultados del estudio permiten conocer de manera concreta la problemática en mención, proponiéndose consecuentemente algunas estrategias de ayuda a los adolescentes desde la atención primaria.

### ***1.5 Limitación***

- Presencia de limitada población con las características adecuadas para el estudio.
- No contar con la prolongación de tiempo adecuado para un estudio más exhaustivo.

## CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

### ***2.1 Antecedentes internacionales:***

Una revisión de las fuentes bibliográficas en los últimos diez años, permite señalar que no existe estudios similares al planteado, por ello se puede decir que mi proyecto es significativo.

Con respecto a las investigaciones anteriores que sustentan mi trabajo puede tener acceso a las siguientes:

- Un estudio realizado por Facio A, Bautista M. de diseño descriptivo, cuyo objetivo fue identificar los niveles de síndrome depresivo según género, quienes usaron el inventario de depresión infantil (CDI) incluyendo una muestra de 633 adolescentes entre 13 y 15 años de edad en una escuela de kovacs- Argentina; los resultados demostraron que es mayor la depresión en mujeres que en varones.<sup>1</sup>
- Czernik et al. en un estudio de diseño descriptivo analizaron la relación que existe en variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de medicina, cuyo objetivo fue establecer la prevalencia de síntomas de depresión en estudiantes de medicina del último año en la universidad nacional del noreste de Argentina, incluyendo una muestra de 310 estudiantes de ambos sexos. Sus resultados muestran que la prevalencia de síntomas depresivos fue del 33, 44%.<sup>5</sup>
- Gonzáles M Andrade. En un estudio de diseño descriptivo realizaron una investigación con los Estresores cotidianos, malestar depresivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos, cuyo objetivo fue identificar la relación entre algunos estresores sociales, el malestar depresivo e ideación suicida. Los resultados indican que el adolescente varón y mujer los conflictos con su mejor amigo se relacionan con ánimos depresivos,

además la mujer tiende a sentirse mal en sus relaciones interpersonales y con ideación suicida.

## ***2.2 Antecedentes nacionales***

- Riveros M. Realizó un estudio descriptivo acerca de las características sociodemográficas y niveles de depresión en estudiantes ingresantes a la UNMSM, cuyo objetivo fue identificar los niveles de depresión asociados a las características sociodemográficas, en una muestra de 382 estudiantes que varían de 17 a 25 años empleando la escala de CESD. Los resultados permitieron saber que la escala de CESD detecta los niveles de depresión en estudiantes universitarios.<sup>10</sup>
- Riveros et al. Realizaron un estudio de diseño descriptivo/ correlacional sobre el nivel de ansiedad y depresión en los estudiantes universitarios de la UNMSM, cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de depresión y ansiedad en una muestra formada por 500 estudiantes distribuidos por género y por bloque académico mediante la prueba denominada HADS. Sus resultados muestran que la fiabilidad de la escala de HADS es aceptable y que las escalas de ansiedad y depresión se correlacionan de forma moderada.<sup>1</sup>

## ***2.3 Base teórica***

### **a. Adolescente**

La OMS considera que“(...) la adolescencia comprende entre 10 y 19 años la juventud o adolescencia tardía de los 15 a 24 años de edad(...)”. La adolescencia es considerada como la época de gran inestabilidad y fuertes emociones.<sup>13</sup> Es así que la pubertad por ser un evento universal tan importante y a su vez medible, es considerada como el punto de partida que da inicio a la adolescencia y compone las esferas biológicas, psicológicas, social y espiritual;

la adolescencia constituye un periodo de intercambio donde se prepara para ser un adulto productivo; a estos no los une un grupo homogéneo, es aquí donde persiguen la relación consigo mismos, con amigos y padres; asimismo comparten afectos, placer, juegos, deportes y la cultura en un sentido más amplio.<sup>14</sup>

Sin embargo, la adolescencia va acompañada inevitablemente de cierto grado de estrés relacionado con la escuela, familia y los pares, y este estrés en ocasiones es difícil de manejar; algunos jóvenes son particularmente resilientes y capaces de superar grandes obstáculos.<sup>13</sup>

La adolescencia va acompañada inevitablemente de cierto grado de estrés relacionado con la escuela, la familia y los pares.p.352

En esta etapa es donde el adolescente va a desarrollar diversas habilidades y emociones, en este sentido va a ser uso pleno de su desarrollo psicológico y emocional dependiendo en el ámbito en el que se involucre. Por esta razón, se considera que lo más importante en el joven adolescente es la autoestima, ya que es la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse con uno mismo; a su vez, es una etapa en la que se produce la aceptación de su personalidad.<sup>14</sup>

Alonso M, et al.<sup>15</sup>, citando a Pardo y Cols., refiere que la falta de confianza y el respeto por sí mismos son rasgos visibles en la mayoría de las personas, especialmente en adolescentes de la sociedad latina, lo cual ocasiona serios problemas, como alteraciones mentales y trastornos depresivos, que traspasan los límites de lo meramente social a lo patológico.

Según Mott,<sup>16</sup> diversos estudios sobre salud mental en adolescentes muestran que la autoestima es un factor relevante en el desarrollo de los aspectos de la personalidad, adaptación social y emocional, así como en la salud mental en general; una baja autoestima se asocia con estructuras de personalidad depresivas y narcisistas, timidez, ansiedad social y dificultad para relacionarse.

Se han dado muchas definiciones en cuanto al adolescente, pero lo que más lo define a este grupo etario son las expresiones que se refiere a las terribles “(...) *teens* refiriéndose a la terminación inglesa de los 13 a los 19 años (...)”: años cruciales, etapa de crisis y síndrome de adolescencia normal.<sup>17, 18</sup> Por ello, es oportuno recordar que adolescente significa “crecer” y el crecimiento humano se prolonga hasta los 24 años.<sup>14</sup>

La etapa de la adolescencia atraviesa ciertas características que son indiferenciables en esta para este grupo etario y entre ellas se tiene<sup>17</sup>: el descubrimiento de lo inexplicable, es la edad de la incertidumbre, a veces cree saber todo y nada le interesa, cambia su estado de ánimo, cree sentirse solo y busca motivación en los amigos; la vida interior que es la edad de sus primeros dramas, la necesidad urgente de comprenderse y explicarse; así también la angustia, es la expectativa ante la duda; la ambición, es la expectativa ante el triunfo; la rebeldía, es la expectativa a la libertad y la timidez, es la expectativa ante lo inexplicable, se turba y se pone nervioso.

### **b. Depresión**

La depresión es un sentimiento de melancolía o tristeza pero estos sentimientos por lo general, son pasajeros y desaparecen en unos días.<sup>10</sup> Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con su vida diaria y su desempeño normal y causa dolor, tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella.

La depresión es una de las mayores enfermedades de la actualidad y se presenta en todos los estratos sociales, así como en las diversas etapas de la vida, es así que hoy en día se habla de depresión en los niños, adolescentes y adultos.<sup>19</sup> Además, puede ser experimentada en diversos grupos culturales y étnicos, estructuras familiares, edades diferentes, áreas geográficas, niveles ocupacionales y educativos y estatus socioeconómico.<sup>20</sup>

La depresión puede experimentarse en diversos grupos culturales y étnicos, estructuras familiares, edades diferentes, áreas geográficas, niveles ocupacionales, educativos entre otras, sin diferenciarse entre ellas.p.245

En la adolescencia, la normal oscilación de estado de ánimo puede dar la impresión de que los desórdenes depresivos son una epidemia desde la pubertad en adelante; el desarrollo de la depresión radica en diferenciar a los jóvenes que padecen depresión de los que no o los que solo presentan abatimiento como episodios pasajeros.<sup>21</sup> Es así que las depresiones normales en adolescentes se caracteriza por su brevedad, tanto como por su intensidad.

Se considera, que la depresión aparece en el adolescente cuando ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias emocionales y se encuentra profundamente reprimido que no puede sentirse amado ni capaz de amar.<sup>21</sup>

Los adolescentes, al igual que los niños y, a diferencia de los adultos, suelen experimentar los estados depresivos con irritabilidad y falta de control de impulsos; pudiendo estar influenciados por factores anatómicos, fisiológicos, emocionales, intelectuales y sociales, los cuales les generan una turbulencia e inestabilidad propias de la edad, los predisponen negativamente a experimentar dificultades a nivel de los estados del humor.<sup>17</sup> No obstante, las presiones que la sociedad ejerce sobre el adolescente contribuyen a exacerbar su estabilidad emocional ya que, ellos se esfuerzan por satisfacer un ideal parental.<sup>21</sup>

Es importante destacar que todos los adolescentes reprimen sus emociones lo que dará de resultado un desorden afectivo y por ende depresión, es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar.<sup>21</sup>

Respecto a la etiología de la depresión, está es multifactorial con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes que se origina por la interacción de factores ambientales, físicos y sociales y factores personales,

biológicos y psicológicos.<sup>22</sup> Como ocurre con los trastornos depresivos en los adultos, no hay una causa única, clara y definida.<sup>23</sup>

Generalmente, las causas biológicas de los trastornos depresivos son más frecuentes en familiares adultos de niños y adolescentes deprimidos; además los descendientes de padres con trastornos del estado de ánimo presentan tasas más altas de presentar un trastorno afectivo en la infancia o adolescencia.<sup>23</sup> De la misma manera, las mujeres presentan mayor riesgo de desarrollar una depresión después del inicio de la pubertad, ya que "(...) las hormonas sexuales podrían estar asociadas de manera causal a los trastornos del estado de ánimo (...)". De esa forma, algunos de esos cambios hormonales se han relacionado con el incremento de depresión en las mujeres adolescentes; no obstante el desarrollo psicológico y social de los adolescentes también diverge durante esta etapa.<sup>23</sup> Esto es debido al neurotransmisor llamado serotonina que interfiere en los procesos hormonales causando la inhibición de ésta y, a su vez, es la que produce el estado depresivo en la persona; ya que actúa a nivel de sistema nervioso central causando la liberación espontánea de dicho neurotransmisor generando el trastorno depresivo.

Entre las causas psicológicas de la depresión, la presencia de las actitudes disfuncionales incluye una visión pesimista de uno mismo, el mundo o el futuro ó un estilo atribuciones negativo del individuo, en el cual los acontecimientos negativos de la vida son conceptualizados como resultado de causas internas (uno mismo) y proceden al desarrollo del trastorno depresivo. Por esta razón, los acontecimientos negativos se considera a menudo un factor estresante o precipitante, estas incluyen experiencias de pérdida o fracasos,<sup>23</sup> en las cuales se debe considerar los trastornos en el desarrollo infantil temprano o tardío, en los conflictos agudos, conflictos crónicos, trastornos de relación social; en cuanto a los trastornos en el desarrollo infantil. Se ha determinado que el

lactante por el hecho de no hablar, no puede expresar su tristeza, su desolación y desesperanza, de la misma manera que lo haría un adulto.<sup>10</sup>

Según estudios, se ha comprobado que el lactante por el hecho de no hablar, no puede expresar su tristeza, su desolación y desesperanza.p.25

Por otro lado, las causas socio ambientales como la pobreza y el bajo estatus socioeconómico se asocian al incremento de riesgo para una variedad de problemas de salud mental, incluyendo trastornos emocionales serios. Siendo que la conducta de los padres puede influir en el desarrollo de depresión en los jóvenes, además, los padres que expresan de manera notoria sus emociones pueden predisponer a su hijos a desarrollar una enfermedad depresiva; destacando que los adolescentes deprimidos con frecuencia presentan dificultades en el desarrollo de habilidades relacionadas con la resolución eficaz de problemas sociales, lo que les conduce a mayores probabilidades de sufrir rechazo o de ser percibidos como menos competentes.<sup>23</sup> De la misma manera, con respecto a la causa endógena desde el punto de vista del organismo humano, estas causas están relacionadas con el factor hereditario y las causas somáticas de la manifestación depresiva son las enfermedades orgánicas y el uso de drogas que pueden tener su aspecto depresivo.<sup>10</sup> Se clasifica en tres niveles: leve, moderado y severo: <sup>24</sup>

**Depresión leve:** caracterizada por síntomas de tristeza, pérdida de interés y de capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad.

**Depresión moderada:** se observan dificultades para actividades sociales, labores y cognitivas (la persona no puede concentrarse).

**Depresión grave:** caracterizada por sus síntomas de angustia o agitación, además de pérdida de estimación de sí mismo y sentimientos de culpa.

Casi siempre hay sentimientos de culpa y pérdida de autoestima, el decaimiento cambia día con día. p.7



Por otro lado, también, se identificaron tres tipos más de síndromes depresivos que son: <sup>21</sup> el tipo afectivo, el tipo de autoestima negativa, el tipo llamado como “culpa” es aquí que se encuentra el adolescente. Su síntoma distintivo consiste en que cree que es realmente malo y merece morir o que otros lo maten.

Los adolescentes deprimidos pueden experimentar diversos síntomas anímicos, motivacionales y conductuales, cognitivos, físicos e interpersonales. De acuerdo con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE- 10), los códigos para clasificar a las enfermedades mentales tiene una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños o enfermedad y se encuentran en el capítulo F (enfermedades mentales); siendo que la depresión se encuentra en el grupo F30-F39 ( F32), Entre los cuales se puede identificar a los principales y secundarios. <sup>22,23,25</sup>

➤ Síntomas principales:

Estado de ánimo disforico, que es el estado de ánimo irritable o inestable, tendencia a responder con arranques de ira, donde se puede apreciar: Estado de ánimo triste, desesperanzado y desanimado, Estado de ánimo insensible o ansioso, Quejas de molestias y dolores físicos; Disminución del interés o del placer de actividades: Disminución del interés por las aficiones, Perdida de la capacidad para disfrutar las actividades antes placenteras, Aislamiento social y Abandono de lo hobbies y entretenimientos.

➤ Síntomas secundarios:

Pérdida de apetito y fracaso: disminución de apetito, esfuerzos para comer, Fracaso en la consecución del peso apropiado, Preferencias alimentarias, Menos ganancia de peso; alteraciones de sueño: Insomnio medio, Insomnio tardío e Insomnio inicial; alteraciones psicomotoras: Agitación motora. (Incapacidad para permanecer sentado, frotarse las

manos, pellizcar y arrugar la piel), Enlentecimiento motor. (Habla, discurso, movimientos corporales; pérdida de energía y cansancio); Fatiga persistente, Requerimiento de grandes esfuerzos para trabajos pequeños, Eficacia reducida para realizar tareas; sentimientos de inutilidad o de culpa: Evaluación negativa no realista de la propia valía, Preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas de pequeños errores, Pueden tener consecuencias delirantes.

Con relación a la sintomatología con fines didácticos podemos identificarlos de la siguiente manera:<sup>10</sup>

- Síntomas anímicos, la tristeza es el síntoma anímico por excelencia de la depresión; aunque los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre, infelicidad en ocasiones predomina, también está presente la irritabilidad, sensación de vacío y ansiedad.
- Síntomas motivacionales y conductuales, implican el estado general de inhibición, disminución en la capacidad de disfrute, levantarse de la cama y asearse puede convertirse en tareas casi imposibles, abandono laboral, estudios, retardo psicomotor.
- Síntomas cognitivos, la memoria, la concentración y atención pueden llegar a resentirse, incapacitando su desempeño, el contenido de las cognición de la persona deprimida esta alterada, conductas negativas, auto culpa y baja autoestima.
- Síntomas físicos, estos son los motivos principales por la que se solicita la ayuda de un profesional que son: problemas de sueño (insomnio, despertar frecuentemente, despertar precoz), fatiga, pérdida de peso, disminución del deseo sexual, molestias corporales (dolor de cabeza, náuseas, vómitos, estreñimiento,

visión borrosa); es por ello que estos síntomas se consideran de gran importancia para una oportuna intervención.

El tratamiento con los niños y adolescentes depresivos ha incluido diferentes aproximaciones, desde las intervenciones profundas en el nivel psicodinámico y en la relación con sus padres hasta la modificación de los síntomas a través de las técnicas conductuales; incluso se ha utilizado la farmacoterapia como apoyo de los tratamientos de índole psicológica.<sup>21, 24.</sup>

En los enfoques psicodinámicos, el tratamiento es para ayudar a los adolescentes y a sus padres a mejorar la relación padre- hijo (madre y padre), ya que ellos pueden ser la principal causa de la depresión en el adolescente. Este tratamiento tiene dos características, su meta principal es realizar cambios relativamente permanentes en la relación de la familia, lo cual mejorara la vida del adolescente, y en segundo término el método del tratamiento emplea conversaciones con los padres diseñadas para mejorar su vida interna y al mismo tiempo atribuir responsabilidad moral, sin perder el respeto y el afecto por su hijo.

Existe también la terapia familiar: enfoque comunicacional de Virginia Satir, quien dice que esta terapia es lograr que los miembros que integran la familia tengan una comunicación congruente y directa que se relaciona con los aspectos de maduración y autoestima; los elementos que se trabajaran serán los siguientes:

1. Logar una comunicación clara y directa entre todos los miembros.
2. Reconocer los sentimientos de los otros.
3. Promover el contacto con los sentimientos y su relación con los pensamientos.
4. Aceptar las diferencias del otro.

5. La capacidad de verificar lo que dice el otro.
6. Que identifiquen patrones de conducta que se han venido repitiendo.
7. Que se identifiquen otras alternativas de acción.

De la misma manera, existe el tratamiento familiar cognitivo conductual, este se basa en restablecer el estado de ánimo de los hijos como de los padres, ya que ellos muchas veces son los que transmiten los sentimientos de aflicción a sus hijos. El tratamiento se basa en integrar al adolescente como persona sociable, puesto que la depresión muchas veces lleva al aislamiento y consecuente con tener una autopercepción negativa; por ello esta terapia se enfoca en incrementar las autoafirmaciones positivas y modificar estándares de logro, es así que el tratamiento contempla los siguientes puntos:

- Ayudar a cambiar las expectativas de los sucesos desagradables, haciendo entorno más placentero, reforzando y ayudando al paciente deprimido a rechazar objetivos inasequibles.
- Proporcionar estrategias necesarias para lograr sus objetivos, mediante un entrenamiento en habilidades sociales o en toma de decisiones.
- Cambiar su estilo cognitivo atributivo.

Por último, se encuentra el tratamiento farmacológico quien se encarga de actuar a nivel de neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y dopamina. Existen los antidepresivos tricíclicos los cuales intervienen en los estados de tristeza, sentimiento de culpabilidad, estado de agitación, pérdida de energía; no obstante también se encuentran los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), que son los fármacos de primera elección para la depresión en todas las edades por su demostrada eficacia y buen perfil

relativo de los efectos secundarios. Sin embargo, el tratamiento con fármacos debe ser de sumo cuidado, ya que no se conocen bien los efectos secundarios.

### **c. Interacción familiar**

La familia es la principal influencia socializadora del adolescente, en ella se transmiten conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos de una generación a otra; por ello la palabra y ejemplo tienen implicancia en la personalidad del adolescente, entendiendo que "(...) la crianza abarca períodos de crecimiento y desarrollo a través de la educación y cuidado (...)".<sup>26</sup>

Asimismo, el Ministerio de Salud (MINSA) define que la familia es la unidad básica de las sociedades (urbanas y rurales), está integrada por individuos que se encuentran bajo la responsabilidad de una cabeza familiar; por ello una familia saludable es aquella que busca superar sus problemas de salud adoptando comportamientos adecuados con la participación de sus miembros para mejorar su bienestar y promoviendo entornos saludables.

Por esta razón, la familia no debe olvidar la muestra de afecto hacia los hijos y el comportamiento adecuado pero eficiente para no abrumar el estado emocional del adolescente y no llegar a un trastorno de salud mental y por ende de depresión. Sin embargo, cada familia tiene sus propias características de comunicación, autoridad, responsabilidad, libertad, entre otros, que influyen en el comportamiento de sus integrantes.<sup>26</sup>

La familia como grupo social debe cumplir funciones básicas que son la función económica, la biológica, la educativa, cultural, espiritual y emocional es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar.<sup>27</sup> Entre ellas:<sup>28,29</sup>

- **Biológica:** esta satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, como también la reproducción humana.
- **Educativa:** ya que tempranamente socializa a los niños en cuanto al sus hábitos, sentimientos, valores, conducta y muchas más.

- Económica: esta satisface las necesidades básicas, tales como el alimento, vivienda, salud y vestimenta.
- Solidaria: aquí se desarrollan afectos que permiten la ayuda mutua y a prójimo.
- Protectora: ya que da seguridad y cuidado al niño, los inválidos y los ancianos.

Entre otras calificaciones de las funciones que establece la familia se describe: las instrumentales y cognitivo-afectivas; donde la primera hace referencia a la alimentación, vivienda, seguridad, supervisión, higiene, cuidados de la salud, educación; y la segunda al apoyo social, valoración y autoestima, comunicación, valores compartidos.<sup>29</sup>

En este sentido, Olson y Van der Veen <sup>32</sup> evalúan dentro del componente familiar la cohesión y la adaptabilidad entre sus miembros, los cuales permitirán que la familia conviva dentro de un ambiente que refuerza la realización personal y familiar.

Autores explican que la cohesión se caracteriza por ser unificante e influyente en dos componentes; el vínculo de los miembros de la familia y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia; para medir y diagnosticar la dimensión se consideran: vinculación emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación.<sup>33</sup> La cohesión se determina por cuatro niveles:

**Desligada:** se refiere a la existencia de una extrema separación emocional, donde existe ausencia de lealtad familiar, el poco involucramiento o interacción entre los miembros de la familia y la ausencia afectiva entre ellos. Por lo tanto, esta trae como consecuencia la separación personal, donde solo existe la

preferencia por sus espacios separados logrando la ruptura de la unión como familia.<sup>31,32</sup>

**Separada:** existe separación emocional entre los miembros de la familia, teniéndose una distancia personal y una lealtad ocasional; en esta relación se expresa la poca correspondencia afectiva, siendo claro los límites parento-filiales con cierta separación personal. Existe interés por pasar el tiempo de manera individual sin descuidar un momento familiar, a la vez las decisiones se toman de manera individual, con intereses distintos y localizándolo fuera de la familia.<sup>31,32</sup>

**Conectada:** la relación de los miembros de la familia son alentadas y preferidas, logrando una cercanía emocional con una lealtad alta; el tiempo es valorado e importante, tomando las decisiones en conjunto, por lo tanto se respetan y se comparten los intereses, la preocupación por los miembros y la recreación es compartida.<sup>31,32</sup>

**Amalgamada:** la relación es aglutinada de cercanía emocional extrema, el involucramiento es altamente simbólico, tal como la lealtad familiar. No obstante, los miembros de la familia dependen mucho unos de los otros y se evidencia una dependencia afectiva. La mayor parte de tiempo la familia la pasa junta, se hace poco tiempo y espacio para la individualidad, focalizándose en los intereses en conjunto por mandato.<sup>31,32</sup>

Respecto a la adaptabilidad es la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo. Es decir, para que exista un buen sistema de adaptación se requiere de un balance entre cambios y estabilidad; los cuales para diagnosticar y medir se expresan en: negociación, poder de familia (asertividad, control y disciplina), relaciones de roles y reglas.<sup>32,33</sup>

El desplazamiento entre alta y baja adaptabilidad determina cuatro tipos:

**Rígida:** el liderazgo es autoritario, existiendo fuerte control parental, la disciplina es estricta, rígida y su aplicación severa. Sin embargo, los padres se comportan de manera autocrática imponiendo decisiones y con roles estrictamente definidos haciendo cumplir las reglas, sin posibilidad de cambio<sup>32,33</sup>

**Estructurada:** el liderazgo principal es autoritario, siendo pocas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa, siendo predecible sus consecuencias. Son los padres quienes toman las decisiones, pero las funciones son estables y pueden compartirse, haciendo cumplir firmemente las reglas.<sup>31,33</sup>

**Flexible:** el liderazgo es igualitario, permite cambios, la disciplina es algo severa negociándose sus consecuencias, rara vez es democrática existiendo así un acuerdo de decisiones logrando compartir los roles y funciones y haciendo que las reglas se cumplan con flexibilidad.<sup>32,33</sup>

**Caótica:** el liderazgo es limitado o ineficaz, las disciplinas son muy poco severas habiendo inconsistencia en sus consecuencias es por ello que las decisiones parentales son impulsivas con falta de claridad en las funciones y con ello frecuentes cambios en las reglas que hacen cumplir inconsistentemente.<sup>33,34</sup>

La correlación entre la cohesión y la adaptabilidad determina tres tipos de funcionamiento familiar. Las familias de óptimo funcionamiento se encuentran en rango balanceado, a diferencia de las familias no funcionales que se ubican en el extremo de los rangos.<sup>31</sup> Así, el funcionamiento familiar se compone de tres tipos: tipo balanceado, de rango medio y extremas.<sup>32,33</sup>



Nivel de funcionamiento balanceado: las familias que se encuentran en este nivel confluyen en ambas direcciones (cohesión y adaptabilidad), mencionándose las familias flexibles separadas y flexiblemente conectadas. Los individuos de este grupo tienen la habilidad de balancear los extremos de independencia y dependencia familiar.

Nivel de funcionamiento de rango medio: las familias en este nivel, son extremas en una sola dimensión, encontrándose flexiblemente dispersa, flexiblemente aglutinada, caóticamente separada, caóticamente conectada, estructuralmente dispersa, estructuralmente aglutinada, rígidamente separada, rígidamente conectada.

Nivel de funcionamiento extremo: en esta categoría son extremas en dimensión de cohesión y adaptabilidad, son una forma exagerada del rango medio debido a que varían de cantidad, calidad e intensidad. Lo conforman las familias caóticamente dispersa, caóticamente aglutinada, rígidamente dispersa y rígidamente aglutinada.

Conforme lo descrito, se puede decir que un ambiente familiar negativo se caracteriza por problemas de comunicación entre los padres y los hijos adolescentes, lo que constituye uno de los factores de riesgo más vinculados al desarrollo de alteraciones en la salud mental en los hijos.<sup>34</sup> En contraste, la comunicación familiar fluida y empática ejerce un fuerte efecto protector ante los problemas de salud mental e influye en forma positiva en el bienestar psicológico del adolescente.<sup>35</sup>

Por tal razón, en el adolescente es fundamental la adecuada interacción familiar, reconociendo que están inmersos en un mundo nuevo y espontáneo donde se pone a prueba sus propias capacidades, al mismo tiempo que buscan su independencia fortaleciéndose con el grupo de pares. La transmisión de seguridad, protección y afecto por parte de la familia y de los seres más

cercanos proveerá de insumos para que la vida universitaria represente una experiencia satisfactoria en el adolescente que permita un crecimiento consecuente hacia la madurez.<sup>36</sup>

#### **d. Rendimiento académico**

La vida universitaria ha sufrido grandes transformaciones a lo largo del tiempo, ya que “(...) es causa y efecto de contradicciones y conflictos entre lo ideológico, fisiológico e histórico (...)”; en este sentido los docentes y alumnos persiguen un solo propósito que es la aproximación al conocimiento como centro de la actividad. Es así, que el implemento de la tecnología en el campo universitario desempeña un rol fundamental para la sociedad, la cual incrementa la posibilidad y facilidad de obtener información y crecer en conocimientos, por lo que la innovación tecnológica aumenta la educación y creatividad en los estudiantes brindándoles capacidad para transformarse, enfrentar y asumir nuevos retos; reconociendo que la transformación es vital para mantener un liderazgo social.<sup>37</sup>

En la actualidad, la creciente tecnología en información y comunicación con el implemento de la internet ha generado una nueva sociedad basada en el conocimiento, siendo que la tecnología integrada al campo educacional, posibilita la formación a lo largo de la vida, entre tanto es necesario el aprendizaje electrónico y alfabetización en aptitudes para el acceso y uso de la información.<sup>38</sup>

En tal sentido, este mundo postmoderno ha generado en los estudiantes una gran capacidad de tensión causando o transformándolo en estrés, ya que dichas ventajas aún no son iguales para todos, sea por el nivel económico o por la falta de adaptabilidad a la tecnología; esta falta de acceso puede causar frustración en los estudiantes, provocando desinterés en el campo académico.<sup>10</sup>

En el estudiante universitario, el rendimiento académico se ve a través de lo logrado por su desempeño en el campo universitario, que es donde el adolescente va ejercer sus habilidades y conocimientos para desempeñar una adecuada función en el ámbito estudiantil; llegando así a cumplir metas y objetivos planteados para seguir la carrera universitaria. Sin embargo, el universitario debe pasar por ciertas incertidumbres como los altos costos de pensión y el oscuro drama de egresar y no encontrar trabajo; del mismo modo, muchos estudiantes no egresan con una adecuada preparación, ya que el equipamiento estudiantil, la infraestructura y el profesorado es insuficientemente calificado, situaciones que pueden interferir en su desempeño académico como ser fructífero y con buen producto al término de la vida universitaria; por esta razón el estudiante debe cumplir con ciertas características para lograr un buen rendimiento o desempeño académico:<sup>10</sup>

- Los estudiantes universitarios son considerados un producto social estratificado, ya que es un producto de extracción en nuestro medio social.
- Debe presentar una alta productividad en el estudio y no verse sumergidos en una serie de problemas que disminuyen su efectividad en el estudio que pueda restringir la calidad y cantidad de conocimientos que son necesarios para una culminación exitosa.
- Poseer conciencia social, se reconoce a través de una latente organización interna.

En este sentido, el rendimiento académico de la enseñanza superior, es fundamental, ya que es uno de los motores del desarrollo económico y uno de los pilares de la educación a lo largo de la vida; además es el principal instrumento de transmisión de la experiencia, cultural y científica acumulada por

la humanidad; es así que la universidad cumple un conjunto de funciones tradicionales asociadas al progreso y a la transmisión del saber cómo la investigación, innovación, enseñanza y formación. Destacando así, el buen rendimiento académico que el adolescente universitario debe obtener en base a los conocimientos y a los beneficios ofrecidos por su alma mater.<sup>10</sup>

De ese modo, es de vital relevancia tomar en cuenta el amplio campo emocional, psicológico y educacional del adolescente universitario; siendo necesario contar con un personal capacitado para el apoyo en la educación; ya que el profesional de enfermería ofrece medidas de promoción y prevención de la salud mental, siendo este un medio facilitador para la detección temprana de algún padecimiento emocional, asimismo, es de gran ayuda para la salud pública y la salud mental. Es así, que el adolescente no pueda sentirse sumergido en el vacío, contando con charlas educativas para los padres de familia y los estudiantes; motivando así a una buena salud física y mental.

El personal de salud está capacitado para asumir el rol emocional del adolescente, no debiendo tomar con ligereza si algún adolescente está padeciendo un problema de salud mental. El profesional de enfermería es apoyo incondicional para una detección temprana y una oportuna derivación; ya que los trastornos emocionales han ido creciendo con mucha frecuencia debido a la alta presión social y académica que el adolescente enfrenta, lo que hace necesario que se establezca medidas de distracción y relajación para que los problemas no sean tan abrumadores al enfrentarlos.<sup>10</sup>

#### ***2.4 Definición de términos básicos***

- **Adolescente:** es el periodo de desarrollo biológico, emocional y cognitivo, el cual se encarga de proporcionarle una apropiada madurez tanto física como emocional; conocida como etapa crucial donde se pone en riesgo su autonomía e identidad.

- **Depresión:** es un trastorno de estado de ánimo y por consiguiente afectivo que limita a la persona no solo a demostrar afecto sino también a recibirlo.
- **Familia:** es el elemento fundamental de toda sociedad, cuyo sostén será indispensable para el desarrollo correcto de todo ser humano.
- **Rendimiento académico:** es la evaluación de conocimientos adquiridos en un proceso de aprendizaje.
- **Funcionamiento Familiar:** es el adecuado desenvolvimiento entre los miembros de la familia es decir, adolescente- padres.
- **Interacción familiar:** es la comunicación que se produce en el ambiente familiar tanto padres como hijos.
- **Enfermería:** arte y ciencia encargada del cuidado y satisfacción de necesidades de la persona, familia o comunidad, ya sea sana o enferma, abarcando los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

## ***2.5 Hipótesis***

### **2.5.1 Hipótesis General:**

- Existe relación entre el nivel de depresión, el tipo de funcionamiento e interacción familiar y el rendimiento académico en el adolescente universitario de la población en estudio.

### **2.5.2 Hipótesis Específicas:**

- Los adolescentes universitarios que proceden de familias disfuncionales presentan con mayor frecuencia depresión en la población en estudio.

- Los adolescentes universitarios con problema de interacción familiar presentan con mayor frecuencia de depresión en la población en estudio.
- Los adolescentes universitarios que presentan algún nivel de depresión tienen rendimiento académico regular en la población en estudio.
- Los adolescentes con nivel socioeconómico bajo presentan con mayor frecuencia depresión en la población en estudio.

## ***2.6 Variables***

- Variable independiente: Depresión.
- Variable dependiente: Rendimiento académico.
- Variable interviniente: Funcionamiento e interacción familiar.  
(anexo a)

## CAPITULO 3: METODOLOGÍA

### *3.1 Definición operacional de variables*

**Variable independiente: Depresión**, según sus dimensiones:

- Social: el aspecto social es el medio donde el adolescente puede desenvolverse y está en contacto con otras personas.
- Físico: el sentir físico es el malestar que se expresa a través de nuestro cuerpo evidenciándose en diversas posturas o síntomas visibles.
- Psicológicos: el malestar psicológico es la alteración emocional que presenta la persona, alterando sus sentimientos y su sistema limbico.

**Variable dependiente: Rendimiento académico**, según dimensiones:

- Promedios: son los puntajes obtenidos en un momento determinados según calificaciones.

**Variable interviniente: Interacción familiar**, según dimensiones:

- Comunicación: es la relación interpersonal y recíproca entre dos o más personas; la comunicación es el medio por el cual nos realizamos como seres humanos.
- Interacción familiar: es la relación de cada miembro de la familia en el hogar y la eficacia de una buena estabilidad en la familia.

### *3.2 Tipo de investigación*

El presente estudio fue de tipo cuantitativo, método observacional.

### ***3.3 Diseño de la investigación***

El diseño de la investigación fue descriptivo correlacional, debido a que se busca especificar características importantes de las variables en estudio y determinar el grado de relación que existe entre ellas, fundamentalmente, describir e interpretar sistemáticamente la depresión, el nivel afectivo y emocional en interacción familiar y el nivel cognitivo (rendimiento académico) en los adolescentes universitarios y explicar la asociación entre ellos.

### ***3.4 Lugar de ejecución de la investigación***

El área de estudio fue la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma-Lima, institución privada ubicada en el distrito de Santiago de Surco. Es una entidad de nivel universitario que promueve el cuidado humanizado del ser humano y se propone formar profesionales líderes en enfermería para satisfacer las necesidades del enfermo y les enseña a brindar un cuidado humanizado e individualizado con la carisma de San Camilo de Lellis. Cuenta con una infraestructura altamente calificada y avance tecnológico, para el desarrollo de un profesional capacitado, conformada por 11 aulas adecuadamente habilitadas para el desarrollo del educando y una adecuada formación.

### ***3.5 Universo, selección, muestra y unidad de análisis***

La población fue constituida por 209 estudiantes regularmente matriculados en el segundo semestre académico del año 2012, los cuales fueron seleccionados considerando las edades y el ciclo de estudios. El tamaño de la muestra fue de 56 alumnos constituyendo muestra censal; siendo la unidad de análisis el adolescente cuyas edades fluctuaba entre 17-21 años. Cabe resaltar que se priorizó a los estudiantes de 1°, 2° y 3° ciclo correspondientemente conforme criterios de inclusión y exclusión.



### ***3.6 Criterios de inclusión y exclusión***

#### **- Inclusión**

- Estudiantes matriculados cursando entre el primer y tercer ciclo de estudios.
- Estudiantes entre 17 a 21 años de edad.
- Participación voluntaria.

#### **- Exclusión**

- Estudiantes que reciben algún tratamiento depresivo
- Estudiantes recientemente transferidos de otras instituciones universitarias.
- Estudiantes que no comprenden cabalmente la lengua castellana.

### ***3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos***

La técnica utilizada fue la encuesta y como instrumentos la Escala de Depresión para Adolescente de Reynolds (EDAR), la Escala de Funcionamiento Familiar de Olson (que mide la funcionabilidad familiar entre padres-adolescente) y la Escala de Comunicación de Barnes y Olson (que evalúa las estructuras familiares), además de una Hoja de Registro para recopilar las calificaciones.

El primer instrumento EDAR, se resalta que inicialmente solo se contaba con un instrumento para medir la depresión en niños por Reátegui denominado Children's Depresión Inventory (CDI) en Kovacs; siendo necesario estandarizar y modificar la escala de depresión para adolescentes de Reynolds en 1999,<sup>39</sup> la cual consta de 30 ítems con respuestas tipo

likert: casi nunca, rara vez, algunas veces y casi siempre. La misma está redactada en forma actual para saber si padece algún sufrimiento presente, el formato de respuesta evalúa la frecuencia de los síntomas psicopatológicamente positivos del desorden

depresivo; de los 30 ítems siete son inconsistentes con la depresión (1, 5, 10,

12, 23, 25 y 29); sin embargo los ítems más críticos (6, 14, 20, 26, 29 y 30) son reactivos que se clasifican de modo inverso, es decir, la respuesta “casi nunca” recibe 4 puntos; “rara vez” recibe 3 puntos; “algunas veces” recibe 2 puntos y “casi siempre” recibe 1 punto (anexo b).

El segundo instrumento, la Escala de Funcionamiento Familiar según el Modelo Circumplejo de Olson, fue validado inicialmente en 1987 por Malamud, Gonzales Chu y Pinto Herrera, siendo adaptado en el Perú por Camacho y Nakamura,<sup>40</sup> quienes reportan una validez interna aceptable ( $r > 0,20$ ) y una confiabilidad de 0,71 mediante el Alfa de Crombach. Este instrumento contiene

20 preguntas medidas a través de la escala de graduación (casi nunca; una que otra vez; a veces; con frecuencia y, casi siempre) que va desde 20 a 100 puntos. Se compone de dos dimensiones: Cohesión con 10 preguntas (impares) y adaptabilidad con 10 preguntas (pares). Cada dimensión se evalúa de forma independiente. Así, para la Cohesión, los resultados se categorizan en: COHESIÓN BAJA (10- 34 PUNTOS)= FAMILIA DESLIGADA; Cohesión Media A (35-34 puntos)= familia separada; Cohesión Media B (41-45 puntos) que

significa familia conectada y, Cohesión alta (46- 50 puntos) que significa familia amalgamada. Y, para la adaptabilidad, los resultados se categorizan en: Adaptabilidad baja (10-19 puntos) = familia rígida; Adaptabilidad Media A (20-

24 puntos) = familia estructurada; Adaptabilidad media B (25-28 puntos)

=familia flexible y, Adaptabilidad alta (29-50 puntos) = familia caótica. La correlación entre cohesión y adaptabilidad, determina 3 tipos de niveles de

funcionamiento familiar. Las familias de óptimo funcionamiento se encuentran en el rango balanceado, a diferencia de las familias no funcionales que se ubican en el extremo de los rangos. Los tres niveles de funcionamiento familiar son: tipo balanceado, de rango medio y extremas (anexo c).

El tercer instrumento, la Escala de Comunicación Padres-Adolescentes de Barnes y Olson, fue modificado por Bueno <sup>41</sup> y Gonzales <sup>45</sup> y constituye también una escala de graduación (nunca, pocas veces, a veces, muchas veces y siempre). Este instrumento evalúa la comunicación entre los hijos y la madre y el padre (desde el punto de vista de los hijos). Cada escala consta de 20 ítems que representan dos grandes dimensiones de la comunicación y los problemas de la comunicación padres- hijos: la apertura en la comunicación hace referencia al grado en que la relación padres- hijos se caracteriza por mantener una comunicación positiva, basada en la libertad, comprensión y libre intercambio de información. Los problemas en la comunicación, por su parte, tienen que ver con el mantenimiento en esta diada de una comunicación poco eficaz, excesivamente crítica o de carácter negativo. La puntuación de las escalas es la suma de las sub escalas, los ítems que intervienen son los de la sub escala de los problemas de la comunicación (2,4,5,10,11,12,15,18,19,20) y los ítems que no se intervienen son los de la sub escala de apertura en la comunicación (1,3,6,7,8,9,13,14,16,17), ambas darán origen a los niveles diagnósticos de la comunicación tanto para el padre como para la madre (anexo d).

El cuarto fue una Hoja de Registro para recolectar los promedios de cada estudiante y contenía al mismo tiempo datos sociodemográficos del adolescente y su estructura familiar (anexo e).

Se resalta que por utilizarse en el estudio instrumentos validados recientemente en la población peruana,<sup>32</sup> solo se aplicó la prueba piloto en la EDAR, a fin de obtener una información actualizada en el

contexto universitario. Procedimiento realizado con 30 estudiantes de una universidad privada que cumple las mismas características de la población en estudio, a inicios de diciembre del 2012, obteniéndose resultados de aceptable confiabilidad 0,9340 (anexo f).

Para el control de calidad de la información recolectada se hizo doble digitación de los datos en programa Excel 2003 por diferentes personas, identificándose en esta etapa errores en la codificación. Previamente, una vez recolectada la información se siguió un monitoreo del correcto llenado de los datos y respuestas en cada uno de los instrumentos. Por otro lado, el análisis de datos fue realizado por un profesional estadista, quien no tenía ningún tipo de relación con la muestra de estudio, ni con la investigadora, evitándose así la manipulación tendenciosa de los resultados.

### ***3.8 Procedimiento de recolección de datos***

La recolección de datos fue realizado por la investigadora en diciembre 2012, previa autorización de la Directora de la Escuela y cumplimiento con los trámites administrativos. Antes de entrar en contacto con los estudiantes fue coordinado las actividades con cada tutor de aula en el horario de tutoría; es así que la aplicación de los instrumentos se realizó el 17 de diciembre. (anexo g)

Una vez que los estudiantes expresaron su libre voluntad de ser parte del estudio, procedieron a firmar el asentimiento informado los menores de 18 años y el consentimiento informado los mayores de 18 años. Siendo que durante el proceso se dio respuesta a todas sus interrogantes haciendo hincapié en el buen llenado de los instrumentos. Inicialmente, se les explico sobre los objetivos del estudio, destacando que los datos obtenidos servirían únicamente para los fines que persigue la investigación.

En un tercer momento se procedió con la revisión documentaria, obteniéndose las notas del primer semestre 2012 por cada asignatura, las cuales fueron recolectadas en el área Coordinación Académica de la EEPLT. Finalmente, registramos el promedio ponderado obtenido por cada estudiante.

### ***3.9 Aspectos éticos***

El proyecto fue sometido a evaluación de un Comité de Ética en Investigación, siendo aprobado luego de un periodo de espera por el Comité del Hospital Nacional Víctor Larco Herrera (anexo h).

Se resalta que los datos recolectados en el estudio fueron utilizados solo para el objetivo del estudio, respetándose la autonomía de los estudiantes y la confidencialidad de la información obtenida, compromiso que se refleja en la firma del consentimiento y asentimiento informado; conservándose el total anonimato. Siendo que de publicarse la información será mantenida en secreto la identidad de la institución educativa.

### ***3.10 Análisis de datos***

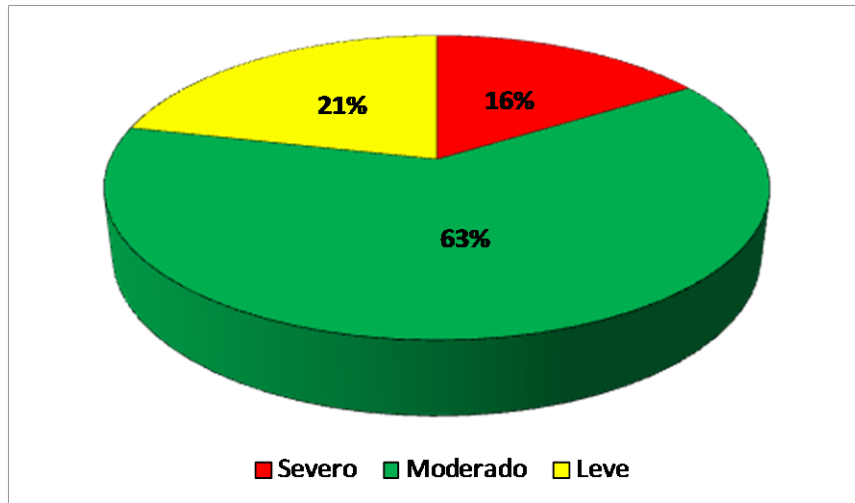
Los datos obtenidos fueron digitados y procesados en una base de datos en el programa de Excel 2003, utilizando códigos para cada participante de la investigación y, luego procesados en paquete SPSS v.12 mediante la estadística descriptiva (porcentajes, frecuencia absoluta, media, desviación estándar), y para correlacionar las variables se usó la prueba de chi cuadrado.

## **CAPITULO 4: RESULTADOS y DISCUSIÓN**

### ***4.1 Resultados***

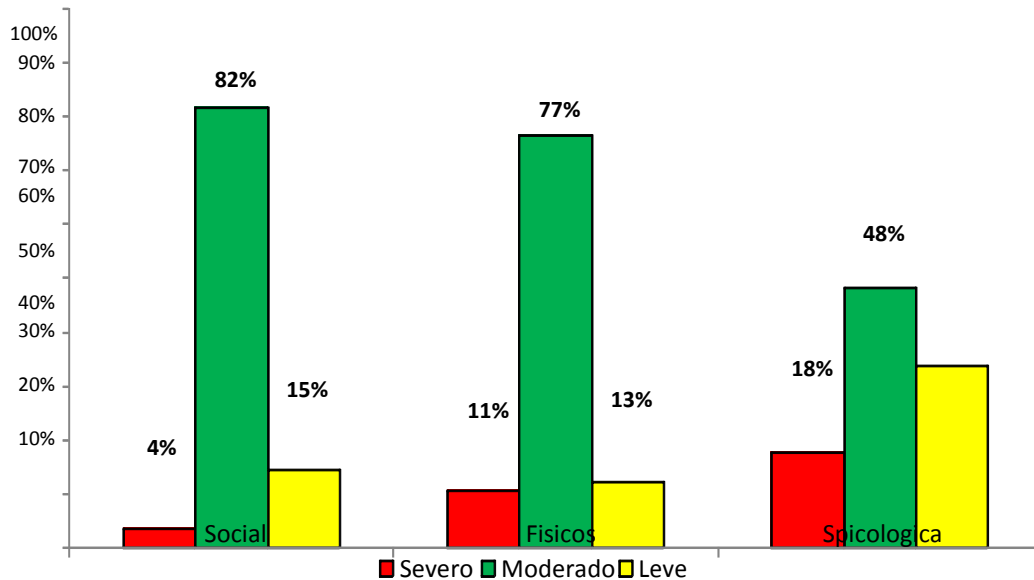
De los 56 participantes en el estudio, el 93% (52) era de sexo femenino, la edad fluctuaba entre 17 a 21 años.

**Gráfico 1: Niveles de depresión en adolescentes universitarios de la Escuela de EEPLT, diciembre 2012**



En el gráfico 1, se destaca que el 63% (35) de los adolescentes universitarios tenía un nivel de depresión moderado, el 16% (9) un nivel de depresión severa.

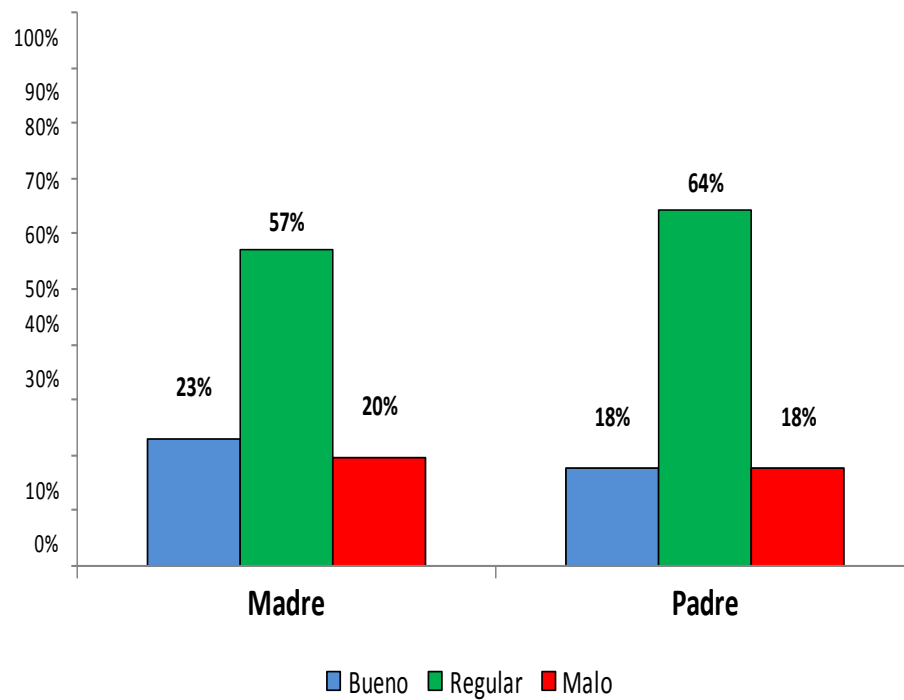
**Grafico 2. Niveles de depresión en adolescentes universitarios de la EEPLT según dimensiones de estudio. Diciembre 20012.**



En el gráfico 2, se identifica que de los adolescentes sometidos al estudio, en la dimensión psicológica el 18% (10) presentó depresión severa y 48% (27) depresión moderada, caracterizándose esta dimensión por presentar aislamiento, desinterés y faltas a su centro de estudios; en la dimensión física, el 77% (43) presento depresión moderada y 11% (6) depresión severa, destacándose en esta dimensión el decaimiento, la pérdida de apetito y la labilidad emocional. Ya en el nivel social, un 82% (45) presento depresión moderada y 4% (2) depresión severa, indicando que los adolescentes presentan déficit en sus relaciones interpersonales, grupo familiar o amical.

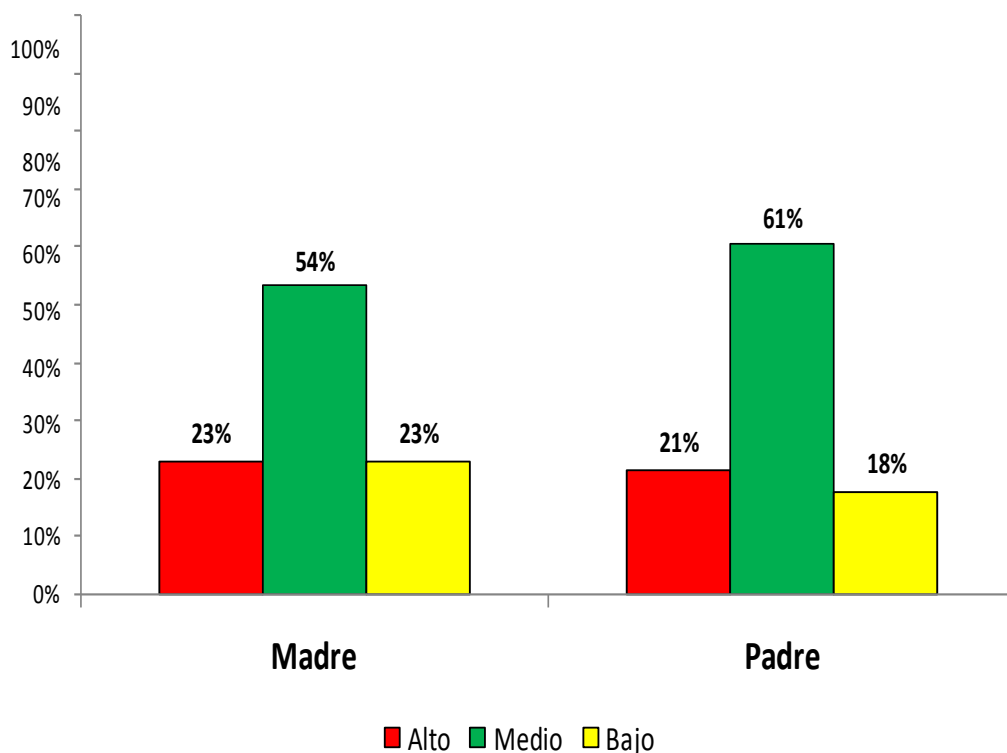


**Grafico 3. Estado de apertura de comunicación entre los hijos, la madre y el padre en adolescentes de la EEPLT. Diciembre 2012.**



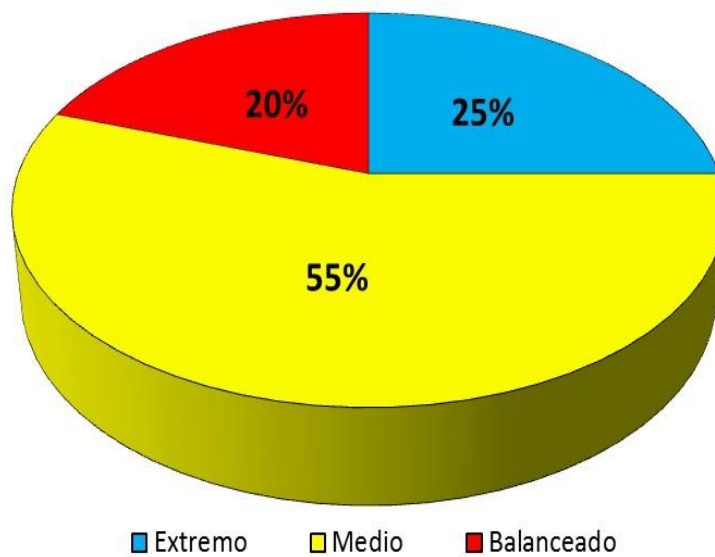
En el gráfico 3, se observa que los adolescentes sometidos al estudio presentaron una disposición (apertura) regular de comunicación tanto con el padre (64%; 36) como con la madre (57%; 32), con aparente mejor comunicación con el padre. Igualmente, se observa que un porcentaje importante de los adolescentes tenía una disposición deficiente o mala comunicación con sus padres (madre 20% y padre 18%, respectivamente).

**Gráfico 4: Estado de Problemas de Comunicación con los Padres, en Adolescentes Universitarios de la EEPLT. Diciembre 2012.**



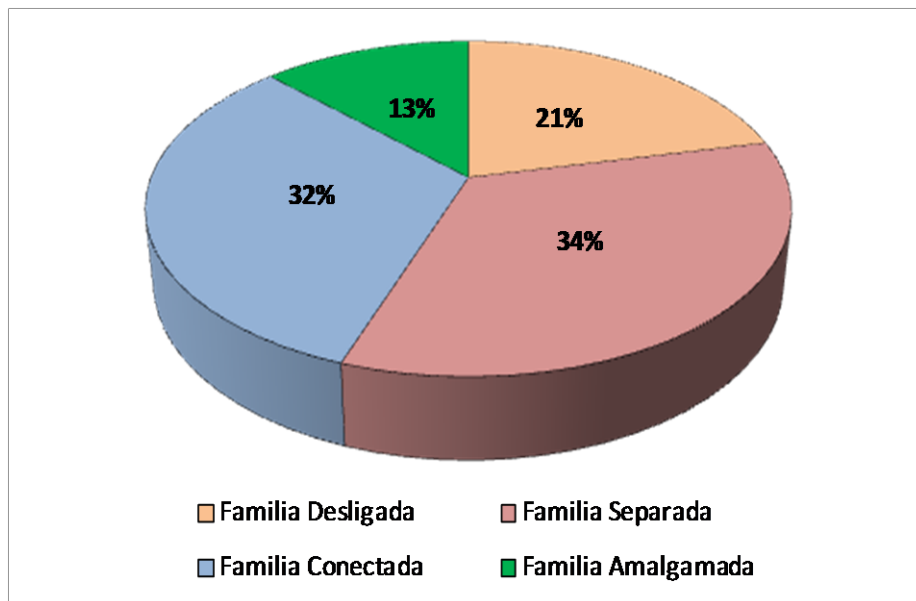
Según el gráfico 4, existe problemas de comunicación entre los adolescentes y sus padres, destacándose el nivel alto (madre 23% y padre 21% respectivamente), y el medio (padre 61% y madre 54% respectivamente). Donde se destaca resistencia a compartir el dialogo, estilos negativos de interacción, selectividad y ansiedad. Entre el gráfico 3 y 4, que derivan de un solo instrumento, se puede decir que la comunicación entre padres-hijos es de regular-bajo, pues así como existe apertura para el diálogo y soporte a nivel afectivo, también existen problemas que entorpecen ese diálogo, generando estrés y ansiedad en el adolescente.

**Gráfico 5: Niveles de Funcionamiento Familiar en Adolescentes de la EEPLT, diciembre 2012**



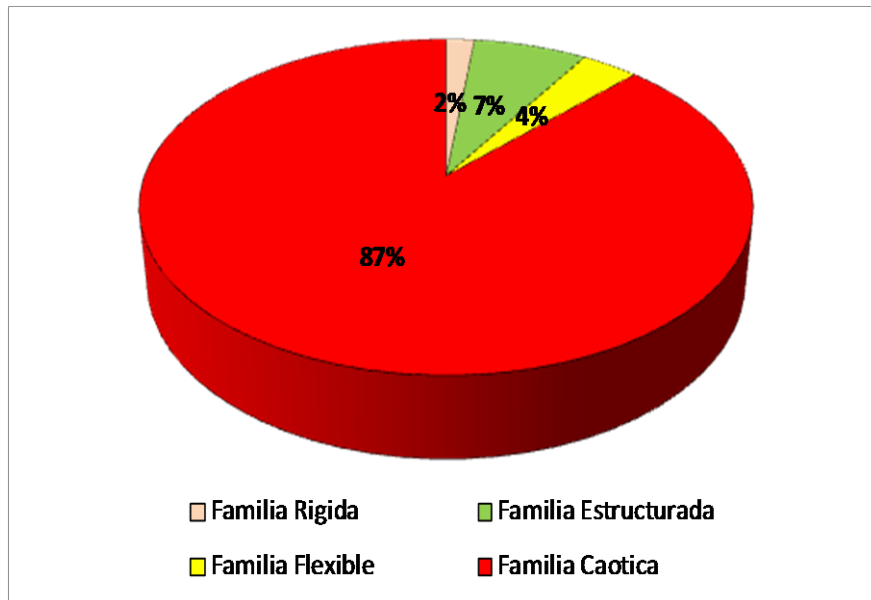
En el gráfico 5, se observa que el 55% (31) de los adolescentes del estudio se clasificó en un nivel medio de funcionamiento familiar y 20% (14) en un nivel extremo. Aunque un 25% (14) mantenía un nivel balanceado. Resultados que indican que el funcionamiento familiar del adolescente de la Escuela es de rango medio, es decir, que pueden ser flexiblemente dispersas o aglutinadas, caóticamente aglutinadas o separadas y rígidamente conectas o separadas. Caracterizando una familia no funcional o disfuncional.

**Grafico 6. Nivel de funcionamiento familiar, en los adolescentes de la EEPLT, dimensión cohesión, diciembre 2012**



Se observa gráfico 6, se identifica que el 34% (19) de los adolescentes pertenecía a familias separadas, donde prima la separación emocional entre sus miembros, con poca correspondencia afectiva y una vivencia más individualizada de cada uno de sus miembros. Aunque, un 13% (7) de los adolescentes vivía en entorno de familia amalgamada, caracterizada por cercanía emocional, lealtad familiar y dependencia afectiva entre sus miembros, predominando los intereses de todos al tomar una decisión familiar.

**Grafico 7. Nivel de funcionamiento familiar, en los adolescentes de la EEPLT, dimensión adaptabilidad, diciembre 2012**



Se observa en el gráfico 7, que un gran porcentaje de los adolescentes pertenecía a familias caóticas (87%;49), caracterizado por el limitado liderazgo de los jefes del hogar, quienes son inconsecuentes con sus decisiones respecto a la crianza de los hijos y no cumplen a cabalidad sus funciones/roles. Por otro lado, solo el 7% de los adolescentes tenía una familia estructurada, es decir, espacio dónde los padres ejercen su liderazgo y autoridad con mesura, siendo que la disciplina rara vez sería severa y se hacen respetar las decisiones de los padres.

**Tabla 1. Relación de las variables en estudio con los niveles de depresión en adolescentes de la EEPLT, diciembre 2012.**

Variables en estudio	Niveles de depresión						Valor de "p"	
	Leve		Moderado		Severo			
	n	%	n	%	n	%		
Sexo	Femenino	9	16,1	33	58,9	10	17,9	0,29
	Masculino	-	-	2	3,6	2	3,6	
NSE*	Medio	1	1,8	3	5,4	-	-	0,53
	Bajo	8	14,3	32	57,1	12	21,4	
RA***	Bueno	5	8,9	22	39,3	7	12,5	0,90
	Regular	4	7,1	13	23,2	5	8,9	
FF****	Extremo	4	7,1	8	14,3	2	3,6	0,56
	Medio	3	5,4	20	35,7	8	14,3	
	Balanceado	2	3,6	7	12,5	2	3,6	

En la tabla 1, se observa que ninguna de las variables en estudio está relacionado con la presencia de depresión en los adolescentes universitarios ( $p > 0,05$ ): sexo, nivel socioeconómico, rendimiento académico y funcionamiento familiar. A pesar que pueden observarse entre los niveles de depresión características importantes en los adolescentes, como la condición económica baja, el rendimiento académico en general bueno, con un funcionamiento familiar ambivalente (medio). Con respecto al sexo femenino se observa que el 58,9% presentó depresión entre moderada y 17,9% severa; en cuanto al nivel socioeconómico, el 57,1% (32) tenía un nivel bajo y 78,5% presentó depresión entre moderado y severo, de la misma manera en el rendimiento académico el 51,8% tenía un nivel bueno, presentando también depresión entre moderado y severo.

## **4.2 Discusión**

La depresión es uno de los trastornos actuales que se ha incrementado con el paso de los años, considerándose una de las mayores enfermedades de la actualidad y que puede presentarse en cualquier etapa de la vida.<sup>19</sup> Dado que constituye el factor de riesgo importante en el desarrollo del ser humano y es nefasto para un crecimiento sano. En el país, una de las estrategias sanitarias está enfocada en la salud mental y se propone enfrentar esta plaga en la población, promoviendo la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno para aquellas personas que padecen de algún trastorno depresivo ofreciendo protección, recuperación y rehabilitación.<sup>8</sup>

Por otro lado, por ser la adolescencia una etapa de evolución constante que implica cambios físicos y psicológicos, en el que el adolescente asume nuevos roles en su plano personal, familiar y social;<sup>14</sup> se reconoce que atraviesa una fase de inestabilidad emocional entre la aceptación y el disturbio de su propio “yo” frente a las decisiones que deberá tomar para definir su rasgo de personalidad. Etapa que se vuelve más complicada cuando no cuenta con el apoyo de los seres en quien confía, como serían sus padres, lo que le hace vulnerable a cualquier cuadro de depresión.

Por esta razón, es importante que dentro de la familia se conserve buenas relaciones de interacción humana, considerando que en la actualidad las familias se han visto desintegradas por los cambios que trajo consigo el mundo moderno de hoy; en el que el adolescente no tiene apoyo directo (padres) para enfrentar y resolver sus preocupaciones y retos que le impone su propio desarrollo; entre los que se encuentra el mundo universitario y sus desafíos, lo que le produce una acumulación de estrés<sup>3</sup> y diversos desajustes sociales y personales.

Los niveles de depresión han aumentado tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. Siendo que los resultados del estudio muestran que el 63% (35) de los adolescentes universitarios tiene un nivel de depresión moderado y 16% (9) un nivel severo (gráfico 1). Estudios previos realizados en población de adolescentes identificaron semejantes resultados, tales como el de Czernik <sup>3</sup> con 44% y el de Ugarriza <sup>39</sup> con 45,8% de depresión moderada. Este elevado porcentaje de depresión puede ser resultado de los cambios devastadores ocurridos en el contexto económico y social mundial de los últimos años que han impactado en el contexto familiar, como lo son la necesidad de que ambos padres trabajen fuera del hogar, el cambio de roles y de valores y principios morales, el aumento de la violencia social y juvenil, la competitividad a cualquier precio en todos los espacios y contextos, el mercantilismo y consumismo exagerado que hoy se vive, entre otros.

Riveiros et al. <sup>1</sup> refieren que la depresión en el adolescente ocurre por falta de apoyo o de un incorrecto funcionamiento familiar, lo que puede causar alteración en el afecto y comprensión de su propio ser, que a la larga harán que se aleje de su vínculo familiar. Observándose también un quiebre del funcionamiento familiar por un mal manejo de roles entre el hogar y la labor profesional de los padres, ya que esta debe caracterizarse por una relación interactiva continua y de soporte mutuo entre sus miembros familiares.<sup>33</sup> La ausencia de los padres y especialmente de la madre, quien era la encargada de reforzar los valores y principios morales, además de constituirse en apoyo emocional de la familia y especialmente de los hijos.

En el estudio, se identificó que el 55% de los adolescentes universitarios presentó un rango medio de funcionamiento familiar (grafico 5); concordando con el estudio de Camacho y Nakamura, <sup>40</sup> quienes mostraron que el 54,71% de los adolescentes tuvo un rango medio de funcionamiento familiar. Asimismo, en el estudio un 25% mostró una tendencia hacia el nivel extremo,



con muy pocas familias en nivel balanceado (20%). Situación en la que puede fácilmente desencadenarse en peleas, disgustos y hasta llevar a la separación de la pareja, lo que afectaría negativamente el desarrollo del adolescente, especialmente en su salud emocional, autoestima e independencia.

Se recuerda que el funcionamiento familiar hace referencia al grado de cohesión que existe entre sus miembros, involucrando el vínculo emocional y el grado de autonomía que los integrantes mantienen dentro de la familia.<sup>41</sup> En el estudio el 21% pertenece a una familia “desligada” y 34% a familia “separada” (grafico 6), semejantes a los resultados encontrados por Camacho y Nakamura<sup>42</sup>, indicando una ausencia de interacción y afecto entre los miembros de la familia, lo que produce un desinterés y alejamiento de la persona más afectada, que en este caso sería el adolescente

De la misma manera, en la dimensión de adaptabilidad el 87% pertenece a una familia caótica (grafico 7), este dato también corrobora los resultados de Camacho y Nakamura,<sup>40</sup> quienes encontraron esta característica en el 55,61% de su población; lo que demuestra que los roles de la familia están dispersos, es decir, que la cabeza de la familia que es el padre, no tiene liderazgo ni ejerce su autoridad para mantener a la familia en estado saludable, dónde se respetan las normas disciplinares y las decisiones se toman por mutuo acuerdo y en beneficio de todos. Esto hace que el adolescente se encuentre verdaderamente vulnerable hacia el mundo exterior.

Otra forma de evaluar la importancia de la familia es conocer cómo se encuentra la interacción familiar, es decir, la comunicación, la relación entre los padres y los hijos. Si la comunicación entre padres e hijos es buena, la relación entre la familia también lo será, ambiente que reforzará en el adolescente su confianza y estabilidad emocional, porque siempre que necesita sabe que puede contar con sus padres.

Observando los datos del estudio, se identifica que los adolescentes muestran problemas de comunicación con sus padres, predominando los niveles de problemas medios (grafico 4), en los que se destaca resistencia a compartir el dialogo, estilos negativos de interacción, selectividad y ansiedad, lo que puede llevar a una mala comunicación y desacuerdo entre los líderes del hogar (padres) y el adolescente. Aunque también existe una regular apertura de comunicación, caracterizada por el intercambio de comunicación, emociones, grado de comprensión y satisfacción entre los miembros. Gonzales<sup>45</sup> en su estudio encontró que el 51,7% de su población se encontraba en el mismo rango de problemas y de apertura de comunicación.

Grández <sup>35</sup> refiere que la mala influencia en el hogar y la existencia de un ambiente frio entre padres e hijos, ocasiona una respuesta negativa en el adolescente, y este puede sumergirse y caer en un estado depresivo y si no encuentra un soporte emocional que pueda ayudarlo a superar la crisis puede desencadenar alteración en su salud mental, que involucraría a todo el núcleo familiar.

Frente a esta realidad del adolescente preocupante, la Escuela de estudio debería establecer programas de apoyo social y/o psicológico contando con profesionales capaces de identificar los primeros rangos de disfuncionalidad familiar y falta de comunicación entre padres-hijos, cabiéndole ofrecer orientación especializada y soporte que incluya a la familia, siendo que el mayor soporte del adolescente lo constituye la familia. Además, podrían programarse días recreacionales de contacto con la naturaleza, retiros espirituales y talleres de autoestima, a fin de despejar y promover la salud mental en los jóvenes.

Es importante, asimismo, que los estudiantes de enfermería fortalezcan sus contactos con el adolescente y su familia en la comunidad, considerando que realizan prácticas comunitarias y esta actividad puede aprovecharse para

generar programas de proyección social en la que trabaje las habilidades sociales e intereses personales de los adolescentes. Recordando que como futuros profesionales no pueden omitirse de su contribución en la mejora de la calidad de vida de la población.

Respecto al rendimiento académico, se encontró que predomina en nivel regular en el 39,2% (tabla 1) de los adolescentes universitarios que presentan depresión en sus diversos grados. Evidenciando de alguna forma que la depresión puede de alguna manera influir en el rendimiento académico, aunque esta relación no fue comprobada en el estudio ( $p=0,907$ ), posiblemente por tratarse de una población de estudio pequeña (56 sujetos). Siendo necesario analizar estas dos variables en estudios posteriores considerando una población numerosa, que podría incluir a las facultades de enfermería que existen en Lima capital.

Frente a este problema, la Escuela debería ampliar su servicio de bienestar social y específicamente de “psicología” para hacer un seguimiento continuado a los estudiantes que presenten signos de depresión y bajo rendimiento académico, los cuales pueden ser captados por los tutores de cada ciclo, siendo necesario tal vez que el tutor de aula sea el mismo durante los 10 ciclos de estudios, pues así el conocería mejor a cada estudiante y el estudiante con el paso del tiempo desarrollaría mayor nivel de confianza que le permitiría exponer sus dificultades, no solo académicas sino también posiblemente familiares.

Por otro lado, respecto a las variables socioeconómicas se identifica que la mayoría de estudiantes procede de un nivel bajo (57,1%) y presentan algún nivel de depresión, corroborando resultados ya evidenciados en previos estudios, dado que las carencias en que viven puede crear situaciones de zozobra y ansiedad, pudiendo culminar con un estado depresivo. <sup>1</sup> Aunque

también, los resultados del estudio no mostraron relación entre nivel socioeconómico y estado de depresión, por los fundamentos ya referidos en párrafo anterior.

Respecto al funcionamiento (funcionalidad/disfuncionalidad) familiar, se observa que el 35,7% de los adolescentes presentó un nivel medio de depresión y 14,3% nivel severo, haciendo un total de 50%. Dato también preocupante de cómo los roles y los modos en que se dan las relaciones o las funciones familiares pueden impactar en el estado emocional del adolescente. Sin embargo, lo que se describe solo es una aproximación de la relación de las variables, porque el estudio no mostró resultado significativo (tabla1).

Finalmente, la variable “interacción familiar” no pudo ser correlacionado con la depresión, debido a que la primera evalúa de forma independiente la comunicación con el padre y la madre y, el escaso número de adolescentes en el estudio hacia que los resultados se esparcieran demasiado para identificar relación entre las variables. En tal sentido, se sugiere igualmente replicar el estudio con poblaciones numerosas, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión y la relevancia de conocer la relación de estas variables en la población de adolescentes por sus implicancias en el desarrollo del país y llamar una mayor atención del desarrollo de las políticas en el Perú, hacia este grupo etario principalmente con acciones de prevención.

Siendo de vital importancia que los profesionales y estudiantes de enfermería participen más activamente en la salud mental de los adolescentes, debido a que este problema es creciente en todo el mundo, haciendo tal vez convenios con las municipalidades y las escuelas, trabajando colaborativamente con los docentes y autoridades municipales mediante campañas de prevención e intervención. Entre las limitaciones que se pueden citar en el estudio, se destaca el pequeño número de sujetos participantes (56

adolescentes), además de la autoselección y de constituir una población no probabilística; debiendo considerar que los resultados solo son válidos para los estudiantes universitarios que participaron. Siendo que no se garantiza que ninguno de ellos tenga diagnóstico de depresión y esté recibiendo tratamiento, pues no se tuvo acceso al histórico médico. Considerando estas limitaciones, sería conveniente realizar estudios similares con poblaciones de mayor tamaño, considerando las diferentes universidades que existen en Lima y en el país, a fin de consolidar los datos del estudio y poder constituir una orientación para el desarrollo de políticas en el país y la Región, sensibilizando primero a las instituciones universitarias identificar esta problemática en sus estudiantes, además de focalizar sus intervenciones en los casos ya conocidos.

## CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### *5.1 Conclusiones*

- Los adolescentes de la Escuela de Enfermería Tezza se caracterizaron por pertenecer a un nivel socioeconómico bajo (57,1%) y estar conformado preferentemente por el sexo femenino (93,52%).
- Los adolescentes de la Escuela de Enfermería Tezza presentaron en mayor proporción depresión moderada (63,0%) y depresión leve (21,0%).
- El 55% de los adolescentes de la Escuela Tezza presentó un funcionamiento familiar de rango medio, según las dimensiones, en cuanto a cohesión se encontró que el 34% pertenece a familias separadas y en la dimensión de adaptabilidad, un 87% se caracterizó como familia caótica.
- En el nivel de comunicación se identificó que los adolescentes de la Escuela Tezza muestran problemas de comunicación con sus padres, predominando los niveles de problemas medios, con aparente diferencia entre madre y padre.
- El nivel de rendimiento académico de los adolescentes de la Escuela Tezza, predomina el de nivel bueno (60,3%).
- Los niveles de depresión no tienen relación con los niveles de comunicación entre padres e hijos.
- El tipo de funcionamiento familiar no tiene relación con los niveles de depresión en los adolescentes universitarios en estudio.
- Existe una alta frecuencia de depresión (física, social y psicológica) en los adolescentes, independiente de su funcionamiento (cohesión y adaptabilidad) e interacción familiar y rendimiento académico.

## 5.2 Recomendaciones

Para la investigación:

- ✓ Realizar investigaciones de similar aplicación dirigida a otra área de estudio, con un nuevo enfoque de aplicación y comparación para consolidar los datos de este estudio.
- ✓ Desarrollar un estudio en diferente universidades, tanto públicas como privadas de Lima para determinar cuántas universidades padecen o presentan ciertos niveles de depresión en su alumnado y así poder prevenir por medio de estrategias saludables y planificar de acuerdo al problema que se presente contando con un buen equipo de salud, en especial personal de enfermería; ya que es necesario la interacción constante.
- ✓ Realizar investigaciones experimentales que ayuden a profundizar el estudio y puedan llegar a asociarse a depresión, sin omitir las realidades del adolescente.

Para la institución:

- Crear programas promocionales, que ayuden al adolescente a conservar un buen estado de salud física (talleres artísticos: danza y talleres deportivos: vóley, básquet, etc) y mental (contar con profesional de psicología para que el alumno pueda conversar con ella).
- Brindar sesiones informativas y preparar a los docentes y personal capacitado para que sepa orientar al adolescente que presente algún tipo de síntoma depresivo.
- Que la institución establezca reuniones con los padres de familia para informar sobre el rendimiento de su hijo y problemas presentes.
- Que la dirección permita en horarios de tutoría la guía y enseñanza de una buena autoestima.

Para la profesión de enfermería:

- ❖ Incentivar al profesional a evaluar de manera integral y en todas las dimensiones de la persona, fomentando prácticas preventivas y promocionales de salud mental mediante información básica dirigida a los adolescentes.
  
- ❖ Fomentar a los estudiantes de enfermería como futuros profesionales a tomar interés sobre la salud mental, ya que ha tomado acogida en los últimos tiempos y guiarlos a involucrarse a actividades de desarrollo y conocimiento, reconociendo que la salud mental es básica y elemental para un correcto desarrollo del país y una correcta calidad de vida.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Riveros M, Hernández H, Rivera J. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes de lima metropolitana. Lima. Revista de investigación en psicología, 2007, vol. 10, nº 1
2. Perez M, Urquijo S. Depresión en adolescentes. Relaciones con el desempeño académico. Brasil. Revista psicológica escolar educacional, 2001, vol. 5, nº 1.
3. Czernnik G, Giménez S, Mora M, Almirón L. Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de medicina de Corrientes, Argentina. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica 2006, vol 13, Nº 2, p. 64 A 73.
4. Anales de salud mental. Estrategis epidemiologica de salud mental 2002. [serie de Internet]; 2002 [fecha de acceso 7 de septiembre de 2011]; ISSN 1023. sitio: <http://www.insm.gob.pe/oeaide.htm>
5. Pereyra Elías R, Ocampo Mascaró J, Salazar Silva V, Veles Segovia E, Dacosta Bullón D, Toro Polo L, et al,. Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima. Lima. Revista Peruana de Medicina experimental y Salud Publica, 2010, vol. 27, nº 4.
6. Anales de salud mental. Studio epidemiologico de salud mental en fronteras 2005. [serie de Internet];2006 [fecha de acceso 08 de septiembre de 2011]; ISSN 1024. sitio: <http://www.insm.gob.pe/oeaide.htm>
7. Organización mundial de la salud. Promoción de la salud mental. [serie de Internet]; 2001 [fecha de acceso 24 de agosto de 2011]; 69. sitio: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)
8. DISA lima sur. Estrategia sanitaria de salud mental y cultural de paz. [serie de Internet] 2009 [fecha de acceso 27 de agosto de 2011]; 429. sitio: [http://www.disalimasur.gob.pe/DISA\\_Contento.aspx?opcm=93](http://www.disalimasur.gob.pe/DISA_Contento.aspx?opcm=93)

12 9. Mental Health Policy and Service Guidance Package, Mental Health  
13 Policy Plan and programmes. World Health Organization. Suiza 2004; 12  
14 – 120.

15 [http://www.who.int/mental\\_health/policy/en/policy\\_plans\\_revision.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/en/policy_plans_revision.pdf)

16 10. Riveros Quiroz M. Características sociodemográficas y niveles de  
depresión en estudiantes ingresantes de la UNMSM a través de la escala  
18 de CES- D [ Tesis Maestría]. Lima- Perú: Universidad Nacional Mayor de  
19 San Marcos; 2004.

20 11. Aguedo D, Carretero D, Blanco Picabia A, Pitti C. evaluación del  
21 componente afectivo de la depresión: análisis factorial del ST/DEP  
22 REVISADO. Instituto nacional de Psiquiatría [ serie de Internet].  
23 2005 [fecha de acceso 15 de agosto 2011]; 32-41.

24 12. Anales de salud mental. Estudio epidemiológico de salud mental en  
25 fronteras 2005. [serie de Internet]; 2006 [fecha de acceso 08 de  
26 septiembre de 2011]; ISSN 1024. sitio:  
27 <http://www.insm.gob.pe/oeaide.htm>

1 13. UNICEF. Adolescencia. Perú, 2003.  
2 [http://www.unicef.org/peru/spanish/children\\_3789.htm](http://www.unicef.org/peru/spanish/children_3789.htm)

3 14. Morris C, Maisto A. Introducción a la psicología. Mexico; 2005, ed.12<sup>o</sup>, p.  
4 352.

5 15. Alonso L, Murcia G, Herrera D, Gomez D, Comas M, Ariza P. Autoestima  
6 y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes del primer semestre  
7 de la División Salud de la Universidad del norte, Barranquilla (Colombia).  
8 [serie de Internet]. 2007 [fecha de acceso 18 de agosto de 2011]; 23 (1):  
9 32-42. sitio: [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud\\_uninorte/23-1/5\\_Autoestima%20y%20relaciones.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/23-1/5_Autoestima%20y%20relaciones.pdf)

11 16. Mott, s. autoestima y Salud mental en los adolescentes, [serie de  
12 Internet]. 2007 [fecha de acceso 18 de agosto de 2011]; 7; 285- 298. sitio  
13 : <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/560/56070211.pdf>

- 14 17. German J. La adolescencia. Lima-Perú; 2003; editorial escuela nueva, p.  
15 49- 55.
- 16 18. Guitierrez E. Adolescencia y juventud. [serie de Internet]. 2000 [fecha de  
17 acceso 05 de septiembre];2-7. sitio:  
18 <http://www.sld.cu/libros/libros/libro5/tox1.pdf>
- 19 19. Instituto Gestalt de Lima. La depresión en la adolescencia. [serie de  
20 Internet]. 2011 [fecha de acceso 12 de septiembre 2011]; 1-2. sitio:  
21 <http://www.institutogestaltdeLima.org/>
- 22 20. Paniagua H, Signos de alerta de trastornos alimentarios, depresión, del  
23 aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes de Catabria.  
24 Revista de salud pública. [serie de Internet]. 2003 [fecha de acceso 28 de  
25 octubre de 2011]; 77; 411- 422. sitio:  
26 [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113557272003000300011&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113557272003000300011&script=sci_arttext)  
27
- 1 21. Sulloa, L. Los trastornos psicológicos en el niño. Lima- Perú; 2001. 1º ed.;  
2 p. 231-239.
- 3 22. Caballo V, Simón M. manual de psicología clínica infantil y del  
4 adolescente. Madrid- España; 2001.
- 5 23. Shaffer D, Waclick B. Las múltiples caras de la depresión en los niños y  
6 adolescentes. Barcelona; 2003, Ed. Tercera, p. 547- 618.
- 7 24. Guía médica. Ministerio de Salud; Junio 2006. Chile. Sitio:  
8 <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/depresion.pdf>
- 9 25. Sálesman E. Como vencer la depresión. Lima- Perú;1997, editorial  
10 valeriana, p. 22- 30.
- 11 26. Sánchez E, Zapata K, León M, Mayo F. Crianza y consumo de drogas en  
12 la población de adolescentes de un suburbio de lima ciudad. Revista  
13 herediana [serie de Internet]. 2008 [fecha de acceso 25 de octubre de  
14 2011]; (1); 57. sitio:  
15 [http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/Crianza\\_y\\_consumo\\_de\\_drogas.pdf](http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/Crianza_y_consumo_de_drogas.pdf)

- 16 27. Rolland, J. familia, enfermedad y discapacidad. Lima- Perú; 2003; p. 155-  
17 206.
- 18 28. Organización Mundial de la Salud. Definición de la Familia. [ consultado el  
19 12 de febrero de 2012] disponible en:  
20 [http://cbtis149ctsv31c2.blogspot.com/2009/10/deficion-de-familia-segun-](http://cbtis149ctsv31c2.blogspot.com/2009/10/deficion-de-familia-segun-la-oms.html)  
21 [la-oms.html](http://cbtis149ctsv31c2.blogspot.com/2009/10/deficion-de-familia-segun-la-oms.html)
- 22 29. Instituto Nacional de Estadística Informática. Perú: Tipos y ciclos de vida  
23 de los hogares, 2007 [ base internet] [consultado el 25 de mayo del 2012].  
24 Disponible en:  
25 <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0870/libro.pdf>
- 1 30. Aquilino P. Martinez P. evaluación psicológica y psicopatológica de la  
2 familia. Ediciones Rialp. 1998- 343 p. disponible en:  
3 [http://books.google.com/books?id=mHfevHTMkGUC&pg=PA222&hl=es&](http://books.google.com/books?id=mHfevHTMkGUC&pg=PA222&hl=es&source=gbp_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false)  
4 [source=gbp\\_selected\\_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com/books?id=mHfevHTMkGUC&pg=PA222&hl=es&source=gbp_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false)
- 5 31. Ferreira Rocha A. Sistema de Interacción familiar asociado a la  
6 Autoestima de menores en Situación de Abandono Moral o prostitución.  
7 [tesis para optar el grado académico de doctora en psicología]  
8 [consultado 11 de febrero del 2012], Lima, 2003. Disponible en:  
9 [http://susbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/ferreira\\_ra/ferreira\\_ra.ht](http://susbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/ferreira_ra/ferreira_ra.htm)  
10 [m](http://susbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/ferreira_ra/ferreira_ra.htm)
- 11 32. Condori Ingaroca J. Funcionamiento Familiar y Situaciones de crisis de  
12 Adolescentes Infractores y No Infractores en Lima Metropolitana [tesis  
13 para optar grado de magister en Psicología] [consultado el 12 de febrero  
14 de 2012], Lima, 2002. Disponible en:  
15 [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/condori\\_i\\_l/cap1.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/condori_i_l/cap1.htm)
- 16 33. Humansupa Rosas E. Funcionamiento Familiar según el modelo  
17 Circumplejo de Olson en estudiantes de un colegio estatal con alto y bajo  
18 rendimiento académico. [Tesis para optar el Título profesional de  
19 Psicología], Lima; 2002.

- 20 34. Mendoza Burgos M. 2010 [base internet] [consultado el 9 de febrero del  
21 2012] Disponible en: [http://dramendozaburgos.com/blog/comunicacion-](http://dramendozaburgos.com/blog/comunicacion-familiar/)  
22 [familiar/](http://dramendozaburgos.com/blog/comunicacion-familiar/)
- 23 35. Grandes Meza R. factores familiares asociados a la ideación suicida en  
24 los adolescentes de la Institución educativa Benito Juárez 201, [tesis para  
25 optar el título de licenciada en enfermería], Lima; 2011.
- 26 36. Torres M. la familia célula viva de la sociedad. lima- Perú; 2003; p. 85-  
27 112.
- 1 37. Chirinos E, Figueredo C, Goyo A, Mendez A, Rivero E, Rojas L. La  
2 universidad ante los nuevos paradigmas de la formación y el  
3 conocimiento (PIC). Revista científica electrónica. [revista en  
4 internet]2009 julio [acceso el 8 de febrero del 2012];13(5). Disponible en:  
5 [http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=78212937](http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=78212937003)  
6 [003](http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=78212937003)
- 7 38. Domínguez I. La biblioteca Universitaria ante el nuevo modelo de  
8 aprendizaje: docentes y bibliotecarios, aprendamos juntos porque  
9 trabajamos juntos. Revista de educación a distancia [revista de internet]  
10 2005[acceso el 8 de febrero del 2012]. Disponible en:  
11 <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=54709706>
- 12 39. Ugarriza N, Ecurra M. adaptación psicométrica de la escala de  
13 depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de  
14 secundaria de Lima Metropolitana. [base internet] [acceso el 5 de  
15 diciembre del 2011]. Disponible en
- 16 40. Camacho Palomino P, León Nakamura C. Funcionamiento familiar según  
17 el modelo circuplejo de Olson en adolescentes de la institución  
18 educativa Francisco Bolognesi Cervantes. [tesis para optar grado de  
19 Licenciatura]Lima: Universidad Cayetano Heredia;2009
- 20 41. Bueno Cuadra R. Validación, confiabilidad y correlación entre escalas de  
21 comunicación Padres- hijos y satisfacción familiar en estudiantes de una  
22 universidad de Lima [tesis para optar grado académico de maestro de  
23 psicología] Lima; 1996.

- 24 42. Fernandez A, Herrero S. violencia doméstica. Revista semfyc [revista en  
25 internet]. España; 2003 [consultado el 13 de febrero del 2012]. Disponible  
26 en:  
27 [http://www.msps.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA\\_DOMESTICA](http://www.msps.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMESTICA)  
28 .pdf
- 1 43. Dueñas J. Enfermera Teóricas. Hideragarde Peplau [Base internet] [  
2 consultado el 13 de febrero del 2012]. disponible en.  
3 [www.terra.es/personal/duenas/teorias.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/teorias.htm)
- 4 44. Araujo Robles E, Comunicación con los padres y factores de  
5 personalidad situacional en los adolescentes de educación superior [Base  
6 internet] [consultado el 13 de febrero del 2012]. Disponible en
- 7 45. Gonzales Chung. E. comunicación y satisfacción familiar en estudiantes  
8 de la provincia de Lima [Tesis para optar el grado de Magister en  
9 docencia en psicología] Lima; [consultado el 13 de febrero del 2012].  
10 Universidad San Martín de Porres; 2010.

**ANEXOS**

## 1 Anexo a:

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores
Independiente: Depresión	La depresión es un trastorno afectivo transitorio por algún evento o episodio desagradable, sin embargo el no tener madurez suficiente puede convertirlo en patológico impidiendo no solo dar afecto sino también recibirlo.	❖ Social	El aspecto social es el medio donde te desenvuelves y estas en contacto con otras personas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Grupo de amigos.</li> <li>• Relación familiar.</li> </ul>
		❖ Físicos	El sentir físico es el malestar que se expresa a través de nuestro cuerpo evidenciándose en diversas posturas o síntomas visibles.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decaimiento.</li> <li>• Perdida de apetito.</li> <li>• Llanto fácil.</li> </ul>
		❖ Psicológicos	El malestar psicológico es la alteración	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislamiento.</li> </ul>



			emocional que presenta la persona, alterando sus sentimientos y su sistema limbico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faltar a centro de estudios.</li> <li>• Desinterés.</li> <li>•</li> </ul>
--	--	--	---	--

1

2

3

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores
Dependiente: Rendimiento académico	Es la evaluación de conocimientos adquiridos en un proceso de aprendizaje.	❖ Promedios.	Son los puntajes obtenidos en un momento determinado.	Puntajes obtenidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes escritos.</li> <li>• Intervención oral</li> <li>• Participación en el aula.</li> </ul>

4

5

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores
Interviniente: Interacción familiar	La interacción familiar es la integración de una familia como un todo, donde se produce la estabilidad para cada miembro de la familia.	❖ Comunicación	Es la relación interpersonal y reciproca entre dos o más personas.  La comunicación es el medio por el cual no realizamos como seres humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apertura de la comunicación.</li> <li>• Problemas de la comunicación.</li> </ul>
		❖ Interacción familiar	Es la relación de cada miembro de la familia al desenvolver en el hogar y la eficacia de una buena estabilidad como familia.	<p>Cohesión</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desligada</li> <li>• Separada</li> <li>• Conectada</li> <li>• Amalgamada</li> </ul> <p>Adaptabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caótica</li> <li>• Flexible</li> <li>• Estructurada</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"><li>• rígida</li></ul>
--	--	--	--	--

1 Anexo b

2

3



4

ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA

5

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



6

7

8

INFORMACIÓN GENERAL

9

10

11

EDAD:

SEXO:

CICLO:

12

13

14

15

¿CON QUIEN VIVES?

16

17

Papá:

Tíos:

18

19

Mamá:

Primos:

20

21

Hermanos:

Abuelos:

22

23

24

25

26

**Sobre mi mismo**  
por William M. Reynolds

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Colegio: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones**

A continuación se presenta una lista de oraciones sobre cómo te sientes. Lee cada una y decide sinceramente cuán a menudo te sientes así: *Casi nunca*, *Rara vez*, *Algunas veces* o *Casi siempre*. Marca el círculo que está debajo de la respuesta que mejor describe cómo te sientes realmente. Recuerda, que no hay respuestas correctas ni equivocadas. Sólo escoge la respuesta que dice cómo te sientes generalmente.

Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre
---------------	-------------	------------------	-----------------

27

28

29

[Escriba texto]

1

---

1.	Me siento feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Me preocupa el colegio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Me siento solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Siento que mis padres no me quieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Me siento importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Siento ganas de esconderme de la gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Me siento triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Me siento con ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Siento que no le importo a nadie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Tengo ganas de divertirme con los compañeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Me siento enfermo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Me siento querido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Tengo deseos de huir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Tengo ganas de hacerme daño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Siento que no les gusto a los compañeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Me siento molesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Siento que la vida es injusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Me siento cansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Siento que soy malo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Siento que no valgo nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Tengo pena de mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	Hay cosas que me molestan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.	Siento ganas de hablar con los compañeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.	Tengo problemas para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.	Tengo ganas de divertirme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2

---

26.	Me siento preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.	Me dan dolores de estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.	Me siento aburrido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.	Me gusta comer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.	Siento que nada de lo que hago me ayuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

3

RS	
TOTAL %	
%	

CI	

[Escriba texto]

Anexo c

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8**ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

Marca con una (X) la respuesta que más creas conveniente

<b>ASPECTOS EVALUADOS EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Una que Otra vez</b>	<b>A veces</b>	<b>Con frecuencia</b>	<b>Casi siempre</b>
1.Los miembros de la familia nos pedimos ayuda unos a otros					
2.En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos					
3.cada miembro de la familia aprueba los amigos que cada uno tiene					
4.los hijos expresan si opinión acerca de su disciplina					
5.nos gusta hacer cosas solo con nuestra familia(mama, papa, hermanos)					
6.diferentes personas de la familia actúan en ella como lideres					
7.los miembros de la familia nos sentimos más cerca entre sí que con personas externas a la familia					
8.en nuestra familia nos turnamos para ejecutar las labores del hogar					
9.A los miembros de la familia nos gusta pasar los tiempos libres juntos					
10.Padres e hijos se ponen de acuerdo sobre las sanciones					
11.Los miembros de la familia nos sentimos muy cerca unos a otros					
12.Los hijos participan en las decisiones de la familia					
13.Cuando en nuestra familia compartimos actividades, todos estamos presentes					
14.En nuestra familia las reglas pueden cambiar					
15.Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia					
16.Nos turnamos las responsabilidades de la casa					
17.Los miembros de la familia nos					

[Escriba texto]

consultamos entre si las decisiones					
18.Es difícil identificar quien es líder en nuestra familia					
19.La unión familiar es muy importante					
20.Se asigna responsabilidades para realizar actividades en el hogar					

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43

1 Anexo d  
 2 — ESCALA DE COMUNICACIÓN FAMILIAR

3  
 4 Rodea con un círculo la puntuación que mejor pueda aplicarse a cada  
 5 afirmación

6  
 7  
 8  
 9

1 NUNCA	2 POCAS VECES	3 ALGUNAS VECES	4 MUCHAS VECES	5 SIEMPRE
------------	---------------------	-----------------------	----------------------	--------------

10  
 11

ASPECTOS EVALUADOS EN LA COMUNICACIÓN CON LOS PADRES	MI MADRE					MI PADRE				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Puedo hablarle acerca de lo que pienso sin sentirme cohibido ó incomodo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Tengo dificultad para creerle todo lo que se dice	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Me presta atención cuando le hablo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. No me atrevo a pedirle lo que deseo o quiero	1	2		4	5	1	2	3	4	5
5. Me dice cosas que me hace daño	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Puede saber cómo me siento sin preguntármelo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. Estoy muy satisfecho por la forma como hablamos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Si yo estuviera en dificultades, podría decírselo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Yo le demuestro afecto abiertamente	1	2		4	5	1	2	3	4	5
10. Cuando tenemos un disgusto, con frecuencia opto por no hablarle	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. Soy muy cuidadoso/a acerca de lo que digo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Cuando hablo tengo la tendencia a decir cosas que sería mejor que no dijera	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13. Cuando hago pregunta, recibo respuestas francas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14. Trata de comprender mi punto de vista	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Hay temas que evito discutir	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. Encuentro fácil discutir problemas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17. Es muy fácil para mí expresarle todos mis verdaderos sentimientos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Cuando hablamos me incomoda ó me hace poner de mal genio	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Intenta ofenderme cuando se enfada conmigo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20. No creo que pueda decirle como me siento acerca de algunas cosas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

12



1  
2  
3  
4  
5  
6

Anexo e

Datos sociodemográficos y estructura familiar.

ASPECTOS EVALUADOS	SI	NO
Vives con tus padres y hermanos.		
En tu casa solo vives con tus padres o también tus abuelos, primos, tíos, etc		
Solo vives con papa		
Solo vives con mama		
Vives solo con tus abuelos		
Siempre has vivido solo con tu mama		
Tus padres son separados		
Tus padres son separados pero los vez con mucha frecuencia y comparten en familia		
En tu hogar el ingreso familiar es bueno		
En tu hogar el ingreso familiar es bajo.		

7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14

[Escriba texto]

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8

Anexo e

PROMEDIOS ACADEMICOS

Asignaturas primer ciclo
Biología
Matemática
Cultura religiosa
Filosofía y lógica
Lengua y redacción
Metodología del estudio
Fundamentos de la ciencia
Actividades artísticas

Promedio:

9  
10  
11  
12

<i>Asignatura segundo ciclo</i>
<i>Química y Bioquím.</i>
<i>física y biofísica</i>
<i>anatomía y fisiología 1</i>
<i>fundamentos de la psicología</i>
<i>comunicación y relaciones interpersonales</i>
<i>historia e introducción a la enfermería</i>
<i>historia de la civilización</i>
<i>ecología y saneamiento ambiental</i>

Promedio:

13

<b>ASIGNATURAS TERCER CICLO</b>
<i>anatomía y fisiología 2</i>
<i>microbiología y parasitología</i>
<i>oratoria</i>
<i>crisologías</i>
<i>enfermería básica 1</i>
<i>sociología y realidad nacional</i>
<i>antropología</i>

Promedio:

14

1

<i>ASIGNATURAS CUARTO CICLO</i>
<i>Historia y teoría de la educación</i>
<i>Nutrición</i>
<i>educación sanitaria</i>
<i>farmacología 1</i>
<i>enfermería basita 2</i>
<i>problemática de la fe</i>
<i>medicina natural</i>

Promedio:

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32

## Anexo f

### CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO EDAR

#### PRUEBA ALFA DE CRONBACH PARA LA CONFIABILIDAD

Variables	n	Alfa - Cronb	Confiabilidad
Todas	30	.9340	Aceptable

#### COEFICIENTE ALFA CROMBACH

$$\alpha = \frac{N}{(N-1) \left[ 1 - \frac{\sum s^2(Y_i)}{s_x^2} \right]}$$

Donde:

- $N$  = numero de items
- $\sum s^2(Y_i)$  = Sumatoria de la varianza de los ítems
- $s_x^2$  = Varianza de toda la dimensión

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1 y es mayor que 0.69, por lo cual la confiabilidad del instrumento es **Aceptable**.

- 1 Anexo g
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35

1 Anexo h

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35



ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA



Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

Av. Polo N° 641 Monterrico- Surco. Lima-Perú

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN EL TRABAJO DE  
INVESTIGACIÓN

Titulo: “Depresión asociado a interacción familiar y rendimiento acadêmico em  
adolescentes universitários”

Responsable: estudiante de enfermería del VIII de la EEPLT, Diana Soria  
Ramos.

**Propósito de descripción de la investigación**

El propósito es determinar la repercusión de la depresión con la  
interacción familiar y el rendimiento académico en los adolescentes  
universitarios.

**Procedimiento**

Si aceptas participar en la investigación, se le entregará tres  
instrumentos que constan de preguntas con alternativas predeterminadas  
relacionados a la depresión e interacción familiar con la finalidad de medir el  
grado de funcionabilidad familiar.

**Participación voluntaria**

La participación en este trabajo de investigación teniendo en cuenta que  
a pesar que tu padre o madre acepté tu participación; tienes la plena libertad  
de decidir si deseo o no participar o retirarte luego de comenzar el estudio,

1 podrás hacerlo sin tener que dar motivo alguno, no se tomara ningún tipo de  
2 represalias o sanciones en contra de tu persona.

3

#### 4 **Beneficios**

5 Con tu participación se busca tener un panorama amplio acerca de la  
6 repercusión de la depresión sobre la interacción familiar y rendimiento  
7 académico, luego de adquirir los resultados intentamos ayudar a tus padres  
8 para la mejora de la relación contigo.

9

#### 10 **Riesgos y molestias**

11 No tendrás ningún riesgo físico ni emocional, pues solo desarrollarás los  
12 instrumentos ofrecidos.

13

#### 14 **Privacidad**

15 A fin de proteger la privacidad, la información y datos obtenidos serán  
16 codificados y no llevará tu nombre, ni tus iniciales; así conservaremos la  
17 información y tu consentimiento. Tu nombre no figurará en ninguna publicación  
18 o informe sobre esta investigación, tus datos solo sirven para fines  
19 establecidos en el estudio.

20

21 Remuneración:

22 No recibirás ninguna remuneración por participar en este estudio.

23

#### 24 **¿DESEAS PARTICIPAR EN EL PRESENTE ESTUDIO?**

25

26 Confirmando que he leído las declaraciones consignadas en este  
27 consentimiento informado, ratifico que la estudiante encargada de realizar el

[Escriba texto]



1 estudio me ha explicado las actividades a desarrollar y también confirmo que  
2 he tenido la posibilidad de hacer preguntas relacionadas al estudio y estoy  
3 satisfecho con las preguntas y explicaciones, tuve el tiempo y la posibilidad de  
4 leer la información y decidir si acepto participar o no en el presente estudio.

5

6

7 Nombre del contacto:

8 Si tuviera alguna duda sobre el estudio puede comunicarse con la Srta. Diana  
9 Soria Ramos al teléfono 6351184 quien es responsable del estudio.

10

11 Asentimiento

12 Nombre

13 \_\_\_\_\_

14 (en letra imprenta)

15

16 Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28



ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA



Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

Av. Polo Nº 641 Monterrico- Surco. Lima-Perú

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES EN EL  
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Titulo: “Depresión asociado a interacción familiar y rendimiento académico em  
adolescentes universitarios”

Responsable: estudiante de enfermería del VIII de la EEPLT, Diana Soria  
Ramos.

**Propósito de descripción de la investigación**

El propósito es determinar la repercusión de la depresión con la  
interacción familiar y el rendimiento académico en los adolescentes  
universitarios.

**Procedimiento**

Si aceptas participar en la investigación, se le entregará tres  
instrumentos que constan de preguntas con alternativas predeterminadas  
relacionados a la depresión e interacción familiar con la finalidad de medir el  
grado de funcionabilidad familiar.

**Participación voluntaria**

La participación en este trabajo de investigación teniendo en cuenta que  
a pesar que tu padre o madre acepté tu participación; tienes la plena libertad

[Escriba texto]

1 de decidir si deseo o no participar o retirarte luego de comenzar el estudio,  
2 podrás hacerlo sin tener que dar motivo alguno, no se tomara ningún tipo de  
3 represalias o sanciones en contra de tu persona.

4

#### 5 **Beneficios**

6 Con tu participación se busca tener un panorama amplio acerca de la  
7 repercusión de la depresión sobre la interacción familiar y rendimiento  
8 académico, luego de adquirir los resultados intentamos ayudar a tus padres  
9 para la mejora de la relación contigo.

10

#### 11 **Riesgos y molestias**

12 No tendrás ningún riesgo físico ni emocional, pues solo desarrollarás los  
13 instrumentos ofrecidos.

14

#### 15 **Privacidad**

16 A fin de proteger la privacidad, la información y datos obtenidos serán  
17 codificados y no llevará tu nombre, ni tus iniciales; así conservaremos la  
18 información y tu consentimiento. Tu nombre no figurará en ninguna publicación  
19 o informe sobre esta investigación, tus datos solo sirven para fines  
20 establecidos en el estudio.

21

22 Remuneración:

23 No recibirás ninguna remuneración por participar en este estudio.

24

25 **¿DESEAS PARTICIPAR EN EL PRESENTE ESTUDIO?**

26

1 Confirmo que he leído las declaraciones consignadas en este  
2 asentimiento informado, ratifico que la estudiante encargada de realizar el  
3 estudio me ha explicado las actividades a desarrollar y también confirmo que  
4 he tenido la posibilidad de hacer preguntas relacionadas al estudio y estoy  
5 satisfecho con las preguntas y explicaciones, tuve el tiempo y la posibilidad de  
6 leer la información y decidir si acepto participar o no en el presente estudio.

7

8

9 Nombre del contacto:

10 Si tuviera alguna duda sobre el estudio puede comunicarse con la Srta. Diana  
11 Soria Ramos al teléfono 6351184 quien es responsable del estudio.

12

13 Asentimiento

14 Nombre

15 \_\_\_\_\_

16 (en letra imprenta)

17

18 Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

**CARTA DE DECLARACIÓN JURADA**

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25

Yo, Diana Elizabeth Soria Ramos, de Nacionalidad peruana, con documento de identidad (DNI) N° 46675158, despenándome como estudiante de enfermería de la escuela Padre Luis Tezza, cursando el IX ciclo, ubicada en el Distrito de Surco del Departamento de Lima. Declaro y me comprometo bajo juramento a:

Formalizar la autorización del campo para la realización del proyecto de tesis **DEPRESIÓN ASOCIADO A INTERACCION FAMILIAR Y RENDIMIENTO ACADEMICO EN ADOLESCENTES UNIVERSITARIOS** que será realizado en la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza Surco, Lima 2012, para lo cual se hizo un compromiso verbal con la directora principal, encargada de la Institución.

Me afirmo y me ratifico en lo expresado, en señal de lo cual firmo el presente documento en calidad de estudiante y ejecutora de dicho proyecto, a la fecha: 20 de febrero 2012.

---

DIANA ELIZABETH SORIA RAMOS.