



**UNIVERSIDAD NACIONAL
"TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA"
DE AMAZONAS**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR RELACIONADO CON EL
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL
INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO PERÚ - JAPÓN.
CHACHAPOYAS - 2012.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE : LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

Bach. Enf. DELI MAGALI VENTURA GRÁNDEZ

ASESORA:

Mg. GLADYS BERNARDITA LEÓN MONTOYA

CHACHAPOYAS - AMAZONAS - PERÚ

2012

16 SEP 2013





**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA
DE AMAZONAS**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR RELACIONADO CON EL
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL
INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO PERÚ - JAPÓN.
CHACHAPOYAS – 2012.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA : Bach. Enf. Deli Magali Ventura Grández.

ASESORA : Mg. Gladys Bernardita León Montoya.

CHACHAPOYAS - AMAZONAS - PERÚ

2012



16 SEP 2013

DEDICATORIA

A Dios por darme la oportunidad de estar en este mundo y por darme sabiduría para continuar con mis estudios y dentro de poco tiempo culminar mi carrera profesional.

A mis padres y hermanas(os) por su apoyo constante e incondicional, que gracias a ellos estoy logrando mis sueños de ser una profesional.

A las(os) docentes que día a día me van formando como profesional, por su enseñanza constante y los conocimientos brindados.

AGRADECIMIENTO

A la Mg. Gladys Bernardita León Montoya por el apoyo continuo en la realización del presente trabajo de investigación.

A los estudiantes de la Carrera de Enfermería Técnica del Instituto Superior Tecnológico Perú – Japón por su participación en la aplicación de los cuestionarios

A mi familia por su apoyo constante e incondicional, que gracias a su apoyo estoy logrando culminar mi trabajo de investigación.

AUTORIDADES UNIVERSITARIA

Dr. PhD. Vicente Castañeda Chávez
RECTOR

Dr. Roberto José Nervi Chacón
VICERRECTOR ACADÉMICO

Dr. Ever Salome Lázaro Bazán
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

Mg. Gladys Bernardita León Montoya
DECANA (e) DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

JURADO DE TESIS



Mg. Enf. Zoila Roxana Pineda Castillo

Presidenta



Lic. Enf. Wilfredo Amaro Cáceres

Secretario



Lic. Enf. Edith Flores López

Vocal

MsC. Sonia Tejada Muñoz

Accesitaria

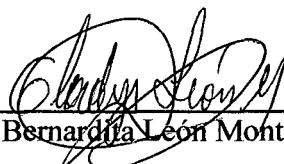
VISTO BUENO DE LA ASESORA

Yo, Gladys Bernardita León Montoya con DNI N° 18104261, con domicilio legal en el Jr. Junín N° 720, Mg en Enfermería con mención en Salud Comunitaria, actual Magister y docente principal a dedicación exclusiva de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional “Toribio Rodríguez de Mendoza” de Amazonas, declaro dar el **VISTO BUENO** al Informe de tesis titulado **“TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR RELACIONADO CON EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO PERÚ - JAPÓN. CHACHAPOYAS - 2012”** de la investigadora: Deli Magali Ventura Grández.

POR LO TANTO:

Para mayor constancia y validez firmo la presente.

Chachapoyas, 18 de Marzo del 2013.



Gladys Bernardita León Montoya

DNI N° 18104261

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
AUTORIDADES UNIVERSITARIA	iii
JURADO DE TESIS	iv
VISTO BUENO DE LA ASESORA	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRAC	x
I. INTRODUCCIÓN	01
II. MATERIAL MÉTODOS	04
2.1.Diseño de la contrastación de la hipótesis	04
2.2.VARIABLES EN ESTUDIO	04
2.3. Hipótesis	04
2.4.Universo Muestral	05
2.5. Métodos, Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	05
2.6.Validez y Confiabilidad	07
2.7.Procedimiento de Recolección de datos	07
2.8.Análisis e interpretación de datos	08
III. RESULTADOS	09
IV. DISCUSIÓN	14
V. CONCLUSIONES	20
VI. RECOMENDACIONES	21
VII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
ANEXOS	28

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág
Tabla 01	Trastorno depresivo mayor en los adolescentes del Instituto Superior Tecnológico Perú Japón. Chachapoyas - 2012.	09
Tabla 02	Niveles del trastorno depresivo mayor en adolescentes del Instituto Superior Tecnológico Perú Japón. Chachapoyas - 2012.	10
Tabla 03	Niveles del funcionamiento familiar de adolescentes del Instituto Superior Tecnológico Perú Japón. Chachapoyas - 2012.	11
Tabla 04	Relación entre el trastorno depresivo mayor y el funcionamiento familiar de adolescentes del Instituto Superior Tecnológico Perú Japón. Chachapoyas - 2012.	12

ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Pág
Gráfico 01	Trastorno depresivo mayor en adolescentes del Instituto Superior Tecnológico Perú Japón, Chachapoyas - 2012.	09
Gráfico 02	Niveles del trastorno depresivo mayor en adolescentes del Instituto Superior Tecnológico Perú Japón, Chachapoyas - 2012.	10
Gráfico 03	Niveles del funcionamiento familiar de adolescentes del Instituto Superior Tecnológico Perú Japón, Chachapoyas - 2012.	11
Gráfico 04	Relación el trastorno depresivo mayor y el funcionamiento familiar de adolescentes del Instituto Superior Tecnológico Perú Japón, Chachapoyas-2012.	13

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es un estudio de enfoque cuantitativo, de corte transversal, de diseño descriptivo correlacional, se realizó con el objetivo de determinar la relación entre el trastorno depresivo mayor y el funcionamiento familiar en adolescentes del Instituto Superior Tecnológico Perú-Japón. Chachapoyas - 2012. Se contó con universo muestral (28estudiantes) con criterios de inclusión y exclusión, el método que se utilizó fue la encuesta, como técnica el cuestionario y como instrumentos el test de Zung (Zung) con grado de confiabilidad de 0,92 y validez de 4.13 y la ficha de APGAR Familiar (Smilkstein, G) con grado de confiabilidad de 0.84 y validez de 2.80. Los resultados obtenidos fueron: del 100% (30) de adolescentes encuestados en el Instituto Superior Tecnológico Perú Japón, en el presente año; el 93.3% (28) presentaron trastorno depresivo mayor y solo el 6.7%(02) no presentó. De los adolescentes que presentaron trastorno depresivo mayor, el 89.3%(25) es de nivel leve, el 10.7%(03) de nivel moderado y ninguno presentó nivel grave. Los adolescentes que presentaron trastorno depresivo mayor leve, el 53.6%(15) provienen de familia disfuncional leve, el 28.6%(08) de familia disfuncional moderada y 7.1%(02) de familia funcional. Finalmente de los que presentaron trastorno depresivo mayor moderado, el 7.1%(02) provienen de familia disfuncional leve y el 3.6%(01) de familia funcional. Para contrastar la hipótesis se hizo uso de la prueba no paramétrica Chi cuadrada, obteniendo un puntaje de 2.584, con gl: 02, $P=0.097$, $P>0.05$, negando la hipótesis alterna y aceptando la hipótesis nula, es decir no se encontró relación significativa entre las variables en estudio.

PALABRAS CLAVES: Funcionamiento Familiar, Trastorno Depresivo Mayor, Adolescente.

ABSTRAC

The present research is a study of quantitative approach, cross-sectional, descriptive correlational design was performed in order to determine the relationship between major depressive disorder and family functioning in adolescents of the Peru-Japan Technological Institute of Chachapoyas - 2012. It featured sample universe (28 students) with inclusion and exclusion criteria, the method used was the survey as the questionnaire technique as test instruments Zung (Zung) degree of reliability of 0.92 and validity of 4.13 and Family APGAR tab (Smilkstein, G) with degree of reliability of 0.84 and validity of 2.80. The results were: 100% (30) of teens surveyed in the Peru Japan Technological Institute, in this year, 93.3% (28) had major depressive disorder and only 6.7% (02) did not. Of the adolescents who had major depressive disorder, 89.3% (25) level is mild, 10.7% (03) of moderate and none had severe level. Adolescents who had mild major depressive disorder, 53.6% (15) come from dysfunctional families mild, 28.6% (08) of moderately dysfunctional family and 7.1% (02) of functional family. Finally for those with moderate MDD, 7.1% (02) come from dysfunctional families mild and 3.6% (01) of functional family. To test the hypothesis was made using the nonparametric Chi square, earning a score of 2,584, with df: 02, $P = 0.097$, $P > 0.05$, denying the alternative hypothesis and accept the null hypothesis, is there was no relationship significantly between the study variables.

KEYWORDS: Family Functioning, Major Depressive Disorder, Teen.

I. INTRODUCCIÓN

El trastorno depresivo mayor es uno de los tipos de depresión que se presenta generalmente en la etapa de la adolescencia, por ser una etapa de constantes cambios e inestabilidad emocional, lo que le hace más vulnerable de padecer esta enfermedad, y la gran mayoría de estos adolescentes llegan a un intento de suicidio o a un suicidio, siendo este una solución a sus problemas. Asimismo existen diferentes factores que favorecen o intervienen a que se presente este problema, uno de ellos el nivel de funcionalidad familiar. Según la Organización Mundial de la Salud, la familia con un funcionamiento adecuado o familia funcional, puede promover el desarrollo integral del adolescente y lograr el mantenimiento de su estado de salud favorable. Así como también una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado debe ser considerada como factor de riesgo para el adolescente; la familia como grupo social debe cumplir funciones básicas que son: la función económica, la biológica, la educativa, cultural y espiritual, y es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas, actuando como sistema de apoyo y protección al adolescente. Así como también el tiempo que ocupan los padres para estar junto a sus hijos, el afecto y cariño demostrado, que es importante para que el adolescente se sienta seguro de sí mismo y enfrente los problemas de la sociedad actual. (Vacchelli. 2008).

A nivel mundial la incidencia de la depresión es hasta dos veces más alta en los adolescentes que en las personas adultas. Cada año se suicidan más de 800.000 personas, a consecuencia de una depresión, los jóvenes son los que corren mayor riesgo, ya que muchos de los casos de suicidio corresponden a este grupo etéreo. La depresión clínica será la segunda causa de discapacidad en el mundo para el año 2020 y en países en desarrollo será la primera causa. Dentro de los factores que están estrechamente vinculados se encuentran, el nivel de funcionamiento familiar, cohesión familiar, comunicación intrafamiliar, etc. (Virsayit, 2010).

En América Latina, la prevalencia de la depresión es del 10% de la población adolescente y afecta a casi 4 millones de ciudadanos, se estima que en torno a un 20% de los pacientes que consultan a médicos de atención primaria en España padecen trastornos mentales bien definidos y esta población se incrementa hasta un 40% cuando se incluyen los trastornos mentales menores. Las depresiones leves (52%) y las moderadas (36%) son las más frecuentes; aunque las depresiones graves y difíciles de tratar afectan a un 11% de todos los pacientes con depresión. El 1% restante tendría depresión no clasificada por nivel de gravedad, y los factores que conllevan son los factores familiares (como el nivel de funcionamiento familiar, la comunicación intrafamiliar, etc.), económicos (La pobreza), sociales (Alcoholismo, drogadicción, etc.), culturales (bajo nivel educativo), entre otros. (Terrazo, 2010).

En el Perú se estima que entre el 4% y el 8% de jóvenes padecen de depresión, ya que este grupo poblacional es el más vulnerable a padecer enfermedades depresivas, la incidencia más alta aparece en los adolescentes después de la pubertad. Los estudios sugieren que cuando los adolescentes son tratados a tiempo se recuperan hasta el 80%, entre el 25 y el 50% de estos jóvenes presentan una reaparición de depresión en los dos primeros años tras el primer episodio. (Gonzalo, 2009).

En Lima, el trastorno emocional prevaleciente en los adolescentes fue la depresión, un porcentaje significativo de adolescentes (29.1%) alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas, mientras que casi un tercio (3.6 %) de los adolescentes que intentaron hacerse daño alguna vez, considera aún el intento de suicidio como una posibilidad de solución a sus problemas. Los motivos por los cuales los adolescentes llegan deprimirse parten de los problemas con la familia, luego se suman otros factores secundarios. (Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental, 2010).

En la región Amazonas se presentaron algunos casos de intento de suicidio en un 2% de la población total de adolescentes, lo que indica que de cada 100 adolescentes 2 llegan a presentar este problema, como consecuencia del cuadro de depresión en el que se encuentran. (Ministerio Nacional de Salud, 2009).

En la ciudad de Chachapoyas se observa con frecuencia casos de intento de suicidio o suicidio a consecuencia de problemas depresivos que padecen los adolescentes. Este problema tiene diferentes causas, siendo uno de las principales, los conflictos familiares, como consecuencia de la disfuncionalidad familiar. (Ministerio Nacional de Salud, 2009).

Según datos del Hospital Regional Virgen de Fátima (HRVF) en el año 2011 99 adolescentes tuvieron trastorno de depresión, entre las edades de 12 a 17 años, tanto del sexo masculino y femenino, siendo el 64.6% de sexo masculino y el 35.5% de sexo femenino. En este año, desde el mes de enero hasta abril se han 47 casos de trastorno de depresión en adolescentes, siendo 12.7% de sexo masculino y 87% de sexo femenino. (Oficina de estadística - HRVF, 2012).

En el año 2011 se sucedió una tragedia, dos estudiantes adolescentes mujeres de 18 y 19 años de edad del Instituto Superior Tecnológico Perú Japón se suicidaron, fue una tragedia muy penosa y alarmante, lo que impulso a realizar el trabajo de investigación.

Frente a esta problemática, se plantea la siguiente pregunta:

¿Existe relación entre el trastorno depresivo mayor y el funcionamiento familiar en adolescentes del Instituto Superior Tecnológico Perú - Japón. Chachapoyas - 2012?. Cuyo objetivo general fue: Determinar la relación que existe entre el trastorno depresivo mayor y el funcionamiento familiar en adolescentes del Instituto Superior Tecnológico Perú - Japón. Chachapoyas - 2012, y los objetivos específicos fueron: Identificar a aquellos adolescentes de 15 a 19 años de edad con trastorno depresivo mayor, de los ciclos II, IV y VI de la Carrera de Enfermería Técnica; Identificar el nivel del trastorno depresivo mayor en adolescentes de 15 a 19 años de edad, de los ciclos II, IV y VI de la Carrera de Enfermería; Valorar el funcionamiento familiar de los adolescentes de 15 a 19 años de edad con trastorno depresivo mayor, de los ciclos II, IV y VI de la Carrera de Enfermería Técnica del Instituto Superior Tecnológico Perú - Japón.

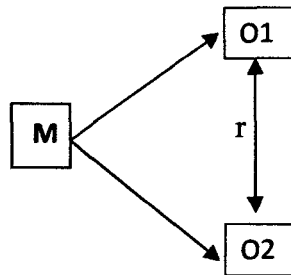
II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. MARCO METOLÓGICO

2.1.1. Diseño de la contrastación de la hipótesis

El trabajo de investigación fue de tipo descriptivo, correlacional, de corte transversal (Canales, F. 2006).

El diagrama de este tipo de estudio fue el siguiente:



Donde:

M= Es la muestra en la que se realizó el estudio.

O₁ = V₁: Trastorno depresivo mayor.

O₂ = V₂: Funcionamiento familiar.

r = Relación.

2.1.2. Variables de estudio

Identificación de variables

El presente trabajo de investigación tiene dos variables.

- ✓ **Variable 01:** Trastorno depresivo mayor
- ✓ **Variable 02:** Funcionamiento familiar.

2.1.3. Hipótesis

Las hipótesis formuladas para el presente estudio son:

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre trastorno depresivo mayor y el funcionamiento familiar en adolescentes del Instituto Superior Tecnológico Perú – Japón. Chachapoyas - 2012.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre trastorno depresivo mayor y el funcionamiento familiar en adolescentes del Instituto Superior Tecnológico Perú – Japón. Chachapoyas – 2012.

2.1.4. Universo Muestral

Lo conformaron los estudiantes que presentaron trastorno depresivo mayor, dentro de las edades de 15 a 19 años del II, IV y VI ciclo, de la carrera de Enfermería Técnica del Instituto Superior Tecnológico Perú Japón; debido a que al momento de la recolección de la información solo se encontraron funcionando los ciclos mencionados. Se obtuvo como muestra 28 estudiantes, previa aplicación del test.

Criterios de inclusión:

- ✓ Todos los estudiantes de la Carrera de Enfermería Técnica II, IV y VI ciclo, semestre lectivo 2012 - II.
- ✓ Estudiantes de la Carrera de Enfermería Técnica de las edades de 15 a 19 años, ambos sexos.
- ✓ Adolescentes que tengan trastorno depresivo mayor, previa aplicación del test de Zung.

Criterios de Exclusión:

- ✓ Estudiantes de la Carrera de Enfermería Técnica que no estén en condiciones de participar, ni dar respuesta consentida.
- ✓ Estudiantes que no asistieron regularmente a sus clases.

2.1.5. Métodos, Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Método

Se hizo uso del método de la encuesta. (Canales, F. 2006).

Técnica

Para medir las variables en estudio se hizo uso de la técnica del cuestionario (Canales, F. 2006).

Instrumento

Para medir la variable Trastorno depresivo mayor se utilizó como instrumento, el Test de Zung (Ver anexo 01), estuvo destinado a evaluar el nivel del trastorno depresivo mayor en los adolescentes, Instituto Superior Tecnológico Perú Japón, Es una escala autoaplicada formada por 20 ítems relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores. La respuesta comprende en lo siguiente:

- A:** Muy poco tiempo/muy pocas veces/Raramente
- B:** Algún tiempo/Algunas veces/De vez en cuando
- C:** Gran parte del tiempo/Muchas veces/Frecuentemente
- D:** Casi siempre/Siempre/ Casi todo el tiempo

La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo, obteniendo una sumatoria en rango de 20 a 80 puntos.

- **Ítems negativos:** 1 a 4 Puntos
- **Ítems Positivos:** 4 a 1 Puntos

Valores asignados para determinar el nivel del trastorno depresivo mayor:

- No TDM : (< 40puntos)
- TDM leve : (41 a 47 puntos)
- TDM moderada: (48 a 55 puntos)
- TDM grave : (> 55 puntos)

Para evaluar el nivel de funcionamiento familiar, se utilizó como cuestionario de APGAR familiar (Ver anexo 01), que consta de cinco preguntas que, mediante una escala de 0 a 4, evalúa el estado funcional de la familia. (Alegre. 2006).

0 = Nunca

1 = Casi nunca

2 = Algunas veces

3 = Casi siempre

4 = Siempre

Para mayor facilidad se utilizan las letras APGAR, con el fin de recordar cada una de las funciones que se van a medir, el cual comprende adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos.

Valores asignados para determinar el nivel de funcionamiento familiar:

- Funcional: 18 a 20 puntos.

- Disfuncional leve: 13 a 17 puntos.

- Disfuncional moderado: 10 a 12 puntos.

- Disfuncional Grave: menor de 09 puntos.

2.1.6. Validez y Confiabilidad.

Tanto el test de Zung y el cuestionario de APGAR familiar (Smilkstein, G. 1978) ya fueron validados y asignado su grado de confiabilidad anteriormente. El test de Zung (Zung, 1985) con grado de confiabilidad buena, índice de Alfa de Cronbach 0,92 y Validez de 4.13. El cuestionario de APGAR familiar con grado de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.84 y validez de 2.80.

2.1.7. Procedimiento de Recolección de datos

En cuanto al procedimiento de recolección de datos se tuvo en cuenta los siguientes pasos:

✓ **Primero:** Se presentó un oficio a la dirección académica del Instituto Superior Tecnológico Perú Japón de la provincia de Chachapoyas, solicitando autorización para la aplicación de los instrumentos.

✓ **Segundo:** Durante la aplicación del los instrumentos asignados en el estudio de investigación se tuvo en cuenta los criterios de inclusión y

exclusión, se brindó una previa explicación a los estudiantes de la Carrera de Enfermería Técnica, sugiriendo una respuesta con la mayor veracidad posible y se repartió a cada uno dichos instrumentos.

- ✓ **Tercero:** Como última etapa del proceso de recolección de datos, se elaboró la respectiva tabulación y análisis de datos.

2.2. Análisis e interpretación de datos

Se creó una matriz de datos tanto para las dimensiones y para las variables en estudio, los cuales fueron procesados mediante el sistema automatizado SPSS versión 15.0, como para sus dimensiones. Los resultados se presentaron en tablas simples y de doble entrada con categorías, para la representación gráfica de los resultados se consideró columnas.

Para la contrastación de la hipótesis del presente estudio de investigación se hizo uso de la estadística no paramétrica de la ji cuadrada, con nivel de confianza al 95% y nivel de significancia al 0.05%.

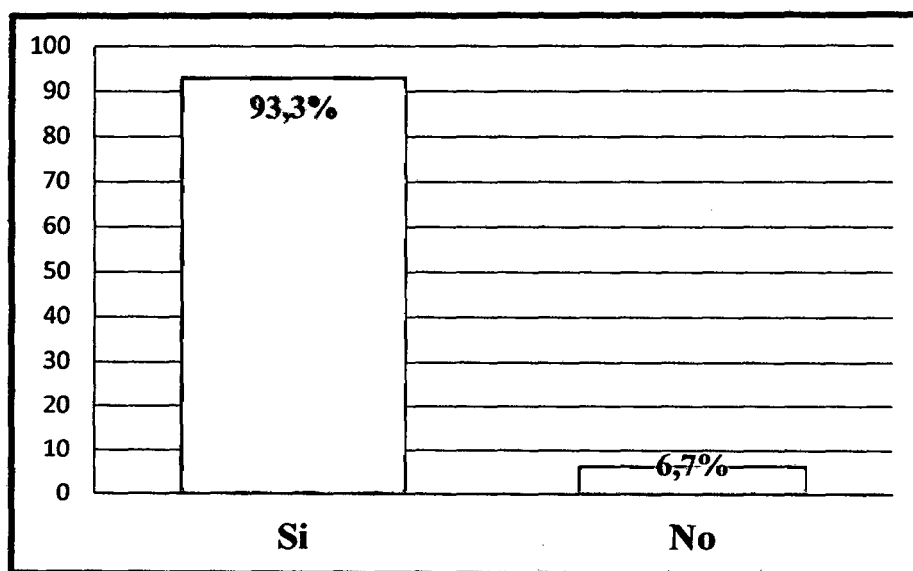
III. RESULTADOS

Tabla 01: Distribución estadística de adolescentes que presentaron trastorno depresivo mayor en el Instituto Superior Tecnológico Perú - Japón. Chachapoyas - 2012.

Trastorno depresivo mayor	Nº	%
Si	28	93.3
No	02	6.7
Total	30	100

Fuente: Test de Zung (Autoaplicado), Setiembre – 2012.

Gráfico 01: Distribución estadística de adolescentes que presentaron trastorno depresivo mayor en el Instituto Superior Tecnológico Perú - Japón. Chachapoyas - 2012.



Fuente: Tabla 01

Interpretación

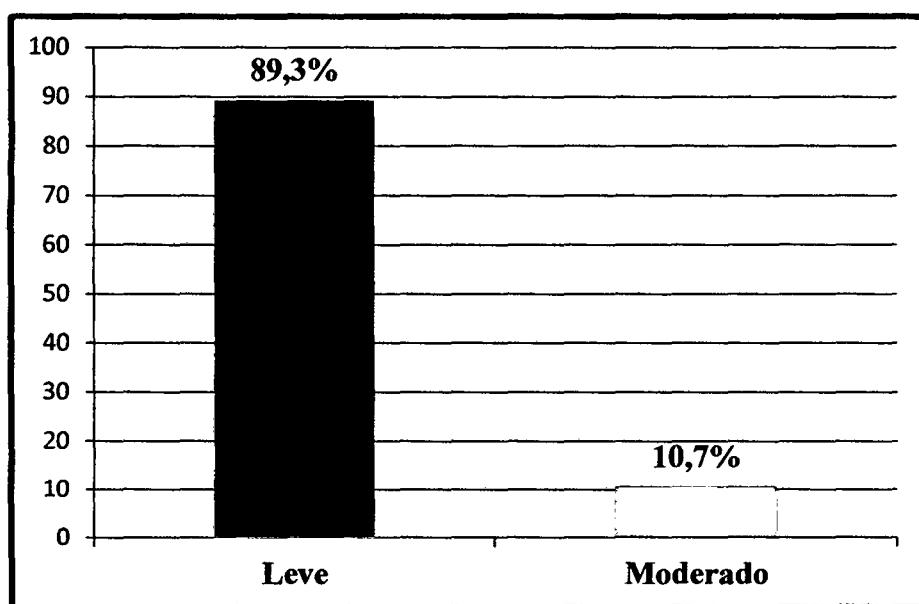
En la presente tabla y gráfico 01 se observa que del 100% (30) adolescentes encuestados en el Instituto Tecnológico Perú Japón, en el presente año; el 93.3% (28) presentaron algún nivel de trastorno depresivo mayor y el 6.7%(02) no presento.

Tabla 02: Niveles del trastorno depresivo mayor en los adolescentes del Instituto Superior Tecnológico Perú – Japón. Chachapoyas-2012.

Nivel del trastorno depresivo mayor	Nº	%
Leve	25	89.3
Moderado	03	10.7
Total	28	100

Fuente: Test de Zung (Autoaplicado), Setiembre – 2012.

Gráfico 02: Niveles del trastorno depresivo mayor en los adolescentes del Instituto Superior Tecnológico Perú – Japón. Chachapoyas - 2012.



Fuente: Tabla 02.

Interpretación

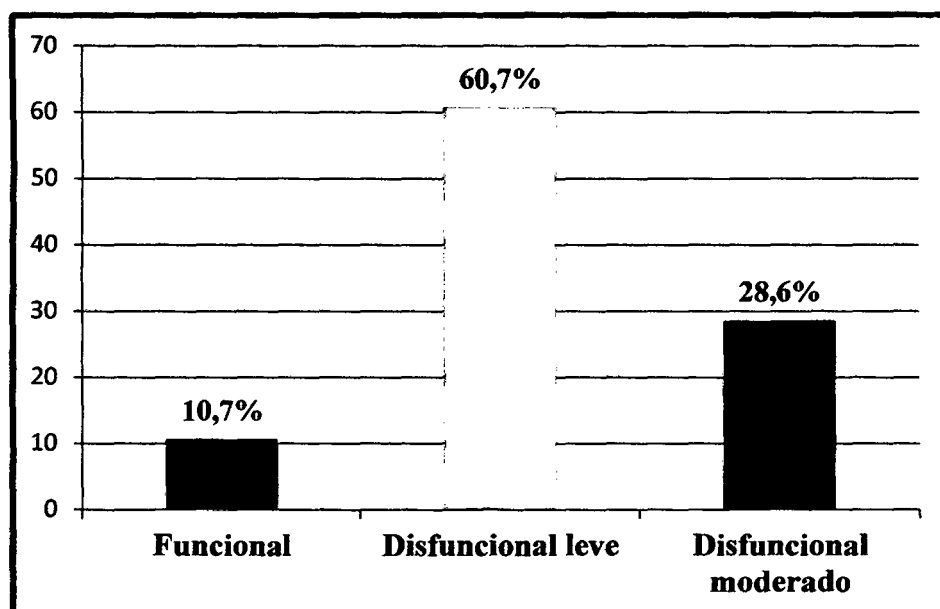
En la tabla y gráfico 02 se observa que el 89.3% (25) de adolescentes presentaron trastorno depresivo mayor de nivel leve y el 10.7%(03) presentaron de nivel depresivo moderado.

Tabla 03: Niveles del funcionamiento familiar de los adolescentes del Instituto Superior Tecnológico Perú – Japón. Chachapoyas-2012.

Niveles de funcionamiento familiar	Nº	%
Funcional	03	10.7
Disfuncional leve	17	60.7
Disfuncional moderado	08	28.6
Total	28	100

Fuente: APGAR Familiar, Setiembre – 2012.

Gráfico 03: Niveles del funcionamiento familiar de los adolescentes del Instituto Superior Tecnológico Perú – Japón. Chachapoyas - 2012.



Fuente: Tabla 03.

Interpretación

En la tabla y gráfico 03 se observa que del 100%(28) de adolescentes en estudio, el 60.7%(17) provienen de familia disfuncional leve, el 28.6%(08) provienen de familias con nivel de disfuncionalidad moderado y el 10.7%(03) provienen de familias funcionales.

Tabla 04: Relación entre el trastorno depresivo mayor y el funcionamiento familiar de los adolescentes del Instituto Superior Tecnológico Perú - Japón. Chachapoyas - 2012.

Niveles del trastorno depresivo mayor (TDM)	Niveles del funcionamiento familiar								Total	
	Funcional		D. Leve		D. Moderado		D. Grave			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leve	02	7.1	15	53.6	08	28.6	0	0.0	25	89.3
Moderado	01	3.6	02	7.1	0	0.0	0	0.0	3	10.7
Total	03	10.7	17	60.7	8	28.6	0	0.0	28	100

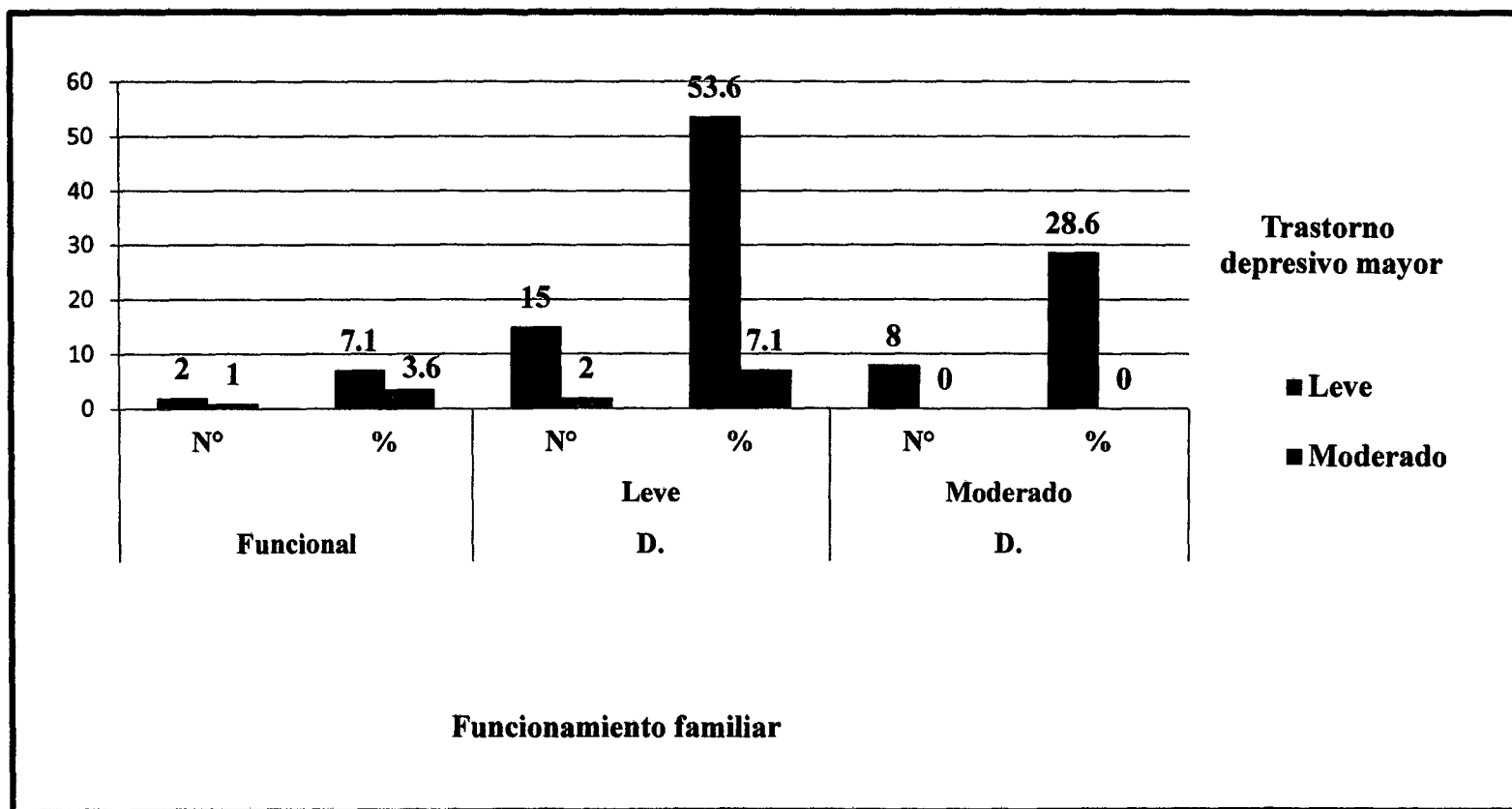
Fuente: Encuesta; Test de Zung (Autoaplicado) y APGAR Familiar, Setiembre – 2012.

$X^2: 2.584$; GL: 2; $P=0.097$

Interpretación

En la tabla 04 se observa que del 89.3%(25) de adolescentes que presentaron TDM leve, el 53.6%(15) provienen de familias disfuncional leve, el 28.6%(08) de familias disfuncional moderada y el 7.1%(02) de familias funcionales. El 10.7%(03) de adolescentes que presentaron TDM moderado, el 7.1%(02) provienen de familia disfuncional leve y el 3.6%(01) de familia funcional. Al obtener el puntaje de la prueba no paramétrica de la chi cuadrada (2.584) indica que no existe relación significativa entre las variables en estudio, negando la hipótesis alterna y aceptando la hipótesis nula.

Gráfico 04: Relación entre el trastorno depresivo mayor y el funcionamiento familiar de los adolescentes del Instituto Superior Tecnológico Perú - Japón. Chachapoyas - 2012.



Fuente: Tabla 04 – 2012.

IV. DISCUSIÓN

En la tabla y gráfico 01 se observó que del 100% (30) adolescentes encuestados en el Instituto Superior Tecnológico Perú Japón, en el presente año; el 93.3% (28) presentaron trastorno depresivo mayor y el 6.7%(02) no presentó trastorno depresivo mayor.

Peña, F. 1999. En su tesis titulado “Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y Funcionamiento Psicosocial”, realizado en México. Obtuvo como resultado que del 100% (129) de adolescentes encuestados, el 38% (50) adolescentes presento trastorno depresivo mayor, y el 62% (79) tuvieron otros trastornos.

Al comparar ambos estudios, coinciden con los resultados obtenidos, concluyendo que la presencia del trastorno depresivo mayor en los adolescentes es alta. El trastorno depresivo mayor está considerado por la Organización Mundial de la Salud como el trastorno mental más común en la sociedad actual, sobre todo afectando en la adolescencia, por ser una etapa de muchos cambios e inestabilidad emocional. Según la Teoría Psicosocial de Eric Erickson, el adolescente se encuentra en la etapa de identidad versus confusión de identidad, considerando que el principal riesgo de esta etapa es la confusión de identidad y la principal tarea es resolver el conflicto. Asimismo existen ciertos factores que interfieren directa o indirectamente a que se presente este problema, como la relación con la familia, amigos, entre otros. Esta afección conlleva a que muchos adolescentes se suiciden. Según la teoría de triada cognitiva, del Psicólogo Beck, hace referencia a que la persona con trastorno depresivo tiene una visión negativa de sí mismo, del mundo en que se mueve y del futuro, haciéndole tener una ideación suicida.

En conclusión, el trastorno depresivo mayor en adolescentes se presenta en un alto porcentaje, y está asociado a diversos factores causales, como son: los factores biológicos, psicológicos y ambientales. El adolescente con este padecimiento tiende a ver las cosas de forma negativa, interfiriendo en sus estudios y en las relaciones con los demás, así como también dificultad en la solución de problemas, y encontrando como única salida al suicidio.

En la tabla y gráfico 02, sobre el nivel de trastorno depresivo mayor, se encuentra que del 93.3% (28) de adolescentes que presentaron trastorno depresivo mayor, el 89.3% (25) presentaron trastorno depresivo mayor de nivel leve y el 10.7%(03) de nivel moderado.

Según el estudio de García, M. 2012. Titulado “Depresión en los Adolescentes de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza”. Los resultados obtenidos fueron: del 100% (283) de estudiantes, el 31.8% presenta depresión y el nivel de depresión que presentan, es un nivel leve para cada una de las cuatro facultades, siendo los estudiantes de la facultad de enfermería con mayor casos de depresión, con un 33.3%; según la estructura familiar los que presentan depresión de nivel leve son los que viven solos, con un 43.3%.

Egoavil, J. 2010. En su tesis “Niveles de depresión en adolescentes del 5° de secundaria de un colegio nacional del Distrito de los Olivos”. Llegó a las conclusiones que el 28,57% se encuentra dentro de la categoría "depresión leve o moderada" y el 16,7% en la categoría "de moderada a intensa" en los varones. Mientras que en las mujeres, el 38% se ubica en la categoría "dentro del límite", y otro 38% en la de "depresión leve o moderada", el 20 % se encuentra en la categoría de "depresión moderada a intensa", y el 10% en la de "depresión severa".

Los resultados del presente estudio coinciden con los resultados de García, M, y de Egoavil, J; ya que la presencia del trastorno depresivo mayor en adolescentes es de nivel leve en un mayor porcentaje. En el estudio de Egoavil, J se evidencia la relación de la depresión según sexo, coincidiendo los resultados con la presente investigación, debido a que se obtuvo que el 75% (21) de adolescentes de sexo femenino presentaron trastorno depresivo mayor de nivel leve en un 89.3% (25) y de nivel moderado, en un 10.7%(03), mientras que los de sexo masculino solo presentaron depresión leve, en un 14.3%(04).

En conclusión, el trastorno depresivo mayor de nivel leve se presentó en un alto porcentaje en los adolescentes, no interfiriendo en su totalidad en las actividades que realizan. Según el sexo; las mujeres presentan mayor nivel de trastorno depresivo mayor, mientras que los varones presentan trastorno depresivo mayor de menor nivel, esto se puede deber a que las mujeres se caracterizan por ser más sensibles y susceptibles a los cambios.

En la tabla y gráfico 03 se observó que del 100%(28) de adolescentes en estudio, el 60.7%(17) provienen de familia disfuncional leve, el 28.6%(08) provienen de familias con nivel de disfuncionalidad moderada y el 10.7%(03) provienen de familias funcionales.

Jiménez, C. en el año 2009, en su estudio “La funcionalidad familiar y la problemática de salud en los adolescentes”. El cual obtuvo como resultados que del 100% (237) de los adolescentes encuestados el 42.6% contó con familias funcionales, 46% moderadamente funcionales y sólo 11.4% son de familias disfuncionales.

Al comparar ambos estudios, se encuentra diferencia en los resultados; debido a que se obtuvo que: en un mayor porcentaje los adolescentes provienen de familias disfuncionales leves y moderadas. Mientras que en el estudio de Jiménez, C el mayor porcentaje de adolescentes provienen de familias funcionales y en un bajo porcentaje familias disfuncionales. Según la Organización Mundial de la Salud, la familia con un funcionamiento adecuado o familia funcional, puede promover el desarrollo integral del adolescente y lograr el mantenimiento de su estado de salud favorable. Así como también una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado debe ser considerada como factor de riesgo para el adolescente.

Razón por la cual se dice que el nivel de funcionamiento familiar esta medido por la interacción dinámica de los integrantes de una familia, los resultados del estudio reflejan un alto porcentaje de adolescentes con familias disfuncionales leves, donde el adolescente necesita un espacio de reconocimiento que incentive sus logros y lo oriente a plantear sus equivocaciones, existiendo diversos factores en el nivel de disfunción familiar. Es por ello que se debe mitigar los factores que de una u otra manera propician situaciones de riesgo para el adolescente y su familia.

En la tabla y gráfico 04, se obtuvo que del 89.3%(25) de adolescentes que presentaron trastorno depresivo mayor de nivel leve, el 53.6%(15) provienen de familias disfuncional leve, el 28.6%(08) de familias disfuncional moderada y 7.1%(02) de familias funcionales. El 10.7%(03) de adolescentes que presentaron trastorno depresivo mayor de nivel moderado, el 7.1%(02) provienen de familia disfuncional leve y el 3.6%(01) de familia funcional. Al obtener el puntaje de la

prueba no paramétrica de la chi cuadrada (2.584) se dice que no existe relación entre las variables en estudio.

Según Alvares, M. et. al. 2009. En su Tesis “La relación entre la depresión y los conflictos familiares en los adolescentes, Universidad Nacional de México - 2009”. Obtuvo como resultado, que los adolescentes se encuentran en la categoría de depresión mínima 52%, mientras que en el nivel de depresión leve encontramos un menor porcentaje 13,1%. El nivel de depresión moderada fue de 18%, y el nivel de depresión severa fue de 16,8%. El 17.1% presentaron conflicto familiar leve, el 62.7% presentaron conflicto familiar moderado, y el 20.3% conflicto familiar grave. Concluyendo en su estudio que en dicha población evaluada con respecto a la relación entre la depresión y los conflictos familiares, señala que existe una relación inversamente proporcional, aceptando la hipótesis alterna.

Según Leyva, R. et al, en el año 2007, en su tesis “Frecuencia de la depresión y disfunción familiar en adolescentes en la Institución Educativa San Alfonso, México-2007”. El cual obtuvo como resultados: la frecuencia de depresión fue de 29.8 %; en el sexo masculino se identificó en 18.7 % y en la mujer, en 42.4 %; en los adolescentes con depresión se observó con más frecuencia la familia disfuncionales moderadas. En los adolescentes sin depresión fueron más comunes las familias disfuncionales leves 32% y las familias disfuncionales moderadas. Llegando a una conclusión que existe un gran porcentaje de adolescentes que presentaron depresión (29.8%), y de ellos en su mayoría fueron de familias disfuncionales moderadas. Y los que no presentaron depresión fueron de familias leves y moderadas, y concluye a que no existe relación significativa entre las variables en estudio.

Arenas, C. En su estudio realizado en el año 2009 “Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue”, Los resultados fueron de los niveles de funcionalidad familiar y la presencia o ausencia de depresión en adolescentes atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, correspondiente a la primera hipótesis específica que plantea una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de funcionalidad y la presencia de depresión en las adolescentes mujeres. Se halló un valor de chi

cuadrado (X^2) igual a 2.3 el cual no es estadísticamente significativo, por ello no se puede validar la hipótesis.

Según León, G y Saavedra, M. realizado en el año 2009, en la ciudad de Chachapoyas. Cuyo título fue “Funcionamiento familiar y probables trastornos mentales en los estudiantes del I al V ciclo – Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza – Amazonas, 2009”. Obtuvieron como resultado que el 80% de los estudiantes proviene de una familia con algún grado de disfuncionalidad, el 56% presenta un probable trastorno mental y el 16% de los mismos muestran comorbilidad, en tanto que tanto que el 84% de los estudiantes no presentan comorbilidad, concluyendo que en nivel de funcionamiento familiar se relaciona significativamente con los probables trastornos mentales de los estudiantes del I al V ciclo de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, 2009.

Los resultados del presente estudio coinciden con los resultados de algunos estudios, como es el de Arenas, C; de Leyva, R. et al. En el presente estudio se obtuvo la chi cuadrada, con un valor de 2.548, negando la hipótesis alterna y aceptando la hipótesis nula. Se concluye que no existe relación significativa entre las variables en estudio, por lo tanto no se pudo validar la hipótesis. Entonces se dice que ambas variables son independientes, y que el trastorno depresivo mayor tiene otros factores que interfieren directamente; el funcionamiento familiar tal vez es un factor secundario; al revisar la base teórica se encontró que el trastorno depresivo mayor tiene diversas causas, como son los factores biológicos, psicológicos y ambientales. También se dice que existen personas que tienen este padecimiento, pero que no se manifiesta con ningún síntoma depresivo.

Asimismo al comparar con otros estudios, difieren en los resultados, como es el de Alvares, M. et al; de León, G y Saavedra, M, señala que existe una relación inversamente proporcional, aceptando la hipótesis alterna; y concluyeron que el nivel de funcionamiento familiar se relaciona significativamente con los probables trastornos mentales en los adolescentes, mientras que en el presente estudio no se encontró relación significativa, ya que se obtuvo un valor de chi cuadrada de 2.548, no pudiendo validarse la hipótesis.

En conclusión, en el presente trabajo de investigación no se encontró relación significativa entre las variables en estudio, ya que se obtuvo el valor de la chi cuadrada de 2.548, entonces se dice que el trastorno depresivo mayor tiene otros factores causales, que deben ser investigados, para poder intervenir en el origen y revertir el problema.

V. CONCLUSIONES

- De los adolescentes del Instituto Superior Tecnológico Perú Japón, que ingresaron a la muestra, el mayor porcentaje presentó Trastorno Depresivo Mayor de nivel leve, un bajo porcentaje de nivel moderado y ninguno presentó nivel grave.
- Con respecto al nivel de funcionamiento familiar, la gran mayoría de adolescentes provienen de familias disfuncionales leves y un menor porcentaje provienen de familias con disfuncionalidad moderada y familias funcionales.
- No existe relación significativa entre el trastorno depresivo mayor y el funcionamiento familiar en los adolescentes del Instituto Superior Tecnológico Perú - Japón; razón por la cual existen otros factores que se relacionan o que interfieren.

VI. RECOMENDACIONES

1°.- A los docentes del Instituto Superior Tecnológico Perú Japón:

Durante el desarrollo de sus clases, tengan en cuenta el aspecto psicológico de los adolescentes, no solo se dediquen a transmitir conocimientos, sino también desarrollar talleres o encuentros juveniles, donde el adolescente exprese sus inquietudes y emociones, así favoreciendo el bienestar físico y mental.

2°.- A los adolescentes y sus familiares

En caso de tener un problema, acudir a sus padres o a una persona de confianza, así como también dediquen su tiempo libre a realizar actividades que favorezcan el bienestar físico y mental, como: hacer deporte, buscar apoyo espiritual, realizar cursos, etc. Y a sus familiares, especialmente a sus padres a dedicar un aparte de su tiempo a sus hijos, ser más comunicativos y brindarles confianza. Y siempre estar pendiente de cualquier cambio anormal que se presente, así poder ayudarle a tiempo.

3°.- A la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas (UNTRM)

Viendo que el índice de adolescentes con depresión es alta en la muestra estudiada en el Instituto Superior Tecnológico Perú Japón, se sugiere a los docentes de la UNTRM a tener en cuenta la problemática de los estudiantes adolescentes.

4°.- Al Ministerio de Salud

A realizar actividades preventivas promocionales, creando estrategias que favorezcan la salud integral de los adolescentes, teniendo en cuenta la problemática, crear centros o programas especialmente para esta etapa; asimismo inculcar a sus familiares, y al momento de brindar una atención de salud en cualquier especialidad, estar alerta cualquier factor de riesgo.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DE LIBROS:

- ✓ Bello, M; Puentes, E. 2005. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. 2^{da} Edición. Editorial Medina Mora. México. Pág. 4-11.
- ✓ Canales, F. 2006. Metodología de la Investigación. 2^{da} Edición. Editorial Interamericana. España. Pág. 282.
- ✓ Conde, V; Franch, M. 1984. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. 3^{ra} Edición. Editorial Upjohn. Madrid: Pág. 62-76.
- ✓ Grau, A; Meneghello, J. 2000. La Resiliencia; Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia. 1^{ra} Edición. Buenos Aires. Editorial Panamericana. Pág.52-62.
- ✓ Huerta, J; González, L. 2000. Estudio de la salud familiar; Colegio Mexicano de Medicina Familiar. 1^{ra} Edición. Editorial Distrito Federal. México. Pág. 5-69.
- ✓ Huerta, N. et al. 2001. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar. 3^{ra} Edición. Editorial ArchMed Fam. México. Pág. 95-98.
- ✓ Keller, M. et al. 1992. Guía de Psicopatología en Depresión Mayor. Editorial Archivador de psiquiatría. Lima. Pág. 16,49-809.
- ✓ Marcelli, D. 1992. Contexto ambiental e hipótesis psicopatológicas; Adolescencia y Depresión. 2^{da} Edición. Editorial Masson. Barcelona. Pág. 14-19.
- ✓ Ministerio de Salud. 2006. Guía Clínica de Tratamiento de personas con depresión. Editorial Minsal. Chile. Pág. 41-47.
- ✓ Santos, J. 2003. La salud de adolescentes; cambio de paradigma de un enfoque de daños a la salud al de estilos de vida sana. Editorial Salud Pública. México. Pág.

DE TESIS Y MONOGRAFÍAS:

- ✓ Alvares, M. et al. 2009. México. “La relación entre la depresión y los conflictos familiares en los adolescentes, Universidad Nacional de México - 2009”. Tesis de Br. Universidad Autónoma de México. Pág. 5,18.
- ✓ Arenas, C. 2009. Lima. “Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes atendidos en el departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Tesis para optar el Título en Psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Pág. 11-14.
- ✓ Egoavil, J. 2010. Lima. “Niveles de depresión en adolescentes del 5º de secundaria de un colegio nacional del Distrito de los Olivos”. Tesis. Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Pág. 32-41.
- ✓ García, M. 2012. Chachapoyas. “Depresión en los Adolescentes de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas - 2011”. Tesis de Br. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. Pág. 05, 38.
- ✓ Leyva, R. et al. 2007. México. “Frecuencia de la depresión y disfunción familiar en adolescentes en la Institución Educativa San Alfonso”. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Pág. 23-38.
- ✓ León, G; Saavedra, M. 2009. Chachapoyas. “Funcionamiento familiar y probables trastornos mentales en los estudiantes del I al V ciclo de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza – Amazonas, 2009”. Tesis. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. Pág. 06.
- ✓ Moyeda, G. et al. 2009. Chile. “Factores asociados a la depresión en adolescentes”. Tesis de Br. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Chile. Pág. 05.
- ✓ Munro, S. 2005. México. “Evaluación de la autoestima y su relación con la funcionalidad familiar en los médicos de las unidades de medicina familiar”. Tesis para obtener el Diplomado en Medicina Familiar. Universidad Nacional de México. Pág. 14-16,32.



- ✓ Jiménez, C. et al. 2009. México. “La funcionalidad familiar y la problemática de salud en los adolescentes”. Programa en Educación Ambiental y Salud. Monografía. Pág. 8-10, 24.
- ✓ Palazzo, S. 1999. México. “Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria”. Monografía para la Salud Mental. Facultad de Psicología. Pág. 102-111.
- ✓ Peña, F. 1999. México. “Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento Psicosocial de los Adolescentes”. Tesis de Grado. Universidad de México. Pág.63.

ARTÍCULOS DE REVISTAS:

- ✓ Conger, J. 2002. Adolescencia y Depresión. Revista Harla. Publicado en México. Volumen 02. Pág. 17-23.
- ✓ Formoso, D. et al. 2000. Conflictos familiares y conducta interna y externa de los jóvenes; factores protectores. Revista Americana de Psicología Comunitaria. Publicada en Perú. Volumen 01. Pág. 175-99.
- ✓ Herrera, P. 1997. “La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud”. Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 13. Pág. 72-81.
- ✓ Pardo, G. et al. 2004. Adolescencia y depresión. Rev. Colombiana de Psicología. Universidad Nacional de Bogotá. Colombia. Volumen 13. Pág. 17-32.
- ✓ Rangel, J. et al. 2004. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev. FacMed. Publicado en México. Volumen 10. Pág. 24-27.

SITIOS EN RED:

- ✓ Antonini, C. 2010. Área de Psicología. “Trastornos depresivos”. Disponible en:<http://www.respuestasaladepresion.com/autoevaluacion/testdedepresion.php>. Acceso el: 07/02/2012.

- ✓ Alegre, Y. 2006. “Atención Integral de la Dirección Regional de Salud de Loreto”. Disponible en: http://www.idefiperu.org/ramnro1/cadec2_6.html. Acceso el: 10/02/2012.

- ✓ Calderón, N. 1990. Depresión. México. Disponible en: <http://html.Diferentesenfoq.com/depresion-en-la-adolescencia.html>. Acceso el: 27/02/2012.

- ✓ Contreras J. L. 2007. Evaluación de riesgo familiar. Chile. Disponible en: <http://cambiodemodelo.blogspot.com/2007/12/evaluacion-de-riesgo-familiar.html>. Acceso el: 07/02/1/2012.

- ✓ Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental. 2010. “La salud mental en Lima”. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/situacionsm.htm>. Acceso el: 10/02/2012.

- ✓ Figueras A. 2006. “Evaluación multimétodo y multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes”. España. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=3823>. Acceso el: 07/02/2012.

- ✓ Gonzalo, P. 2099. “Situación de Salud Mental en el Perú”. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/situacionsm.htm>. Acceso el: 10/02/2012.

- ✓ Monografía. Adolescencia. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos13/adosa/adosa.shtml>. Acceso el: 08/02/2012.

- ✓ Manrique, R. 1999. Conociendo la Depresión. Disponible en: <http://www.teorías.org/psi17.htm>. Acceso el: 28/02/2012.

- ✓ Menéndez, I. 2001. ”Adolescencia”. Disponible en: <http://sinalefal.wordpress.com/a-quien-quiera-acompanarme/laadolescencia/adolescente/caracteristicas-del-comportamiento-> Acceso el: 27/02/12.

- ✓ Ministerio de Salud. 2009. “La depresión en la etapa de la adolescencia”. Disponible en: <http://www.MINSA.Edu.pe>. Acceso el: 29/02/12.

- ✓ Navarro, A y Cols, M. 2007. “Las relaciones y los problemas Familiares”. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/SaludFamiliar/I_L/cap1.htm. Accesible el: 08/06/12.
- ✓ Pérez, C. 2006. “Jóvenes suicidas y tendencia en aumento”. México Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/134982.html>. Acceso el: 09/02/2012.
- ✓ Saavedra, J. 2009. “Situación de la salud mental en el Perú”. OMS. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/situacionsm.htm>. Acceso el: 09/02/2012.
- ✓ Terrazo, 2010. “Situación de salud mental en América Latina”. Disponible en: <http://www.ins.esp.gob.pe/situacionsm.htm>. Acceso el: 09/02/2012.
- ✓ Vacchelli, G. 2008. “Realidad de Funcionamiento Familiar”. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos59/perfil-psicosocial-ninos-abandonados-peru/perfil-psicosocial-abandonados-peru2.shtml>. Acceso el: 27/02/12.
- ✓ Virginia, S. 2009. Red Sanar: Red solidaria y Gratuita para la Salud Mental. Disponible en: G:\Trastorno Depresivo Mayor\yniveles.mht. Acceso el: 10/02/2012.
- ✓ Virsayit, G. 2010 “La salud mental Universal”. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/134982.html>. Acceso el: 08/02/12.

OTROS

- ✓ Oficina de estadística de Hospital Regional Virgen de Fátima. 2012. Reporte estadístico

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL
"TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA"
DE AMAZONAS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Anexo N° 01

Código:.....

TEST DE ZUNG (AUTOAPLICADA)

A. INTRODUCCIÓN:

Estimados Jóvenes, tengan ustedes un saludo cordial y solicito la participación en la presente investigación cuyo objetivo es "Determinar la relación entre trastorno depresivo mayor con el funcionamiento familiar en adolescentes", que consiste en 20 ítems Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos, e para la cual les voy a aplicar el test de zung, para medir el grado de depresión, espero su respuesta con la mayor sinceridad.

B. DATOS GENERALES

Edad:.....años.

Sexo: Masculino () Femenino () **Ciclo:** (II) (IV) (VI)

C. INFORMACIÓN ESPECÍFICA:

A continuación en las siguientes preguntas elaboradas, que tienen cuatro posibles respuestas de las cuales Ud. Responderá marcando con un aspa (x) en lo que crea conveniente sobre la base de las alternativas siguientes, que le mencionaré:

- **A:** Muy poco tiempo/muy pocas veces/Raramente.
- **B:** Algún tiempo/Algunas veces/De vez en cuando.
- **C:** Gran parte del tiempo/Muchas veces/Frecuentemente.
- **D:** Casi siempre/Siempre/ Casi todo el tiempo.

Ítems negativos

(1 a 4 Puntos)

Ítems Positivos

(4 a 1 Puntos)

ITEMS	A	B	C	D
1. Me siento abatido y melancólico	1	2	3	4
2. En la mañana es cuando me siento mejor	4	3	2	1
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar	1	2	3	4
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche	1	2	3	4
5. Como igual que antes	4	3	2	1
6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales	4	3	2	1
7. Noto que estoy perdiendo peso	1	2	3	4
8. Tengo molestias de estreñimiento	1	2	3	4
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre	1	2	3	4
10. Me canso aunque no haga nada	1	2	3	4
11. Tengo la mente tan clara como antes	4	3	2	1
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer	4	3	2	1
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	1	2	3	4
14. Tengo esperanza en el futuro	4	3	2	1
15. Estoy más irritable de lo usual	1	2	3	4
16. Me resulta fácil tomar decisiones	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y necesario	4	3	2	1
18. Mi vida tiene bastante interés	4	3	2	1
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera	1	2	3	4
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba	4	3	2	1

Fecha:/...../.....

ESCALA DE PUNTUACION DEL INSTRUMENTO

- **Puntaje máximo del instrumento** = 80 puntos.
- **Puntaje mínimo del instrumento** = 20 puntos.

Valores asignados para determinar el índice de trastorno depresivo mayor (TDM)

- **NO TDM** : (Menor de 28 puntos).
- **TDM LEVE** : (28 a 41 puntos).
- **TDM MODERADA** : (42 a 53 puntos).
- **TDM GRAVE** : (> 53 puntos).



UNIVERSIDAD NACIONAL
“TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA”
DE AMAZONAS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Anexo N° 02

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR APGAR

D. INTRODUCCIÓN

Estimados Jóvenes y/o señoritas soy estudiante del X Ciclo de la Facultad de Enfermería de la UNTRM, solicito la participación en la presente investigación cuyo objetivo es “Determinar la relación entre el trastorno depresivo mayor con el funcionamiento familiar en adolescentes”, para la cual les voy a aplicar un cuestionario, con respecto al funcionamiento familiar: espero su respuesta con la mayor sinceridad.

E. DATOS GENERALES

Edad:.....años.

Sexo: Masculino () Femenino ().

Número de miembros en tu familia:.....

Posición del encuestado:.....

PREGUNTAS	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de					

emprender nuevas actividades.						
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como:	Amor					
	Tristeza					
	Rabia					
Me satisface cómo compartimos en mi familia:	Tiempo para estar juntos					
	Los espacios de la casa					
	El dinero					
Estoy satisfecha con el apoyo que recibo de mis amigos(as).						
¿Tiene usted algún(a) amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?						

PARA EVALUAR PUNTAJE

Nunca : 0 puntos.

Casi Nunca : 1 punto.

Algunas veces: 2 puntos.

Casi siempre : 3 puntos.

Siempre : 4 puntos.

RESULTADOS DE APGAR

Funcional : 18 a 20 puntos.

Disfuncional leve : 13 a 17 puntos.

Disfuncional moderado: 10 a 12 puntos

Disfuncional grave : menor de 09 puntos

Anexo N° 03

Tabla 05: Trastorno depresivo mayor según sexo de los adolescentes del Instituto Superior Tecnológico Perú - Japón. Chachapoyas - 2012.

Niveles de trastorno depresivo mayor	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Leve	21	75	04	14.3	25	89.3
Moderado	03	10.7	0	0.0	03	10.7
Total	24	85.7	04	14.3	28	100

FUENTE: Test de Zung (Autoaplicado), Setiembre – 2012.