



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

TIPOLOGÍA FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA 2016-2017

PRESENTADA POR
SOFÍA GIULIANA ARCA PÉREZ

ASESOR
DR. GABRIEL NIEZEN MATOS

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA

LIMA – PERÚ
2017



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**TIPOLOGÍA FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA 2016-2017**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**PRESENTADO POR
SOFÍA GIULIANA ARCA PÉREZ**

**ASESOR
DR. GABRIEL NIEZEN MATOS**

LIMA, PERÚ

2017

ÍNDICE

Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	2
1.4 Justificación	3
1.5 Viabilidad y factibilidad	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	8
2.3 Definición de términos básicos	12
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	13
3.1 Formulación de la hipótesis	13
3.2 Variables y su operacionalización	13
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	14
4.1 Tipos y diseño	14
4.2 Diseño muestral	14
4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos	14
4.4 Procesamiento y análisis de datos	15
4.5 Aspectos éticos	16
CRONOGRAMA	17
PRESUPUESTO	18
FUENTES DE INFORMACIÓN	19
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	
3. Consentimiento informado	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La adolescencia abarca la etapa de vida entre los 10 a 19 años según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y, significa una época importante de cambios físicos, sociales y psicológicos que conllevan a una evolución entre la niñez y el inicio de la adultez. El individuo busca por lo tanto, adaptarse a estas variaciones en búsqueda de su emancipación y formación de identidad, jugando un papel importante la familia, la escuela y la socialización con pares.

La depresión acarrea un problema elemental en salud pública, lo que se evidencia en las estadísticas del Hospital Cayetano Heredia del 2015, constituyendo la segunda causa de morbilidad en este grupo etario.

El entorno familiar es el núcleo en el que el adolescente madurará y donde buscará apoyo, por lo tanto, el buen funcionamiento en el hogar, es el que hace posible su adaptación y se encuentra en relación a su estructura que, a su vez, está sujeta a un proceso dinámico de renovaciones que varían de acuerdo al ciclo vital en que se ubique por los acontecimientos vitales estresantes que esté superando¹. La composición familiar es un mecanismo a tener en cuenta como causa etiológica tanto en las enfermedades psicológicas como en las orgánicas.² Siguiendo esta premisa, la constitución nuclear sería la más apropiada para el correcto desenvolvimiento del adolescente, mientras que otros tipos, lo llevarían al desarrollo de diversas complicaciones, entre ellos, los síntomas depresivos.

Diversos estudios demostraron que la depresión en adolescentes se encuentra más ligada a la funcionalidad, que a la estructura familiar y que, mientras los integrantes de la misma, encuentren canales de comunicación, afecto y amoldamiento a la nueva situación, el adolescente no se verá afectado en su desarrollo¹.

Por este motivo, es de gran importancia la creación de un estudio que relacione la

estructura familiar y el desarrollo de síntomas depresivos en adolescentes, para trabajar en una adecuada dinámica a tiempo.

Según la OMS, actualmente, 322 millones de personas a nivel mundial se ven afectadas por depresión, viéndose un aumento en adolescentes menores de 15 años; a su vez, existe un incremento de suicidios en la población de entre 15 a 29 años, y es considerado el primer motivo de discapacidad en el mundo³.

En el Perú, el 4,8% de la población presenta diagnóstico de depresión y, según el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, el 18% de suicidios que ocurren en el país corresponde a menores de 17 años.

En el Hospital Cayetano Heredia, en 2015, 408 adolescentes fueron atendidos por episodios depresivos; el área de atención diferenciada del adolescente no se encuentra exenta a esta realidad, ya que en un estudio realizado en un colegio de la zona en 2016, encontramos que el 22,84% de adolescentes atendidas presentaban cuadros de depresión y ansiedad.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre la tipología familiar y los síntomas depresivos en adolescentes atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2016-2017?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Establecer la relación entre la tipología familiar y los síntomas depresivos en adolescentes atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2016-2017.

1.3.2 Objetivos específicos

Indicar los tipos de familia de los adolescentes atendidos en el área de atención diferenciada del adolescente del Hospital Nacional Cayetano Heredia,

que no presenten síntomas de depresión y los que sí presentan síntomas de depresión.

Establecer la relación entre la estructura familiar y la depresión, en adolescentes del sexo femenino atendidas en el área de atención diferenciada del adolescente del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Precisar la relación entre la estructura familiar y la depresión, en adolescentes de sexo masculino atendidos en el área de atención diferenciada del adolescente del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Determinar la presencia o ausencia de síntomas de depresión entre adolescentes mujeres y varones atendidos en el área de atención diferenciada del adolescente del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

1.4 Justificación

La adolescencia corresponde a una etapa de vida crítica, en la que se desarrollan múltiples cambios psicológicos, biológicos y sociales y, en la cual, prima en la adaptación a dichos cambios, la función que cumple la familia. En la actualidad, son muchos los hogares que, por múltiples motivos, modifican su estructura; por ejemplo, familias monoparentales, reconstituidas, ampliadas, equivalentes familiares; siendo los tipos monoparentales y las reconstituidas las que podrían causar más problemas de adaptación en esta etapa de vida.

En las estadísticas del Hospital Nacional Cayetano Heredia del 2015 se encontraron cifras alarmantes de depresión en menores de 17 años. Lo que busca el presente estudio es identificar si hay relación alguna entre la composición familiar y los síntomas de depresión en adolescentes en un área exclusiva para ellos, y así poder determinar qué intervención realizar para disminuir la incidencia de dicha estadística y así mejorar la salud a nivel individual, familiar y comunitario. Lo que se busca, a su vez, es presentar información para sensibilizar a otros profesionales de la salud y así poder formar equipos multidisciplinarios óptimos para realizar intervenciones en colegios, grupos juveniles, municipalidades, lugares en donde se reúne la juventud.

1.5 Viabilidad y factibilidad

El lugar en donde se efectuará el estudio cuenta con historias clínicas archivadas independientemente de las del hospital, motivo por lo que el trámite es más sencillo y, a la vez, el médico jefe y todo el personal tiene conocimiento de la finalidad de esta investigación, la cual, es de su interés para realizar sus intervenciones. Se dispondrá de tiempo para recolección de datos al menos una vez a la semana por dos horas, con apoyo de los trabajadores del área y se reservará presupuesto para la realización del mismo. El tipo de atención realizada en los adolescentes es longitudinal, lo que facilitará la obtención del consentimiento informado.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Murga H, en 2014, elaboró un artículo de revisión de diferentes investigaciones relacionando el tipo de familia con la ansiedad y depresión. Por ejemplo, en un estudio mencionaba que en los divorcios si bien existen una serie de problemas emocionales, éstos pueden revertirse de mantener buenas relaciones entre padres e hijos; mientras que otro estudio demostraba que los hijos de padres separados habían recibido mayor cantidad de consultas psiquiátricas que los de familias nucleares ¹.

En 2015, LuizM *et al.*, desarrollaron una investigación de tipo caso control en la Universidad Federal de Sao Paulo para comparar las características de las familias de adolescentes con depresión mayor y las de adolescentes sin trastorno psiquiátrico. La investigación determinó que las familias de los adolescentes caso, tuvieron dificultades en su funcionalidad en un 33,3%. Y finalizaron mencionando la importancia de estudios que relacionen la funcionalidad familiar con la estructura familiar ⁴.

Bazán-López *et al.*, efectuaron un análisis de la base datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural, buscando los factores que se relacionaban con las conductas suicidas de los adolescentes en 2016, dentro de los cuales encontraron que sí existía relaciones entre la disfuncionalidad familiar y las conductas suicidas en adolescentes, sin embargo, no realizaron comparación con la estructura familiar ⁵.

En 2013, Gonzáles-Poves J. elaboró un estudio descriptivo con corte transversal, en un colegio nacional mixto en el distrito de Los Olivos, con 163 adolescentes de secundaria, en el cual se obtuvieron como resultados que el 40,7% son parte de familias extendidas y manifiestan síntomas depresivos, el 3,1% presenta una familia monoparental y también cumplen con síntomas depresivos. Sin embargo, llegaron a la conclusión que el tipo de familia no se relaciona a depresión ⁶.

En 2015, Valdivia *Met al.*, efectuaron una investigación a 195 adolescentes mediante encuestas y cuestionarios para determinar la prevalencia y los factores de riesgo de suicidio en ese grupo etario; llegando a la conclusión que 25% de los adolescentes había tenido al menos un intento de suicidio y que uno de los factores relacionados era la ausencia de alguno de los padres en un 31,8% y la disfunción familiar ⁷ .

Puello M, en el año 2014 hizo un artículo de revisión a nivel local, nacional e internacional sobre las familias monoparentales, en dicho resumen resaltan dos investigaciones; la primera de Tinajero, Camacho y Gonzáles (2007) en la que considera la estructura familiar, en especial, familia monoparental como factor para desarrollar en adolescentes depresión y, la segunda, de Rodríguez (2004) en la que se refuerza que el progenitor que está con el adolescente debe asumir su papel como jefe y apoyo ⁸ .

En 2011, Ruiz D, elaboró una investigación de tipo descriptiva con una muestra de 20 adolescentes que son hijos de padres separados, encontrando que el 58% de varones presentaba cuadros de depresión leve y, el 50% de mujeres presentaban cuadros de depresión moderada ⁹ .

Alejandro M, en el año 2007, en un estudio descriptivo transversal en 386 adolescentes, obtuvo como resultados que no hay relación entre la estructura familiar y la disfunción en este grupo etario ($p < 0,01$, test de la χ^2), pero si es importante la percepción del adolescente con respecto a la funcionalidad de su familia en la presencia de los síntomas depresivos ¹⁰ .

Pacheco B, en el año 2015, efectuó un trabajo de revisión con la finalidad de explorar los factores que llevan a los adolescentes al suicidio, encontrando que la violencia intrafamiliar y la disfunción de la familia se encuentran asociados a trastornos de depresión y por lo tanto, de suicidio ¹¹ .

Londoño Y, realizó un trabajo de investigación con 13 adolescentes en el año 2009, de tipo transversal correlacional, encontrándose que el 59% del grupo con diagnóstico de depresión vivían en familias monoparentales, llegando a la

conclusión que sí existe una relación entre la alteración en la estructura familiar y el inicio y evolución del trastorno depresivo ¹² .

En 2013, Salazar Y. *et al.*, elaboraron una investigación de tipo transversal con 448 adolescentes, de los cuales, los que tenían una baja satisfacción familiar presentaban en un 35,1% depresión. Asimismo, se halló que había una probabilidad en 2,38 veces mayor de padecer depresión si se encontraban con una baja satisfacción familiar. Llegaron a la conclusión que existe una asociación importante entre la baja satisfacción familiar y desarrollo de depresión en este grupo etario ¹³ .

En el año 2012, Veytia M. *et al.*, encontraron un estudio transversal con 2292 adolescentes, que el 80,4% de los mismos con depresión habían presentado algún evento vital estresante y, que existe una relación entre el grado de los acontecimientos vitales estresantes en el adolescente, entre ellos, la separación de los padres y, el diagnóstico de depresión, en especial en mujeres ¹⁴ .

Morla R.*et al*, en 2006 efectuó una revisión de tipo descriptivo de 1045 historias clínicas de adolescentes atendidos en una institución psiquiátrica, llegando a la conclusión que los trastornos depresivos eran más frecuentes en adolescentes que formaban parte de familias desestructuradas en un 22,9%, encontrando tres veces más presentación en mujeres que en varones ¹⁵ .

En el año 2010, Barrientos-Acosta V.*et al.* realizaron un estudio con 1648 adolescentes en México, llegando a la conclusión que la depresión afectaba en un 74% a adolescentes del sexo femenino y solo 26% al sexo masculino y, del total de encuestados con depresión el 55% formaba parte de una familia nuclear, a diferencia de otros estudios ¹⁶ .

Hoyos E, en 2012, en un estudio de tipo analítico de casos y controles, en Colombia, estableció que la mayoría de adolescentes con depresión pertenecía al sexo femenino con un 13,9% y que el proceso de desestructuración familiar era un factor influyente ¹⁷ .

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Adolescencia. Definición

La adolescencia es aquella etapa del desarrollo entre los 10 a 19 años que constituye una serie de transformaciones físicas, psíquicas y sociales y que determinan el paso de la niñez a la edad adulta.

Estos cambios que experimenta el adolescente tienen una meta común que es alcanzar la maduración en cada uno de los aspectos de su vida y son: Lograr relaciones interpersonales apropiadas, afrontar correctamente los cambios físicos que le suceden, independencia del subsistema parental y alcanzar metas económicas y sociales ².

El adolescente presenta diversos cambios en diferentes ámbitos:

Desarrollo físico

Este período es el más conocido por el personal de salud y depende de diversos factores; entre ellos, la zona geográfica, los alimentos que consume, la carga genética, etc., con ello se producen variaciones, las cuales, afectan a todos los órganos y estructuras, pero los cambios más importantes se dan a nivel de los caracteres sexuales secundarios ¹⁸.

Desarrollo emocional

Es de evolución lenta y complicada, sucede de acuerdo a la etapa de adolescencia en que se encuentre: en la etapa temprana, es impulsivo, intenso y de estado de ánimo variable; en la etapa intermedia se sienten poderosos, creen que nada les va a suceder y terminan en conductas de riesgo; en la etapa tardía adquieren empatía y madurez ¹⁸.

Desarrollo familiar

El adolescente requiere de una adaptación de roles, empiezan a abrirse al mundo y surge un alejamiento del entorno familiar, socialización con pares. En la etapa temprana requieren de privacidad y es importante que los padres otorguen límites definidos. En la etapa intermedia el adolescente no está dispuesto a recibir ayuda de sus padres. Es un período turbulento, con discusiones familiares frecuentes ². Finalmente, en el período tardío suele

comprender que existen más similitudes de su familia con otras, existe una reaceptación de sus padres ¹⁸.

2.2.2 Estructura familiar

De acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la familia se define como “el grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos”.

Se entiende, por lo tanto, que la familia es una unidad biopsicosocial, que está ligada por lazos de consanguinidad, unión estable y que viven en un mismo hogar ².

También es considerada un sistema abierto que interacciona de forma permanente con el medio en que se desarrolla, y se considera dinámica ya que va variando de acuerdo al ciclo vital familiar en el que se encuentra y a los acontecimientos vitales a los que enfrenta. Cabe resaltar que no todas las familias se encuentran conformadas de la misma manera ¹⁹.

El estudio de la tipología familiar, de acuerdo a su estructura, permite determinar su funcionamiento y la interacción entre sus miembros ¹⁹.

Existen diversas clasificaciones de la familia de acuerdo a su estructura, demografía, funcionamiento, etc.; sin embargo, en el presente trabajo utilizaremos la estructura familiar de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud de Perú, ya que es el establecido dentro de la Ficha de Atención Integral de Adolescente.

La clasificación a mencionada es la siguiente:

- **Nuclear:** Conformada por la pareja de progenitores y los hijos en común.
- **Extendida:** Representada por ambos progenitores y los hijos, conjuntamente de familiares en la tercera generación.
- **Ampliada:** Compuesta por ambos progenitores y los hijos, asimismo de parientes como cuñados, tíos, primos sobrinos, etc.
- **Monoparental:** Formada por uno de los progenitores y los hijos.
- **Reconstituida:** Constituida por uno de los progenitores, un nuevo compromiso y los hijos ²⁰.

Se menciona que la familia nuclear es la más propicia, de acuerdo a estructura, para un funcionamiento familiar óptimo; que la familia extendida y ampliada son

las que podrían contribuir en el desarrollo de síntomas de ansiedad en adolescentes y, que las monoparentales y reconstituidas son las que constituyen un factor de riesgo para síntomas depresivos ^{7 8 9}.

Sin embargo, en otras revisiones se establece que estos síntomas depresivos estarían más ligados a la funcionalidad familiar que a la estructura familiar ¹.

2.2.3 Depresión en adolescentes

Los adolescentes son vulnerables a síntomas depresivos debido a los cambios emocionales, sociales y familiares que se producen durante su desarrollo, por eso es importante determinar los factores que inducen a su desarrollo para así poder abordar de manera adecuada con un equipo multidisciplinario a la familia. Incluso en ambientes aparentemente sin alteraciones también pueden desarrollarse síntomas depresivos en la adolescencia. Shereen menciona que “Hasta 2,5% de los niños y 8,3% de los adolescentes padecen de depresión mayor en algún momento, y entre 15 y 20% pueden experimentar un episodio alguna vez durante la adolescencia” ²¹.

La depresión en el adolescente resulta en un episodio trascendente en su vida personal, escolar, profesional, social y familiar. Y puede prolongarse en toda su adolescencia así como en su vida adulta, llevándolo a problemas laborales y en sus relaciones interpersonales, lo que conlleva a un incremento en las consultas a especialistas en salud mental, ocasionando un alto costo ²².

2.2.3.1 Definición de depresión

Se define como un trastorno psíquico, caracterizado por los siguientes síntomas: tristeza patológica, acompañada usualmente de ansiedad, dificultad para dormir, desesperanza, desinterés en actividades que antes le resultaban satisfactorias, irritabilidad, alteraciones del apetito y, en casos mayores, ocurren ideas suicidas e intentos de suicidio ^{22 23}.

2.2.3.2 Diagnóstico en el adolescente

Para realizar el diagnóstico es básico enfatizar en la entrevista médica más que en los cuestionarios, aunque igual es necesario realizarlos como Los criterios del DSM V y los del CIE - 10. Los adolescentes, a diferencia de las personas adultas que refieren tristeza profunda, manifiestan la depresión como

irritabilidad, y ésta es fluctuante, pudiendo mantenerse aún en la etapa adulta de no recibir un tratamiento apropiado y a tiempo, como se mencionó líneas anteriores^{22 23}.

Existen diversos motivos para un tratamiento no oportuno, entre ellos: forma atípica de sintomatología, el adolescente ni los padres no identifican los síntomas al ser síntomas no clásicos, la falta de creencia de los padres de una depresión en esa etapa de la vida, falta de capacitación al personal de salud para identificar la patología en este grupo etario²².

Sintomatología de depresión en el adolescente

La sintomatología en ocasiones, puede confundirse con las manifestaciones propias de la edad puberal; encontramos a un adolescente con negatividad, desesperanza, conducta disocial, irritable, continuamente de mal humor, huidas del hogar, percibe rechazo de sus pares, mala higiene, descuida su apariencia, se retrae socialmente y con su familia. Encontramos también la típica tristeza, intentos de suicidio, falta de apetito, autoreproches, distorsión de la imagen y baja autoestima. Aparecen en oportunidades abuso de alcohol y sustancias.

Es frecuentemente acompañado de trastorno de déficit de atención, trastornos de ansiedad y trastornos alimentarios²².

Factores de riesgo

Factores familiares y de contexto

Si los padres padecen de depresión hay una mayor probabilidad que los hijos desarrollen la misma, en especial por parte de la madre²².

De igual manera ocurre si alguno de los padres es alcohólico, si existen conflictos recurrentes conyugales, triangulaciones, si existen problemas económicos en el hogar o, incluso si alguno de los padres o ambos son maltratadores, pérdida o muerte de algún amigo o familiar.

Otro factor es el divorcio que en su mayoría es en malos términos, que conlleva a una familia monoparental y posteriormente a una reconstituida. Para el adolescente, el vivir lejos de sus padres también constituye un factor de riesgo.

Dentro del contexto, hablamos de factores de riesgo cuando no se adaptan a sus amigos, familia o vecindario o son víctimas de bullying. Los adolescentes con pocos amigos, que no cuentan con grupos de pares, que no se relacionan con su entorno tienden a presentar también depresión ²².

Factores individuales

Sexo: en la etapa intermedia de la adolescencia, las mujeres manifiestan un mayor porcentaje de depresión, en lo que posiblemente estarían implicados los cambios hormonales.

Genética: como ya se mencionó, los hijos de padres con diagnóstico de depresión, presentan una probabilidad 3 a 4 veces mayor de padecer síntomas depresivos.

Psicología

Aquí juega un papel importante el temperamento, el cual tiene una fuente genética, pero también se ve influido por lo aprendido en el contexto.

El comportamiento del adolescente al aislarse socialmente contribuye a trastornos emocionales, en mayor frecuencia en el sexo femenino.

Los acontecimientos vitales estresantes, de no proporcionar las armas necesarias para comportarse como resilientes y adaptarse a los mismos también traducen en riesgo de síntomas depresivos.

2.3 Definición de términos básicos

Adolescente: Individuo que se encuentra en la etapa de vida entre los 10 a 19 años de edad.

Depresión: Trastorno psíquico caracterizado por ser crónico y recurrente, con episodios de tristeza profunda, desesperanza, incapacidad para disfrutar situaciones sociales.

Tipo de Familia: Clasificación de acuerdo a la estructura y conformación de sus miembros, el sistema puede estar conformado por 1 o varios individuos que comparten lazos de consanguinidad y viven en un mismo hogar ².

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis:

El tipo de familia influye con el desarrollo de síntomas de depresión en los adolescentes atendidos en el área de atención diferenciada del adolescente del Hospital Nacional Cayetano Heredia en 2016-2017.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de Medición	Categorías	Valores de las Categorías	Medio de Verificación
Tipo de Familia	Clasificación de una familia de acuerdo a la conformación o estructura de sus integrantes	Cualitativa	Número de Familias según tipo de familia	Nominal	Nuclear	1	Familiograma
					Extendida	2	
					Ampliada	3	
					Monoparental	4	
					Reconstituida	5	
Depresión	Trastorno de tristeza profunda caracterizado por ser crónico y recurrente	Cualitativa	Presencia de síntomas depresivos	Nominal	Depresión Probable	1	Test de Goldberg
					No depresión	2	
Sexo	Conjunto de cualidades biológicas que determinan el género de un individuo	Cualitativa	Número de adolescentes según sexo biológico	Nominal	Masculino	0	Historia Clínica
					Femenino	1	

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

Investigación de tipo cualitativo, observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

4.2 Diseño muestral

Es un diseño no probabilístico por conveniencia

Población de estudio: 100% corresponde a los 350 adolescentes de sexo femenino y masculino atendidos en el área de atención diferenciada del adolescente del Hospital Cayetano Heredia entre enero 2016 y enero del 2017.

Tamaño de muestra: No se trabajará con una muestra, ya que el 100% de los atendidos formarán parte del estudio.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión: adolescentes entre 12 a 17 años atendidos en el área de atención diferenciada del adolescente del Hospital Cayetano Heredia a quienes ya se les haya Tamizado con el Test de Goldberg.

Criterios de exclusión: adolescentes que no hayan realizado el llenado correcto del Test de Goldberg, cuyo familiograma se encuentre inconcluso o no hayan cumplido con dos sesiones como mínimo.

4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos:

Instrumentos: Test de Goldberg (Anexo 2)

Es un Test de cribado para detección de ansiedad y/o depresión, se realiza en la entrevista clínica de todos los adolescentes que acuden para atención y se toman en cuenta los síntomas de moderada intensidad que se encuentran en los ítems y que tienen una duración mínima de dos semanas.

Presenta dos subescalas: Una de ansiedad y otra de depresión. Para este trabajo de investigación tomaremos en cuenta la escala de depresión.

La escala de depresión consta de cuatro ítems iniciales, de ser positivo al menos un ítem, se realizan las cinco siguientes preguntas, consideramos que el adolescente presenta “depresión probable” si responde afirmativamente al menos a

dos preguntas. Cabe resaltar que se trata de un test de cribado para detectar “depresión probable”

Según un estudio realizado por Carbonell M. en el año 2013, la sensibilidad de la subescala de depresión del test de Goldberg es de 71%, mientras que la especificidad es del 77%, es decir identifica apropiadamente al 71% de trastornos y al 77% de individuos sin trastornos. ²⁴

Procedimientos de recolección de datos

La población será tomada del grupo de historias clínicas de los adolescentes que han sido atendidos diariamente en el período indicado, quienes acuden siempre en compañía de padres y tutores, recibiendo la información del paquete de atención integral y sus fines en la primera entrevista. Así mismo, en esta primera entrevista es que realizan los diferentes test de cribado como parte de la atención integral del adolescente que se realiza en la institución, uno de ellos es el Test de Goldberg, el cual se efectúa mediante la entrevista clínica sólo en presencia del adolescente.

Entre la primera y la segunda entrevista es que se buscan datos para la elaboración del familiograma, el cual se considera el instrumento de mayor importancia para la tipificación de las familias.

Importante recalcar que dentro de los principios de medicina familiar tomamos la longitudinalidad, por lo que los adolescentes pueden ser evaluados mínimo como cuatro veces al año.

El acceso a las historias clínicas será solicitado a la jefa del área, la Sra. Cristina Altamirano.

Se procederá a vaciar las variables a un cuadro en Excel, el cual permitirá realizar la operacionalización de las variables.

4.4 Procesamiento y análisis de los datos

Se realizará un análisis descriptivo, para lo cual se utilizará una tabla con frecuencias y con porcentajes de tal forma que se puedan presentar resumidamente las observaciones. A su vez, la moda nos ayudará como medida de tendencia central, de tal forma que podamos observar los datos más frecuentes.

Ya que también deseamos encontrar la relación entre las variables depresión y tipo de familia, usaremos en análisis estadístico inferencial no paramétrica, considerando que nos encontramos ante variables nominales.

En este trabajo de investigación será utilizada la Prueba Chi Cuadrado, ya que se desea encontrar una relación entre dos variables nominales. Y se elaborará y relacionará en Excel debido a la cantidad y baja complejidad de las variables.

4.5 Aspectos éticos

Para recabar la información de las historias clínicas, se dispondrá de la firma de los adolescentes y sus tutores, sin lo cual, se entiende que deciden no participar del estudio.

No existen conflictos de interés.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2016 - 2017											
	agosto	setiembre	octubre	noviembre	diciembre	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio
Descripción y formulación del problema												
Desarrollo del problema de investigación, formulación de objetivos, justificación y limitación.												
Antecedentes de la investigación												
Marco teórico												
Desarrollo de Hipótesis y variables												
Elaboración de metodología												
Cronograma y recursos humanos												
Entrega de Proyecto de Tesis												

PRESUPUESTO

DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (S/.)	PRECIO TOTAL (S/.)
Movilidad Local (60 días)	15.00 diario	900
02 millares de papel A-4	25.00	50.00
02 folder plástico	3.00	6.00
15 folder manila	0.80	11.20
16 lapiceros	0.50	8.00
04 lápices	0.50	2.00
04 resaltadores	2.50	10.00
03 correctores	8.00	24.00
02 tinta impresora	32.00	64.00
Asesoramiento estadístico	500.00	500.00
Digitador	150.00	150.00
Encuadernación (02)	20.00	40.00
Copias fotostáticas	0.10	150.00
TOTAL		1912.2

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Murga HV. Tipo de Familia y Ansiedad y Depresión. Revista Médica Herediana. 2014;(25).
2. Revilla Ldl. Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar Barcelona: Doyma; 1994.
3. Organization WH. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Geneva.; 2017.
4. al MLPe. Dinámica familiar de adolescentes con Trastorno Depresivo Mayor, Un estudio Comparativo. Estudios de Psicología. 2015 Diciembre; 32(4): p. 641 - 652.
5. al JLBLE. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Rural. Revista de Neuropsiquiatría. 2016; 79(1).
6. Gonzáles-Poves J. Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1° al 5° de secundaria de un colegio nacional mixto. Revista de Enfermería Herediana. 2013; 6(2).
7. al. MVe. Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. Revista Médica de Chile. 2015;(143).
8. Scarpati MP. Límites, reglas, comunicación en familia monoparental con hijos adolescentes. Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología. 2014; 10(2).
9. Ortega DMR. Niveles de Depresión en los/las adolescentes, hijo/as de padres separados atendidos en el Instituto Médico Fundación Tierra Nueva en el período de octubre 2010 a Octubre 2011". 2011..
10. Pérez MA. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. Atención Primaria. 2007; 39(2).
11. Bernardo Pacheco P. PPL. La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. ARS Médica. Revista de Ciencias Médicas. 2015; 40(1).
12. Ospina YAL. Contexto familiar y depresión en adolescentes. 2009. Tesis.
13. al. YSÁe. Relación entre satisfacción con el ambiente familiar y depresión en adolescentes. Psicología y Salud. 2013; 23(1).
14. al. MVLe. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. Salud Mental. 2012; 35.
15. Ricardo Morla Boloña ESdJJS. Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2006; 35(2).
16. V BA. Depresión y Tipología Familiar en un grupo de Adolescentes Mexicanos. Archivos de Medicina Familiar. 2010 julio - setiembre; 12(3).
17. Zuluaga EH. Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. International Journal of Psychological Research. 2012; 5(1).
18. Pulido IJ. Guía de Atención al Adolescente de Andalucía. 2008. Grupo de Estudio del Adolescente de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar.

19. Luna AM. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. 1st ed. México: Ediotres de Textos Mexicanos; 2008.
20. MINSA. Modelo de Atención Integral Basada en familia y Comunidad” RM N° 464 – 2011/Minsa.
21. Shereen-Awuapara-Flores,Mónica-Valdivieso-Vargas-Machuca. Características bio-psicosociales del adolescente. Revista de Odontología Pediátrica de la UPCH. 2013 Julio - Diciembre; 12(2).
22. Social MdSyP. Guia de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. 072009th ed. Innovación MdCe, editor. España; 2009.
23. Alonso AG. La depresión en adolescentes. La Salud mental de las personas jóvenes en España. 2007.
24. al MMCe. Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldbergen en adultos cubanos. Universitas Psychologica. 2016 Enero - Marzo; 15(1).
25. Pérez MA. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. Atención Primaria. 2007; 39(2).

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Consistencia

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	HIPÓTESIS	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	POBLACIÓN DE ESTUDIO Y PROCESAMIENTO DE DATOS	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
<p>TIPOLOGÍA FAMILIAR Y SU REALIZACIÓN CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA 2016-2017</p>	<p>¿Cuál es la relación entre la tipología familiar y los síntomas depresivos en adolescentes atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2016-2017?</p>	<p>Objetivo general Establecer la relación entre la tipología familiar y los síntomas depresivos en adolescentes atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2016-2017.</p> <p>Objetivos específicos Indicar los tipos de familia de los adolescentes atendidos en el área de atención diferenciada del adolescente del Hospital Nacional Cayetano Heredia, que no presenten síntomas de depresión y los que sí presentan síntomas de depresión.</p> <p>Establecer la relación entre la estructura familiar y la depresión, en adolescentes del sexo femenino atendidas en</p>	<p>El tipo de familia influye con el desarrollo de síntomas de depresión en los adolescentes atendidos en el área de atención diferenciada del adolescente del Hospital Nacional Cayetano Heredia en 2016-2017.</p>	<p>Investigación de tipo cualitativo, observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.</p>	<p>Población de Estudio: el 100% corresponde a los 350 adolescentes de sexo femenino y masculino atendidos en el Área de Atención diferenciada del Adolescente del Hospital Cayetano Heredia entre enero 2016 y enero del 2017.</p> <p>Tamaño de muestra: No se trabajará con una muestra, ya que el 100% de los atendidos formarán parte del estudio</p> <p>Procesamiento de datos: Se realizará un análisis descriptivo, para lo cual se utilizará una tabla con frecuencias y con porcentajes de tal forma que se puedan presentar resumidamente las observaciones. A su vez, la moda nos ayudará como medida de</p>	<p>Test de Goldberg</p>

		<p>el área de atención diferenciada del adolescente del Hospital Nacional Cayetano Heredia.</p> <p>Precisar la relación entre la estructura familiar y la depresión, en adolescentes de sexo masculino atendidos en el área de atención diferenciada del adolescente del Hospital Nacional Cayetano Heredia.</p> <p>Determinar la presencia o ausencia de síntomas de depresión entre adolescentes mujeres y varones atendidos en el área de atención diferenciada del adolescente del Hospital Nacional Cayetano Heredia.</p>			<p>tendencia central, de tal forma que podamos observar los datos más frecuentes.</p> <p>Ya que también deseamos encontrar la relación entre las variables depresión y tipo de familia, usaremos en análisis estadístico inferencial no paramétrica, considerando que nos encontramos ante variables nominales.</p> <p>En este trabajo de investigación será utilizada la Prueba Chi Cuadrado, ya que se desea encontrar una relación entre dos variables nominales. Y se elaborará y relacionará en Excel debido a la cantidad y baja complejidad de las variables.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg

Subescala de depresión	SI	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿ha perdido usted el interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en si mismo?		
4. Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Subtotal (si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8. ¿se ha sentido usted enlentecido?		
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
Total depresión		

Anexo 3: Consentimiento Informado

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La finalidad del presente es brindar a los colaboradores en esta investigación, una explicación precisa de los objetivos de la misma y de su papel como partícipes de ella.

El estudio que se les presenta es dirigido por la Dra. Sofía Arca Pérez, Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad San Martín de Porres.

Los objetivos de esta investigación son:

- Establecer la relación entre el tipo de familia con síntomas de depresión en los adolescentes

Si acepta participar en la presente investigación, las preguntas que se respondan en la entrevista y en las encuestas como parte del paquete de Atención Integral del Adolescente de su menor hijo, serán utilizadas para su elaboración. Para ello, se requerirá de aproximadamente 40 minutos de su tiempo.

La información que nos brinde será de carácter privado y no será manejada para ningún otro fin externo de los de este estudio. Además las respuestas a la entrevista y los cuestionarios permanecerán anónimas, ya que se codificarán utilizando un número de identificación. Una vez transcritas las entrevistas y los cuestionarios, éstos serán almacenados dentro de sus historia clínicas. De existir alguna interrogante sobre esta investigación, puede realizarlas preguntas que requiera en el momento que desee durante su participación en él. Por otro lado, sin que eso lo(a) perjudique en ninguna forma, también puede negar su participación o retirarse del proyecto en cualquier momento. Si alguna de las preguntas le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le estamos agradecidos por su intervención.

Acepto participar en esta investigación voluntariamente, dirigida por _____. Me han señalado que los objetivos de esta investigación son:

.....
.....
.....

También he sido informado que tendré que responder algunas preguntas en una entrevista y cuestionarios, lo que ocupará alrededor de.....minutos de mi tiempo.

Entiendo que la información que yo brindé durante este proyecto será estrictamente privada y no será utilizada para algún otro fin fuera de los de esta investigación sin mi consentimiento.

He sido comunicado de que puedo realizar preguntas sobre el estudio en el momento que desee y que puedo salir del mismo cuando yo lo decida, sin que signifique algún daño alguno para mi persona. De presentarse dudas sobre mi cooperación en este proyecto, puedo contactar aal teléfono

Comprendo que una copia de la presente hoja de consentimiento informado me será entregada, y que puedo solicitar información de los resultados de esta investigación cuando ésta haya culminado. Para esto, puedo contactar a al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(en letra imprenta)

Firma del Participante

Fecha

Nombre del Investigador
(en letra imprenta)

Firma del investigador