

Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1.º al 5.º de secundaria de un colegio nacional mixto

Gonzáles-Poves Jessica¹, Macuyama-Aricari Teolinda¹, Silva-Mathews Zulema²

RESUMEN

Objetivo: determinar los factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en los adolescentes de 1.º al 5.º grado de secundaria del colegio 2022 del distrito de Los Olivos - Lima 2013. **Material y métodos:** investigación de tipo descriptivo, de corte transversal. La población de estudio fue de 163 estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** el tipo familiar predominante fue el de familia extendida: 40,5% (66) de los adolescentes. El nivel de disfunción familiar fue muy elevado: 26,4% (43) con disfunción moderada y 24,5% (40) con severa. La relación factor familiar con tipo de familia y manifestaciones depresivas, hizo ver que el 40,7% (27) pertenece a familias extendidas y presentan manifestaciones depresivas definidas, y el 3,1% (1) de familia monoparental presenta depresión; aunque las diferencias no resultaron significativas ($p=0,712$). La relación funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas mostró que el 50,0% (20) de adolescentes de familias con disfunción severa presentan manifestaciones depresivas bien definidas, y el 46,5% (20) de familias con disfuncionalidad moderada también presenta manifestaciones depresivas bien definidas; incluso un 18,4% (7) proveniente de familias con buen funcionamiento presentan manifestaciones depresivas bien definidas. Las diferencias resultaron significativas ($p=0,030$). **Conclusiones:** las manifestaciones depresivas tienen relación directa con el funcionamiento de la familia, siendo este dato significativo ($p=0,030$). En tanto, las manifestaciones depresivas no guardan relación con el tipo de familia ($p=0,712$).

Palabras clave: familia, trastornos de adaptabilidad, adolescentes. Perú. (Fuente DeCs BIREME).

Family factors that influence adolescent depressive manifestations in a mixed secondary school national

ABSTRACT

Objective: Determine the family factors that influence in the depressive manifestations in adolescents from 1st to 5th course of secondary school at 2022 school in Los Olivos, Lima, Peru, 2013. **Material and Methods:** This research is a descriptive transversal study. The population was 163 students that met the inclusion and exclusion criteria. **Results:** The predominant family type was the extended family: 40.5% (66) of the adolescents. The family dysfunction level was high: the 26.4% (43) had moderate dysfunction and the 24.5% (40) had severe dysfunction. The relationship between family factors, family type and depressive manifestations showed that the 40.7% (27) was part of extended families with depressive manifestations and the 3.1% (1) of adolescents with mono parental families had depression, even though these results were not statistically significant ($p=0.712$). The 50% (20) of the adolescents from families with severe dysfunction had depressive manifestations, the 46.5% (20) of the adolescents from families with moderate dysfunction also had depressive manifestations and even the 18.4% (7) of adolescents from normal families had depressive manifestations. This results showed to be statistically significant ($p=0.030$). **Conclusion:** The presence of depressive manifestations is related to the family functionality, which showed to be statistically significant ($p=0.030$). At the same time, the association between depressive manifestations and type of family is not statistically significant ($p=0.712$).

Key words: Family, transtornos of adaptation, adolescents. Peru. (Source DeCs BIREME).

¹ Licenciada en Enfermería. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú

² Magister en Enfermería. Docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú

INTRODUCCIÓN

La magnitud de los trastornos mentales en niños y adolescentes ha sido declarada un verdadero problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyos reportes señalan que el 20% de los niños y adolescentes sufre de alguna enfermedad mental, concretamente de depresión (1).

Debido a su frecuencia creciente y a las consecuencias muchas veces trágicas (suicidios) que de ella se derivan, la depresión en los adolescentes ha motivado estudios en Lima Metropolitana por Horacio Vargas, Héctor Tovar y José Valverde, cuyos principales resultados señalan que la prevalencia actual del episodio depresivo en adolescentes es de 8,6%, concentrándose principalmente en el grupo etario de 15 a 17 años (12,1%) y, particularmente, más en el sexo femenino (13,4%), que en el masculino (3,9%). Así mismo, dichos estudios han permitido observar que las relaciones intrafamiliares son un factor condicionante que debe ser estudiado con mayor profundidad, dado que se ha demostrado que el irrespeto por la familia aumenta el episodio depresivo en los adolescentes del 6,2% al 17% (2).

La gravedad del problema de la depresión en niños y adolescentes se ve de manera alarmante en el aumento de los suicidios. Enrique Macher, director del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, precisa que la causa principal de suicidios en menores de edad es el maltrato (físico, psicológico o sexual), provocado casi siempre por padres, maestros o familiares cercanos (3). Es sabido, por los aportes de la psicología clínica a partir de la teoría del desarrollo de Erik Erikson y de sus estudios sobre «Sociedad y adolescencia» e «Infancia y sociedad», que la adolescencia es la etapa del desarrollo humano que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, porque en ella se llevan a cabo procesos de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento, mediante las cuales pueden establecer su sentido de identidad, su autonomía y su éxito personal y social. Cuando este proceso se da, el adolescente adquiere patrones de comportamiento saludable, que disminuyen el riesgo y previenen el eventual desarrollo de trastornos clínicos, tanto en esta etapa de su vida como en su edad adulta (4).

En su estudio titulado: «La Familia: su dinámica y tratamiento», J Saucedo y J, Maldonado hacen hincapié en que la familia es el vínculo grupal que le va a proporcionar al joven todo aquello que anhela encontrar como consecuencia de las serias transformaciones psicofísicas sufri-

das: una seguridad, un reconocimiento social, un marco afectivo, y un medio de acción; en definitiva, un espacio vital (5). Así mismo, el colegio también es considerado como una instancia que tiene la responsabilidad de la educación y la socialización de los adolescentes. Es el contexto escolar el que permite identificar, prevenir y brindar ayuda a los adolescentes que están en riesgo.

En los últimos años las definiciones de las políticas de salud han pasado a considerar especialmente el valor de las prácticas de prevención (OPS 1995- 2006), entendidas «como actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y facultan a las comunidades a crear y consolidar ambientes donde se promueve la salud y se reducen los riesgos de enfermedad» (6). En conformidad con los «Lineamientos de salud mental» MINSa, el papel que cumple la enfermera como miembro del equipo de salud incluye una efectiva participación en la prevención y atención primaria, por medio de acciones como: prevención primaria que incluya información y educación sobre riesgos potenciales, y factores protectores según grupos poblacionales; detección de riesgos y trastornos de salud mental; evaluaciones y diagnósticos básicos, que puedan servir para prevenir o para remitir a los pacientes a una atención especializada (7); como es el caso de la etapa de la adolescencia en la que la enfermera debe considerar estrategias educativas que contribuyan al desarrollo normal de este, incluyendo a la familia como soporte básico para evitar que pueda presentar algún problema emocional que dificulte su afrontamiento con la vida.

Todos estos datos y consideraciones han dado pie a realizar la presente investigación con la finalidad de ayudar a exponer estas acciones de prevención en el supuesto, que la misma investigación demuestra en sus conclusiones, de que si se logra determinar los factores familiares que influyen en la aparición de manifestaciones depresivas en los adolescentes, se podrá evitar que se instale el trastorno afectivo y las trágicas consecuencias que puede tener. De manera concreta, la presente investigación ayuda al proceso de atención de enfermería (PAE) a lograr una mejor valoración del fenómeno depresivo, haciendo ver hasta qué punto el tipo de familia y el funcionamiento familiar constituyen un factor de riesgo para el desarrollo normal del adolescente y poder así determinar la aparición de manifestaciones depresivas en los adolescentes de 11 a 19 años. Es evidente que un conocimiento objetivo del contexto familiar en el que se desenvuelven los adolescentes dentro de las comunidades, es un factor imprescindible para la atención de enfermería de manera holística.

A partir de lo expuesto, surge la interrogante ¿influyen los

factores familiares en las manifestaciones depresivas en los adolescentes de 1.º al 5.º de secundaria de la Institución Educativa Mixta 2022 del distrito de Los Olivos- Lima en el año 2013?

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, de corte transversal, realizado en la Institución Educativa Mixta 2022, ubicada en el distrito de Los Olivos, Lima. Dicha Institución funciona en dos turnos: mañana (nivel primario) y tarde (nivel secundario), este segundo nivel cuenta con 168 alumnos, de 1.º al 5.º, distribuidos en nueve salones; de ellos, participaron en la investigación 163 (74 mujeres y 89 varones) quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Los datos fueron recolectados aplicando tres cuestionarios: el APGAR familiar para conocer la funcionamiento de las familias; un cuestionario especialmente diseñado para reconocer el tipo de familia a la que pertenece el adolescente; y un tercer cuestionario elaborado a partir del modelo de Alonso Fernández, para identificar las manifestaciones depresivas que presentan los adolescentes.

Para la recolección de datos se solicitó la autorización a las autoridades de la Facultad de Enfermería, al Comité de Ética, y a la I.E. 2022 del distrito de Los Olivos- Lima.

Se realizó un taller con los docentes y la directora de la I.E., a cargo de la Mg. Inés Silva Mathews docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, con la finalidad de socializar el tema y motivar a los docentes en la identificación de manifestaciones depresivas en sus alumnos y que estos tengan la atención especializada a tiempo. Posteriormente, se solicitó la participación voluntaria de los alumnos y se envió una comunicación escrita a los padres de los menores de edad, para el permiso y la firma del consentimiento informado, se coordinó con los profesores para la recepción de dichas comunicaciones. Tanto a los adolescentes como a los padres que aceptaron la participación voluntaria se les solicitó la firma de consentimiento y asentimiento informado. Finalmente, los alumnos respondieron los cuestionarios el 10 de mayo del presente año, en un tiempo de 30 a 40 minutos aproximadamente. Se contó con la colaboración de los profesores para determinar la hora de aplicación del cuestionario en las distintas aulas.

Para su análisis, los datos fueron codificados e introducidos en una matriz creada en el programa estadístico SPSS, versión 15.0. Para identificar las manifestaciones depresivas en los adolescentes se obtuvieron tablas de distribución de frecuencia según las dimensiones de las siguientes

variables: humor depresivo, vaciamiento energético, discomunicación o falta de sociabilidad y ritmopatía. Para determinar si los factores familiares «tipo de familia» y «funcionamiento» influyen en la presencia de las manifestaciones depresivas se obtuvieron tablas de contingencia en las que las filas fueron representadas por los factores familiares y las columnas por las manifestaciones depresivas de los adolescentes. Así mismo, para explorar la asociación entre las variables «factor familiar» y «manifestaciones depresivas» se aplicó la prueba estadística chi cuadrado.

RESULTADOS

Tabla 1a. Tipo de familia de los adolescentes del centro educativo 2022

Tipo de familia	N	%
Nuclear	44	27,0
Monoparental	32	19,6
Extendida	66	40,5
Reconstituida	21	12,9
Total	163	100,0

Tabla 1b. Funcionamiento familiar de los adolescentes del centro educativo 2022

Funcionamiento familiar	N	%
Disfunción familiar severa	40	24,5
Disfunción familiar moderada	43	26,4
Disfunción familiar leve	42	25,8
Buena función familiar	38	23,3
Total	163	100,0

En la tabla 1a, según el tipo de familia, del 100% (163) de los adolescentes que participaron en el estudio, el 40,5% (66) provienen de familias extendidas, seguidos por el 27,0% (44) provenientes de familias nucleares. El 19,6% (32) correspondió a familias monoparentales y solo el 12,9% (21) a familias reconstituidas.

En la tabla 1b, se puede ver que el 26,4% (43) de los adolescentes que participaron en el estudio provienen de familias con disfunción familiar moderada, el 25,8% (42) de familias con disfunción familiar leve, el 24,5% (40) de familias con disfunción familiar severa y el 23,3% (38) de familias con buena función familiar.

En la tabla 1c, el funcionamiento familiar vinculado con el tipo de familia muestra que, del 100% (163) de los adolescentes que participaron en el estudio, el 28,8%, (19) proviene de familias extendidas con disfunción familiar severa.

Tabla 1c. Tipo de familia de los adolescentes del centro educativo 2022

Funcionamiento familiar	Nuclear		Monoparental		Extendida		Reconstituida		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Disfunción familiar severa	6	13,6	9	28,1	19	28,8	6	28,6	40	24,5
Disfunción familiar moderada	16	36,4	9	28,1	14	21,2	4	19,0	43	26,4
Disfunción familiar leve	8	18,2	9	28,1	20	30,3	5	23,8	42	25,8
Buena función familiar	14	31,8	5	15,6	13	19,7	6	28,6	38	23,3
Total	44	100,0	32	100,0	66	100,0	21	100,0	163	100,0

Tabla 2. Manifestaciones depresivas de los adolescentes del centro educativo 2022

Manifestaciones depresivas	N	%
Presencia de manifestaciones o síntomas. poco claros	13	8,0
Presencia de manifestaciones. o síntomas ligeros	91	55,8
Presencia de manifestaciones o síntomas bien definidos	57	35,0
Depresión	2	1,2
Total	163	100,0

ra; el 36,4 % (16) pertenece a familias nucleares y presentan disfunción familiar moderada; también el 28,1% (9) presenta disfunción familiar moderada y pertenece a familias monoparentales; el 23,8% (5) pertenece a familias reconstituidas y presenta disfunción familiar leve; solo el 31,8% (14) de los alumnos que pertenece a familias nucleares con buena función familiar.

En lo referente a las manifestaciones depresivas en los adolescentes, los resultados del presente estudio muestran que del 100% (163), más del 50% de los adolescentes que participaron en el estudio, 55,8% (91) presentaron

Tabla 3a. Tipo de familia de los adolescentes del centro educativo 2022

Tipo de familia	Manifestaciones depresivas									
	Poco claro		Ligeros		Bien definidos		Depresión		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nuclear	6	13,6	24	54,5	14	31,8	0	0	44	100
Monoparental	2	6,3	19	59,4	10	31,3	1	3,1	32	100
Extendida	3	4,5	35	53,0	27	40,7	1	1,5	66	100
Reconstituida	2	9,5	13	61,9	6	28,6	0	0	21	100
Total	13	8,0	91	55,8	57	35,0	1,2	1,2	163	100

manifestaciones ligeras de depresión, 35,0% (57) las presentaron bien definidas, 8,0% (13) tienen manifestaciones poco claras; y 1,2% (2) presenta depresión.

La tabla 3a que relaciona el tipo de familia y las manifestaciones depresivas, hace ver que del 100% (163 adolescentes) que participaron en el estudio, el 61,9% (13) pertenecen al tipo de familia reconstituida y presentan mani-

festaciones depresivas ligeras; el 40,7% (27) pertenecen a familias extendidas y presentan manifestaciones depresivas bien definidas; 13,6% (6) pertenecen al tipo nuclear y presentan manifestaciones depresivas poco claras; y el 3,1% (1) pertenecen al tipo de familia monoparental y presentan depresión.

Sin embargo, las diferencias no resultaron significativas ($p=0,712$).

Tabla 3b. Funcionamiento familiar y manifestaciones depresivas de los adolescentes del centro educativo 2022

Funcionamiento familiar	Manifestaciones depresivas									
	Poco claro		Ligeros		Bien definidos		Depresión		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Disfunción familiar severa	3	7,5	17	42,5	20	50,0	0	0	40	100
Disfunción familiar moderada	3	7,0	19	42,2	20	46,5	1	2,3	43	100
Disfunción familiar leve	4	9,5	27	64,3	10	23,8	1	2,4	42	100
Buena función familiar	3	7,9	28	73,7	7	18,4	0	0	38	100
Total	13	8,0	91	55,8	57	35,0	2	1,2	163	100

La relación entre el funcionamiento familiar y las manifestaciones depresivas de los adolescentes muestran que el 50,0% (20) de adolescentes provenientes de familias con disfunción familiar severa presentan manifestaciones depresivas bien definidas; así mismo, el 46,5% (20) perteneciente a familias con disfuncionalidad moderada tiene manifestaciones depresivas bien definidas; el 64,3% (27) proveniente de familias con disfuncionalidad leve muestran manifestaciones depresivas ligeras; e incluso el 18,4% (7) de adolescentes de familias con buen funcionamiento presentan manifestaciones depresivas bien definidas. Las diferencias encontradas resultaron significativas ($p=0,030$), con lo que se demuestra la asociación entre dichas variables.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los datos estadísticos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), la prevalencia depresiva en adolescentes va en aumento, por lo tanto, es un tema que motiva a seguir investigando en la búsqueda de algunos factores que se comporten como factores de riesgo, y permitan dirigir propuestas preventivas. En el presente trabajo se estudiaron los factores familiares (el tipo de familia y el funcionamiento familiar) que influyen en las manifestaciones depresivas en los adolescentes de 1.º y 5.º de secundaria.

La familia es la institución básica que influye en el desarrollo emocional y brinda los cimientos para el desarrollo social de cada uno de los integrantes. Como sistema social, estimula y promueve el estado de salud y bienestar de los miembros que hacen parte de ella. Del grado en el cual una familia cumpla o deje de cumplir sus funciones básicas se hablará de funcionalidad o disfuncionalidad familiar (10).

La depresión en adolescentes es una condición común, crónica, recurrente y de tendencia familiar que usualmente persiste en la adultez. La depresión en adolescentes ha adquirido gran notoriedad en estos últimos años, llegando a ser considerada un problema de salud pública por su frecuencia creciente y por las consecuencias derivadas de ésta (11).

En este sentido, los trastornos depresivos en niños y adolescentes no son únicamente explicados por antecedentes previsibles de la herencia genética, sino que es el niño como miembro de una familia, que está inmerso en un medio ambiente social, se ve influenciado directamente por múltiples factores estresores o protectores que acompañarán la génesis de los trastornos del afecto, entre otros (12).

En la práctica clínica esto es más evidente, pues con mucha frecuencia se identifican características en la dinámica familiar y el entorno social, en estrecha relación con equivalentes depresivos en niños y adolescentes. Éstos constituyen factores de riesgo para la incubación de trastornos depresivos.

Para identificar el tipo de familia se ha seguido la clasificación adoptada por el INEI que, a su vez, tiene como referencia la tipología de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (17). Los resultados del presente estudio precisan que, según el tipo de familia, del 100% (163) de los adolescentes que participaron en el estudio el 40,5% (66) provienen de familias extendidas, seguidos por el 27,0% (44) de estudiantes provenientes de familias nucleares. El 19,6% (32) correspondió a familias monoparentales, y solo el 12,9% (21) a familias reconstituidas (Tabla 1).

La familia constituye el núcleo fundamental de toda sociedad considerada como referente social para cada uno de sus miembros, más aun en el adolescente, quien vive en permanente cambio y evolución, pues es una etapa crucial en su desarrollo individual y en su identificación familiar (14).

La familia extendida está formada por los padres y los hijos en convivencia, este tipo de familia se presenta debido a factores como sistema de herencia, y nivel de pobreza de las familias que albergan a los hijos casados. Está comprobado que a menor nivel socioeconómico familiar, más se establecen redes de relación con familiares y parientes. Se forma también cuando los nucleares se separan o divorcian. Los hijos de este rompimiento buscan de los abuelos, tíos, u otros familiares como apoyos psicológicos para su estabilización familiar (17).

Al precisar este tipo de familia extendida se puede apreciar que casi la tercera parte de los adolescentes del estudio guardan una convivencia con los abuelos y tíos según, lo han manifestado; es probable que esta situación los sitúe en un ámbito de pobreza debido a que el compromiso que se asume con respecto a otras personas puede afectar la canasta básica así como la comunicación y la integración familiar. En este tipo de familias, naturalmente, se hace difícil y hasta imposible un relacionamiento e interacción afectiva entre los padres y el adolescente, los cuales se ven forzados a vivir experiencias de soledad, aislamiento y minusvaloración, es decir, factores netamente patógenos que pueden conducir al episodio depresivo.

Nuestra sociedad actual está cambiando en su forma y funciones, son numerosas las familias que no disponen de los recursos suficientes para hacer frente a la función educativa con todo el tiempo, esfuerzo y dedicación con que sería aconsejable, debido a que los factores tales como el aumento de las familias monoparentales, el incremento del número de mujeres que se ha incorporado al mundo laboral. Además se ha visto que hay familias que presentan características distintivas, como el estilo de socialización articular de los padres, las habilidades para comunicarse con sus hijos y solventar los conflictos con ellos, o el grado de estrés que ese ven sometido a por distintos acontecimientos y que pueden afectar el bienestar general de su miembros (16).

En líneas generales, conviene advertir que los resultados encontrados en un estudio en la ciudad de Guayaquil, Ecuador, titulado «Depresión en adolescentes y desestructuración familiar» realizado en el año 2006, reportó que 22,9% (239) de adolescentes provienen de fa-

milias desestructuradas, coincidentes con los datos del presente estudio que precisa que el 196% (32) provienen de familias monoparentales, y un 40,5% (66), de familias extendidas (8). La familia monoparental es aquella que se origina a partir de la separación de los cónyuges, sea por simple decisión de no vivir juntos o por el divorciarse. El hijo sigue compartiendo el mismo techo con el papá o con la mamá. En otros casos, se considera monoparental a la familia que sufre la muerte de uno de los progenitores; y, en tercer lugar, es también familia monoparental la constituida por el padre o la madre solteros (17).

Según el estudio de los investigadores Hoyos, E., Lemos, M., Torres, Y. (2012), titulado «Factores de riesgo y de protección de la depresión en los adolescentes de la ciudad de Medellín», la influencia de la desestructuración familiar es evidente en la génesis de las enfermedades psiquiátricas durante la adolescencia, específicamente, de las diferentes formas de depresión. «La modalidad más frecuente fue la familia monoparental, afirman dichos autores, lo que confirma que el proceso de ruptura conyugal es el motivo más frecuente de separación de los hijos de sus respectivos padres» (23). Esto provoca cambios fundamentales en el ámbito familiar, social y psíquico, que afectan la percepción que el adolescente tiene del mundo circundante, y generan crisis psicológicas y emocionales. Este fenómeno es evidente tanto desde la perspectiva del funcionamiento familiar como del tipo de familia, dado que existen familias nucleares que son claramente disfuncionales, lo cual influye naturalmente en los mecanismos etiopatogénicos de los trastornos psíquicos en los adolescentes.

La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo (22).

Por consiguiente, el alejamiento o pérdida de una de las dos figuras parentales influye necesariamente en la desestructuración familiar y, por ende, en la predisposición a contraer enfermedad psiquiátrica durante la adolescencia, específicamente la depresión. En la Tabla 1b, funcionamiento familiar, se puede ver que el 26,4% (43) de los adolescentes que participaron en el estudio provienen de familias con disfunción familiar moderada, el 25,8% (42) de familias con disfunción familiar leve; el 24,5% (40) de familias con disfunción familiar severa y el 23,3% (38) provienen de familias con buena función familiar. Entendemos por «funcionamiento familiar» –conforme a la noción que suelen emplear las distintas escuelas de psi-

ciología social, profunda, sistémica y conductual –la dinámica relacional interactiva que se da entre los miembros de una misma familia. Al evaluar el funcionamiento de una familia se mide el grado de satisfacción de las funciones básicas dentro de ella, en sus diferentes dimensiones, a saber: la cohesión o unión que permite enfrentar juntos los problemas y tomar decisiones; la armonía o correspondencia entre los deseos e intereses de los individuos y los del grupo; los diferentes roles o responsabilidades y funciones de los miembros familiares; la permeabilidad, que consiste en la disposición favorable al intercambio e interacción con otras familias y grupos; la comunicación basada en el diálogo y la información confiada, sobre todo de las propias vivencias; la afectividad, entendida como la facilidad para demostrar y recibir sentimientos y emociones; y la adaptabilidad o disponibilidad de la familia para cambiar sus estructuras o modos de ejercer la autoridad, la relación de los diferentes roles y las normas de comportamiento al interior de ella según la situación lo requiera (13).

La carencia en alguna de estas dimensiones familiares hace que las relaciones interpersonales sufran detrimento y se ponga en riesgo la salud psíquica. Un supuesto generalizado es que donde hay funciones definidas entre los miembros parentales y una atmósfera familiar cálida que hace posible la expresión del afecto, con un marco común de valores transmitidos, allí los conflictos, sobre todo la frustración, se resuelven positivamente y las personas desarrollan personalidades sanas. Sin embargo, en los adolescentes que conforman la población de estudio se ha encontrado que el 14,1% (23) manifiesta insatisfacción con respecto a la expresión de afectos y respuestas a sus emociones como tristeza y amor, brindadas por sus padres, aspecto que llama la atención ya que no permite un elevado grado de vinculación emocional entre los miembros.

Se han tenido en cuenta también los estudios de Estévez E., Jiménez T. y Musitu, G. referentes a la entrada de los hijos a la edad adolescente, desde la perspectiva de tres dimensiones fundamentales de la familia: cohesión o vinculación emocional, adaptación o flexibilidad y comunicación (16). Este y muchos otros estudios similares subrayan que la vinculación afectivo-emocional está en relación directa a la flexibilidad del núcleo familiar: familias que son capaces de adaptar la estructura y normas familiares conforme a las exigencias de las nuevas circunstancias, permiten un elevado grado de vinculación emocional entre sus miembros y son capaces de armonizar con las nuevas demandas que realizan los hijos; cosa que no se consigue en las familias de bajo funcionamiento fa-

miliar. Así mismo, la comunicación: cuando es positiva, libre, con espontáneo flujo de información, comprensión y, por ende, interacción, favorece notablemente el desarrollo integrado de los adolescentes; no así las familias de deficiente nivel de comunicación, que cierran los canales de diálogo, generando o agravando situaciones problemáticas.

Respecto a la interacción padre e hijo, las alteraciones más frecuentes en los adolescentes deprimidos son el carácter autoritario o permisivo de los padres, la ruptura de lazos familiares, la riña continua de los padres, el rechazo de los padres y la falta de comunicación (26,25)

Es importante resaltar la relación que existe entre el funcionamiento familiar y el nivel económico (concretamente la capacidad adquisitiva de bienes y servicios) de la familia. Si tenemos en cuenta que el 14,7 % (24), afirma que nunca se comparte el dinero de manera satisfactoria, se podría suponer que el factor económico crea necesidades insatisfechas aún más por ser adolescentes, etapa en la que a la exigencia entre ropa, distracción, las cuales por el bajo recurso económico de la familia, genera desencuentros con los padres a los que se les demanda o exige cumplir con estos requerimientos, lo que es posible influya en el funcionamiento de las mismas. El bajo ingreso económico bloquea las manifestaciones de afecto y la comunicación, es decir, condiciona el funcionamiento de la familia.

Esos datos sobre el aspecto económico han sido considerados en el Plan Nacional de Acción por la Niñez y la Adolescencia 2012-2021; donde se informa que la pobreza afecta en mayor número a la niñez y adolescencia (45,4% de los 10 millones 572 mil niñas, niños y adolescentes) que significa 10,6 puntos porcentuales por encima del promedio de pobreza del país que fue de 34,8% en el año 2009. Así mismo, que en diferentes partes del mundo la incidencia de las enfermedades psiquiátricas en las familias desestructuradas es mayor en las zonas urbanas y marginales de las grandes ciudades (25, 24).

Estas observaciones aportadas por el presente estudio son respaldadas por el mencionado estudio de Hoyos, E., Lemos, M., Torres, Y. (2012) de la Ciudad de Medellín. Estos autores afirman que: «En la última década, el porcentaje de familias desestructuradas ha ido en vertiginoso aumento en el mundo entero, y de manera especial en los países en vías de desarrollo. Las causales principales de este fenómeno psicosocial son la crisis económica y el creciente desempleo, lo que conlleva además a la emigración de uno o ambos progenitores en busca de mejores

fuentes de trabajo que oferten mayores ingresos» (24).

La Tabla 1c, muestra que del 100% (163) de los adolescentes que participaron en el estudio, el 28,8% (19) proviene de familias extendidas con disfunción familiar severa; el 36,4 % (16) pertenece a familia nuclear y presentan disfunción familiar moderada, también el 28,1% (9) presenta disfunción familiar moderada y pertenece a familias monoparental; el 23,8% (5) pertenece a familia reconstituida y presenta disfunción familiar leve, solo el 31,8% (14) de los alumnos que provienen de familias nucleares, provienen también de familias con buena función familiar.

Aunque el 31,8% (14) de las familias nucleares manifiesta una buena función familiar, llama la atención el hecho de que las restantes del mismo tipo nuclear no tienen buen funcionamiento, pues destaca el alto porcentaje de 36,4% (16) de familias nucleares con disfunción moderada. Esto nos lleva a afirmar que el tipo de familia nuclear no necesariamente tiene un buen funcionamiento y, por consiguiente, no está libre de que sus miembros adolescentes presenten manifestaciones depresivas. Se puede suponer, así mismo, que sin una atención preventiva la disfunción familiar moderada podría empeorarse y tornarse severa. La disfunción familiar severa se presenta en mayor grado en los otros tipos de familia: monoparental 28,1% (9), extendida 28,8% (19), reconstituida 28,6% (6).

La disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas poco saludables en los adolescentes agravándose al asociarse con la edad, escolaridad, ocupación, estado civil. Esto hace necesario el apoyo de los padres acorde con el grado de madurez, en la medida que requiere mayor calidad de tiempo para compartir, demostrar confianza, solidaridad y afecto. Aun cuando se sabe de la existencia de factores externos a la familia que pueden estar influyendo en las crisis biológicas de desarrollo o emocionales que enfrentan cotidianamente (20).

En lo referente a las manifestaciones depresivas en los adolescentes, los resultados del presente estudio muestran que del 100% (163), más del 50% de los adolescentes que participaron en el estudio, 55,8% (91) presentó manifestaciones ligeras de depresión; 35,0% (57) las presentaron bien definidas; 8,0% (13) tiene manifestaciones poco claras; y 1,2% (2) presenta depresión (Tabla 2).

Los datos obtenidos contribuyen a que se tome mayor preocupación en la toma de medidas preventivas, ya que existen manifestaciones ligeras en más del 50% de los

adolescentes que han participado en el estudio, y el 35% tuvieron manifestaciones depresivas bien definidas. Es probable que esté relacionado con el que el 40,5% de los adolescentes pertenezcan a familias extendidas, 19,6% a familias monoparentales y un 12,9 % a familias reconstituidas.

Otro aspecto es que al considerar a los adolescentes tardíos, el 47,8% (33) y los adolescentes tempranos 25,5% (24) presentaron manifestaciones depresivas bien definidas. La diferencia encontrada resultó significativa ($p=0,017$).

Según el «Manual de salud reproductiva en la adolescencia», publicado por el Grupo de Trabajo sobre Salud Reproductiva en la Adolescencia de España en 2001, la adolescencia temprana se caracteriza por ser un período en el que los cambios físicos son muy rápidos y se inicia la lucha del individuo por su independencia y libertad. Este período crucial del desarrollo de la persona conlleva una peculiar conflictividad. Surgen los desacuerdos y aun enfrentamientos con los padres, sobre todo en los modelos de conducta y normas impuestas desde la perspectiva patriarcal o «machista», creando en los adolescentes sentimientos de humillación o culpabilidad, inseguridad y necesidad de reafirmación (26). Es obvio decir que si esta «protección» les es negada o resulta insatisfactoria, el sentimiento de soledad e impotencia se acrecienta, lo que probablemente si no es atendido por los padres podría desencadenar manifestaciones depresivas.

Según estudios realizados en Lima Metropolitana y Callao por Horacio Vargas, Héctor Tovar y José Valverde, la depresión en adolescentes ha adquirido gran notoriedad en estos últimos años, llegando a ser considerada un problema de salud pública por su frecuencia creciente y por las consecuencias derivadas de esta. Diferentes estudios a lo largo de los años, han estimado que la depresión mayor (equivalente al episodio depresivo) prevalece en adolescentes, y fluctúa entre 0,4 a 8,3% con una prevalencia de vida entre 15 y 20% (2). Por consiguiente, siendo mayor el riesgo de depresión en los adolescentes, se deberán promover acciones efectivas. Sin embargo, los presupuestos de los centros educativos no alcanzan para fortalecer las áreas de psicología. Muchos colegios ni siquiera cuentan con servicio psicológico y, donde lo hay, sus oficinas no están adecuadamente instaladas.

Según el MINSA la depresión es un trastorno mental, caracterizado fundamentalmente por humor depresivo y pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia) que empobrece la calidad de vida y

genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren (18).

La Tabla 3A hace ver que del 100% (163) de adolescentes que participaron en el estudio, el 13,6% (6) pertenece al tipo nuclear y presenta manifestaciones depresivas poco claras; el 61,9% (13) pertenece al tipo de familia reconstituida y presenta manifestaciones depresivas ligeras; el 40,7% (27) pertenece a familias extendidas y presenta manifestaciones depresivas definidas; y el 3,1% (1) pertenece al tipo de familia monoparental y presenta, depresión. La estadística señala que en todos los tipos de familias prevaleció el nivel ligero de manifestaciones depresivas de los adolescentes. El nivel más bajo de manifestaciones depresivas correspondió al tipo de familia nuclear con el 13,6%. Sin embargo, las diferencias no resultaron significativas ($p=0,712$).

No obstante, se debe señalar que no necesariamente la composición familiar es un factor que evite que los adolescentes puedan afectarse y presentar manifestaciones depresivas. En efecto, incluso los adolescentes pertenecientes a familias de tipo nuclear presentan en un 13,6% manifestaciones poco claras que, sin una labor de prevención, podrían llegar a ser manifestaciones más definidas de depresión.

Un dato que llama la atención es el alto índice de disfunción de las familias extendidas, dado que presentan disfunción severa en 28,8%, disfunción moderada en 21,2% y disfunción leve en un 30,3%. Este dato confirma el hecho –señalado en la tabla 3a–, de que la familia extendida sea aquella en la que los adolescentes presentan el más alto grado (40,7%) de manifestaciones depresivas bien definidas. Estos datos probablemente puedan orientar a que pueda existir una relación causal o condicionante entre las manifestaciones depresivas y el funcionamiento familiar.

La Tabla 3b muestra que del 100% (163) de los adolescentes que participaron en el estudio el 50,0% (20) de adolescentes con manifestaciones depresivas bien definidas corresponde a familias con disfunción familiar severa; así mismo, el 46,5% (20) con manifestaciones depresivas bien definidas pertenecen a familias con disfuncionalidad moderada; el 64,3% (27) con manifestaciones depresivas ligeras pertenece a familias con disfuncionalidad leve; sin embargo, el 18,4% (7) de adolescentes con manifestaciones depresivas bien definidas proviene de familias con buen funcionamiento.

Así mismo, las manifestaciones depresivas ligeras (que son indicadoras del inicio del proceso depresivo) apare-

cen en muy alto grado en las familias con disfunción leve: 64,3%, y aun en las que tiene un buen funcionamiento se presentan en un 73,7%. Conviene decir, además, que las diferencias entre funcionamiento familiar y manifestaciones depresivas han resultado con una asociación estadísticamente definida y significativa ($p=0,030$).

Aunque los síntomas del proceso depresivo de los adolescentes aparecen en todas las familias, pues hasta en las que tienen un buen funcionamiento se presenta un 18,4% de adolescentes con manifestaciones ya bien definidas, es claro que las familias con deficiente funcionamiento agrupan los mayores porcentajes: 46,5% en las de disfunción moderada y 50 % en las de disfunción severa. Este dato evidente del presente estudio viene a negar –para la realidad poblacional observada– el resultado aportado por la investigación de Cartagena, Colombia, titulado: «Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos» en el año 2009 (9), que observó una falta de asociación entre la disfuncionalidad familiar y los síntomas depresivos bien definidos o de importancia clínica.

La observación que aporta el presente estudio contrasta también con el estudio local titulado «Factores familiares asociados a manifestaciones depresivas», realizado en la Institución Educativa 2022 «Sinchi Roca» en adolescentes de 13 a 19 años en el 2008 (11). Mientras que esta investigación referencial obtuvo como resultados que no hay asociación entre los factores familiares y las manifestaciones depresivas, debido a que un 57,9% de los adolescentes no las presentaron, el presente estudio demuestra que las familias extendidas, que son las más numerosas en la muestra escogida, muestran un índice de disfunción severa en un 28,8%, disfunción moderada 21,2% y disfunción leve 30,3%. Esto hace explicable que, como indica la tabla 3a, la familia extendida sea aquella en la que los adolescentes presentan el más alto grado (40,7%) de manifestaciones depresivas bien definidas. Así mismo, esto confirma una vez más la relación causal o condicionante que hay entre funcionamiento familiar y fenómeno depresivo.

Otro aspecto a considerar con respecto a las manifestaciones depresivas es que dentro de sus dimensiones (humor depresivo, vaciamiento energético, discomunicación y ritmopatía) (19), el «Vaciamiento energético» en sus resultados mostraron que el 15,3% (25) de los 163 adolescentes encuestados siempre piensan demasiado en sus problemas; el 6,7% (11) que siempre tiene dificultad para recordar y pasan más tiempo de lo habitual en su cama; el 5,5% (9) manifestó que siempre se sienten agotados o se

cansa enseguida; por último 4,9% (8) manifestó que siempre se sienten vacíos de sentimiento y les cuesta tomar decisiones.

Los adolescentes deprimidos tienen baja autoestima, tienden a la autocrítica, se sienten desgraciados, cobijan ideas de suicidio, pesimismo del futuro, van perdiendo la capacidad de decidir y de esperanza, se aíslan y pierden la oportunidad de recibir estímulos positivos (21).

En el caso de la dimensión de «Discomunicación y falta de sociabilidad» los resultados mostraron que el 26,4% (43) nunca habla con alguien de las cosas que les molesta; 16,6% (27) responde que casi nunca lo hace; y 37,4% (61) que solo a veces. Así mismo, el 9,8% (16) responde que siempre ha estado alejado de la compañía de sus seres queridos. Por último, el 8,6% (14) manifestó haberse vuelto más sensible que antes.

En tanto en la «Ritmopatía» los resultados mostraron que el 14,1% (23) manifestó que siempre está más activo en la noche que en el día; si a esto se añade que el 7,4% (12) afirma que casi siempre es más activo en la noche que en el día, se concluye que el 21,5% (35) es más activo en la noche. El 12,3% (20) manifestó que siempre piensa más en las cosas del pasado que en el presente. El 10,4% (17) manifestó que siempre tarda mucho en quedarse dormido; si a esto se añade el 8,6% (14) que casi siempre tarda en dormir, se comprueba que el 19% (31) de los adolescentes encuestados tiene problemas de sueño. Finalmente, el 9,8% (16) dijo que siempre tiene momentos durante el día en los que se queda fijo en sus pensamientos (ensueño).

Finalmente, en la dimensión de «Humor depresivo», los resultados mostraron que el 5,5% (9) de los adolescentes reconoce que siempre se siente triste; el 8,6% (14) que casi siempre, y el 46,0% (75) que a veces está triste; esto quiere decir, que 94 de los 163 adolescentes encuestados suelen tener sentimientos de tristeza. Por otro lado, el 38,7% (63) se siente a veces incapaz para solucionar sus propios problemas; el 6,1% (10) se siente casi siempre incapaz y otro 6,1% (10) siempre se siente incapaz de resolver sus problemas; se puede decir, por consiguiente, que 83 de 163 adolescentes encuestados manifiestan este típico rasgo de baja autoestima.

Así mismo el 47,9% (78) reconoce que a veces incurre en preocupación por cosas pequeñas, 11,0% (18) afirma que a veces se preocupa de cosas pequeñas, y 10,4% (17)

siempre se preocupa de pequeñas cosas; el síntoma de la preocupación ansiosa u obsesiva por lo pequeño está presente en 113 de los 163 adolescentes encuestados. El 19,0% (31) de estos adolescentes reconoce que a veces cree que no vale la pena vivir; 3,7% (6) dice que casi siempre cree que no vale la pena vivir, y el 8,6% (14) que siempre cree que no vale la pena vivir. Este dato es preocupante porque 51 de 163 adolescentes piensan que su vida no vale la pena. Además, el dato más alarmante: 17,2% (28/163) piensa a veces en quitarse la vida; 2,5% (4) lo piensa casi siempre, y el 3,7% (6) siempre están pensando en quitarse la vida. La amenaza trágica del suicidio está afectando ya a 38 de estos adolescentes, lo cual corresponde al 23,3%.

Si bien las cifras, en su mayoría, aparecen como porcentajes minoritarios, en suma hay comportamientos y sentimientos que estarían dentro las manifestaciones depresivas, lo cual puede agudizarse si no se atiende a tiempo y hasta convertirse en un cuadro crónico orientado hacia la depresión, aspecto que puede confirmarse de alguna manera cuando se presenta el dato de los 28 adolescentes que piensan a veces en quitarse la vida.

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de síntomas en sus integrantes, en los adultos o niños, problemas de conducta o trastornos de simulación en los adolescentes y siempre que estos aparezcan deben ser tomados como un indicador de disfunción familiar. La depresión es frecuente en la adolescencia hasta un 25,5%, pero muchas veces pasa desapercibida sin recibir atención médica debido a que se encuentra frecuentemente asociada al abuso de alcohol y drogas, a trastornos alimenticios, promiscuidad sexual, conductas delictivas e hiperagresividad (20).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Riesgos para la salud de los jóvenes. Centro de prensa. Nota descriptiva N°345; Agosto de 2010. URL Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
2. Vargas H, Tovar H, Valverde J. Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. Rev. Per. de Epidemiología [Internet]. 2010 [citado 10 Ago 2012]; 14 (2):2-5. URL Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v14_n2/pdf/a03v14n2.pdf

3. Anales de Salud Mental. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002-Informe General. Publicación oficial del Instituto Especialización en Salud Mental. Lima: XVII, N° 1 y 2. ISSN-1023-389X
4. Erikson Erik. Infancia y Sociedad. Buenos Aires: Horme Paidos; 1983.
5. Sociedad y Adolescencia. Buenos Aires: Paidos; 1972.
6. Saucedo J, Maldonado J. La Familia: Su dinámica y tratamiento. Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud; 2003, p. 101, 3 y 24
7. OPS/OMS. Unidad de Salud del Niño y del Adolescente. Área Salud Familiar y Comunitaria. Descubriendo las Voces de las Adolescentes: definición del empoderamiento desde la perspectiva de las adolescentes. Noviembre 2006; p.13-20. [citado 12 Feb 2012]. URL Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-empoderamiento.pdf>
8. Lineamientos para la Acción en Salud Mental 2004. Perú: Ministerio de Salud, Comité Nacional de Salud Mental; Lima 2004. [citado 24 Ago 2012]. URL Disponible en: <http://www.congreso.gob.pe/comisiones/2006/discapacidad/tematico/salud-rehabilitacion/Lineamiento-Salud-Mental.pdf>
9. Morla R, Saad de Janon E, Saad J. Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. Revista Colombiana de Psiquiatría 2006; 35 (2): 157-163.
10. Cogollo Z, Gómez E, Oney's De Arco, Ruiz I, Campo A. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría 2009; [Internet]. 2009 Dic. [citado 13 Jul 2013]; 38(4): 637-644. URL Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000400005&lng=es
11. Vargas H, Tovar H, Valverde J. Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la Sierra Peruana 2003. Revista de Neuropsiquiatría. [Internet] 2009. 25 (1 y 2): 229. ISSN-1023-389X. URL Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203119666003.pdf>
12. Urea P.D. Factores de riesgo neurobiológicos, familiares y sociales asociados a los trastornos depresivos en niños y adolescentes. Tespara optar el grado y título de Especialista en Psiquiatría. Universidad de Costa Rica. Sistema de Estudios de Post grado. Costa Rica 2013. a manifestaciones
13. Shaffer D, Hipp K. Psicología del desarrollo de la infancia y adolescencia. México. 7.ª Edición. Thomson; 2007. p. 596
14. Camacho P, León C, Silva I. Funcionamiento familiar según el modelo circunplejo de Olson en adolescentes. Rev. Enfer. Herediana 2009; 2 (2):80-85.
15. Ortega T, De la Cuesta D, Días C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev. Cubana Enfermería [Internet]. Set.-dic. 1999 [citado 20 Jul. 2012]; 15 (3): 2-3. URL Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000300005
16. Estévez E, Jiménez T, Musitu G. Relaciones entre padres e hijos adolescentes. España. Editorial Naullibres; 2007. p.36-38
17. De Lourdes E. Dinámica de la familia, un enfoque sistémico. México. 1.ª Edición. Editorial Pax México; 2003. p. 21-27
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Dirección Técnica de Demografía y Estudios Sociales del Instituto Nacional de Estadística e Informática. Tipos y ciclos de vida de los hogares. [Internet]. Lima 2007 [citado 10 Ago 2012]; p. 23-35. URL Disponible en: <http://www1.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0870/libro.pdf>
19. Ministerio de Salud del Perú. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica en Depresión. Lima-Perú: MINSA; 2006. Pag.5. URL Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084_DGSP261.pdf
20. Jiménez C. Funcionamiento familiar y problemática de salud en adolescentes. Pediatría y Neonatología. Medicina Familiar y Atención Primaria. [Internet]. Publicado 12 Febrero 2010. Disponibles en http://www.portales medicos.com/publicaciones/articulos/2001/1/Funcionabilidad_familiar_y_problemas_de_salud_en_adolescentes.
21. Arenas C. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. [Tesis]. Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología; 2009.
22. Jervis G, Gonzales J, Calvo J. La depresión, dos enfoques complementarios. 1.ª Edición. España: 2005. p 83-93
23. Redondo C, Figuero G, Muñoz G, García M. Atención al Adolescente. Ediciones de la Universidad de Cantabria. España; 2008. p.4-7 y 27
24. Marcelli A. Psicopatología del adolescente. 2.ª Edición. España: Editorial Danile Masson; 2005. p. 276 y 259-260
25. Moris, R; Saad, E; Saad, J. Depresión en Adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil. Ecuador. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2006 XXXV(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa%3Fid%3D80635203>

26. Hoyos E, Lemos M, Torres Y. 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), 109-121
27. Buil C, Lete I, Ros R. *Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia*. 1.ª Edición, España: Wyeth-Lederle; 2001. p. 33 - 46

Correspondencia

Jessica González Poves
987037035
Av. Honorio Delgado 430,
Urb. Ingeniería, S.M.P. Lima - Perú
Correo electrónico: jessica.gonzales@upch.pe

Forma de citar este artículo: González-Poves J, Macuyama-Aricari T, Silva-Mathews Z. Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1.º al 5.º de secundaria de un colegio nacional mixto. *Rev enferm Herediana*. 2013;6(2):66-77.