



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

Facultad de Educación y Humanidades
Departamento de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología



**“Apoyo social como mediador entre satisfacción familiar y
sintomatología depresiva en población adolescente
escolarizada de la ciudad de Chillán”.**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE PSICÓLOGA

Autoras: Sara Elizabeth de la Parra Sánchez.
Jarla Scarlett Lara Soto

Docente guía: Ricardo Rey Clericus.

Chillán, diciembre 2018.

Dedicatorias

Al finalizar este proceso me resta agradecer a Dios por ser quien ha guiado mi vida con su infinito amor y por ser mi principal sustento.

De manera especial me gustaría agradecer a dos personas que ya no se encuentran en esta vida, sino que descansan en los brazos de Dios, me refiero a mis abuelos quienes desde pequeña me entregaron su extraordinario amor y gracias a eso me he convertido en la persona que soy.

Agradecer también a mis padres por su amor y apoyo incondicional, así como también por entregarme principios y valores que han sido fundamentales para mi vida y desarrollo como profesional.

De forma especial agradezco a mi estimada Tía Sonia por su amor, apoyo y consejos de vida que han sido entregados con mucha sabiduría y cariño.

A la familia Neira-Aguayo por su constante cariño y preocupación por mi bienestar y superación.

A mi gran amiga y compañera de tesis Jarla, por ser un pilar fundamental a lo largo de mi carrera universitaria, por convertirse prácticamente en una hermana para mí y por compartir el fluctuante camino de emociones que conlleva la realización de una tesis. También a mis queridas amigas Victoria, Camila y Daniela por compartir gratos momentos de felicidad.

Para finalizar gracias a todas las personas que de alguna u otra forma han sido participes de este camino que inicie hace cinco años y que hoy está culminando.

Sara de la Parra Sánchez.

Agradezco a Dios por sobre todas las cosas, sin él nada de esto sería posible. Muchas gracias por caminar de mi mano a lo largo de este camino, darme esperanza y cada día brindarme tu inmenso amor.

A mí querida madre Lucila, quien con su infinito amor, fortaleza y valentía me ha acompañado en todo momento durante el trascurso de mi vida. Gracias por tu apoyo incondicional y por enseñarme que los sueños se pueden cumplir si colocas todo tu corazón.

A mi abuelita Rosa, una mujer generosa, cariñosa y amable. Gracias por apoyarme en todo lo que más pudiste y transmitirme que uno debe dar lo mejor de sí mismo a los demás. Sé que desde el cielo me miras con amor y me acompañas en cada paso que doy.

A mi tío Martín, mi niño especial y único. Gracias por tu constante cariño, compañía y sonrisa que tanto alegran mi corazón y me fortalecen para continuar mi camino. Eres el ejemplo de que no existen limitaciones para demostrar amor.

A mi familia, que a pesar de las distancias y dificultades nos une el cariño y apoyo incondicional. Les agradezco por su confianza y constantes buenos deseos, además de brindarme su amor durante toda mi vida.

A mi estimada amiga, compañera de tesis y futura colega, Sarita. Gracias por acompañarme y ser parte de toda mi etapa universitaria, particularmente por tu cariño y por hacerme sentir en familia. Siempre atesorare en mi corazón todos los momentos que hemos pasado a lo largo de esta hermosa carrera. También, extendiendo los agradecimientos a mis queridas amigas Camila, Victoria y Daniela por tantos momentos y experiencias que enriquecieron nuestro paso por la universidad.

Por último, de manera especial agradezco a todas aquellas personas que han formado parte de mi vida a lo largo de estos cinco años y me han acompañado en mi crecimiento personal y profesional.

Jarla Lara Soto.

Agradecimientos en calidad de alumnas tesis a quienes han contribuido en este proceso.

En primer lugar, a nuestro fiel compañero y guía Dios, quien con su infinito amor nos ha brindado la fortaleza y la sabiduría necesaria para enfrentar los diversos desafíos que conlleva la vida universitaria.

A nuestro querido profesor guía, Ricardo Rey Clericus por su apoyo y constante motivación. Asimismo, por su amabilidad, comprensión y confianza a lo largo de todo el proceso de investigación.

A los establecimientos educacionales quienes nos abrieron sus puertas para llevar a cabo esta investigación, así como también a sus funcionarios por la disposición y amabilidad al momento de aplicar los instrumentos requeridos. Finalmente, a cada uno de los y las adolescentes que tuvieron la gentileza de participar y hacer posible este estudio.

A las familias Marillán-Romero y Araneda-Quiroz quienes cariñosamente nos acogieron a lo largo de la carrera haciéndonos sentir como parte de su familia.

Sara y Jarla.

Índice

I Introducción.....	8
II Presentación del problema	
II.1 Planteamiento del problema.....	10
II.2 Justificación.....	13
II.3 Pregunta de investigación.....	15
II.4 Objetivo general y específicos.....	15
III Marco referencial	
III.1 Antecedentes teóricos.....	16
III.1.1. Salud y salud mental.....	16
III.1.2. Factores que intervienen en la salud mental.....	16
III.1.3. Depresión.....	19
III.1.4. Depresión en Chile.....	19
III.1.5. Consecuencias de la depresión.....	20
III.1.6. Depresión infanto-juvenil.....	21
III.1.7. Factores de riesgo para el desarrollo de la depresión infanto-juvenil.....	24
III.1.8. Factores protectores para el desarrollo de la depresión infanto-juvenil.....	27
III.1.9. Consecuencias de la depresión infanto-juvenil.....	31
III.1.10. Factores mediadores y moderadores.....	32
III.2 Antecedentes empíricos.....	32
III.3 Marco epistemológico.....	35

IV Diseño metodológico

IV.1 Metodología, Diseño, Hipótesis.....	37
IV.2 Técnicas de recolección de información.....	39
IV.3 Instrumentos.....	39
IV.4 Población/ muestra.....	41
IV.5 Análisis de datos propuestos.....	42
IV.6 Criterios de calidad.....	42
Del instrumento.....	42
De la investigación.....	44
IV.7 Aspectos éticos.....	45

V Resultados

V.1 Caracterización de la muestra.....	45
V.2 Análisis de resultados.....	46
V.2.1 Análisis descriptivos.....	46
V.2.2 Análisis comparativos por curso.....	50
V.2.3 Análisis comparativos por sexo.....	53
V.2.4 Análisis correlacionales.....	55
V.2.5 Análisis de mediación.....	56

VI Discusión y conclusiones.....

VI.1 Limitaciones.....	61
VI.2 Proyección de estudio.....	61

VII Referencias bibliográficas.....

62

VIII Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado.....	69
Anexo 2: Asentimiento informado.....	70
Anexo 3: Escala de satisfacción familiar.....	71
Anexo 4: Inventario de depresión de Beck.....	73
Anexo 5: Cuestionario de apoyo social MOS.....	75
Anexo 6: Registro de matrículas de enseñanza media 2017.....	76

I. Introducción

Según la organización mundial de la salud (OMS, 2004), la salud mental es el estado de bienestar que permite a cada individuo alcanzar su potencial enfrentándose a las dificultades de la vida y ser capaz de trabajar productiva y fructíferamente contribuyendo así al bienestar de la comunidad.

Ahora bien, la OMS (2001) sostiene que la salud mental se puede ver afectada por la interrelación de diversos factores los cuales son biológicos, psicológicos y sociales. Dentro de los factores psicológicos encontramos los trastornos del estado del ánimo donde la depresión tiende a ser uno de los más frecuentes a nivel mundial y nacional (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017). En Chile se ha evidenciado que la prevalencia de los trastornos depresivos tiende a aumentar a partir de la etapa adolescente (Vicente, Saldivia y Pihán, 2016).

Existen factores que influyen tanto en la presencia de sintomatología depresiva como en la prevención de la misma, estos se pueden considerar como factores de riesgo y factores protectores.

En lo que concierne a los factores de riesgo se pueden mencionar que se han encontrado factores genéticos, biológicos y situacionales como por ejemplo ser hijo/a de padres que hayan sufrido depresión y ser de sexo femenino. Asimismo, haber sufrido abuso físico, sexual, y/o psicológico (Donas, 2001; Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia y Ministerio de sanidad y política social, 2009).

Por su parte como factores protectores se pueden considerar presentar una alta cohesión con el grupo familiar o grupo de iguales, poseer habilidades de resolución de problemas, actitudes y valores (S.K. Bathia y S. C. Bathia, 2007).

Dentro de los factores protectores este estudio se centrará principalmente en el rol que cumple la familia y el apoyo social en el desarrollo de síntomas depresivos en la etapa adolescente.

Se ha encontrado que la familia puede cumplir un rol de soporte ante los diferentes cambios físicos y psicológicos que se presentan durante el transcurso de la adolescencia (Shaffer, 2000). Y específicamente la satisfacción familiar considerada como la suma de

distintos sentimientos que se despiertan en el sujeto al estar con su familia (Tercero, et al., 2013). Se sostiene evidencia que a mayor percepción de satisfacción familiar menor es el riesgo de sufrir depresión por parte del adolescente (Salazar, Veytia, Márquez y Huitrón, 2013).

Por su parte el apoyo social descrito por Méndez y Barra (2008) como la percepción que realiza la persona de sentirse cuidado y estimado por una red de personas que se preocupan de su bienestar también cumple un rol protector para el desarrollo de sintomatología depresiva. Esto debido a que se ha encontrado que a mayor percepción de apoyo social disminuye la probabilidad de evidenciar ánimo depresivo y problemas de salud en adolescentes (Barra, Cancino, Lagos, Leal y San Martín, 2005).

Considerando el contexto antes mencionado esta investigación se centró en delimitar los niveles de sintomatología depresiva, satisfacción familiar y apoyo social en adolescentes matriculados en enseñanza media de la ciudad de Chillán, así como también observar cómo se encuentran relacionadas estas variables e indagar si el apoyo social podría ser percibido como un factor mediador entre la satisfacción familiar y la sintomatología depresiva.

Para llevar a cabo la presente investigación se requirió la aplicación del Inventario de Depresión de Beck en su versión traducida al español BDI II (Beck, Steer y Brown, 1996) para medir sintomatología depresiva, Escala de satisfacción familiar por adjetivos (ESFA) de Barraca y López-Yarto (1996) con la finalidad de medir la satisfacción familiar y por último la aplicación del cuestionario MOS de apoyo social para medir la variable apoyo social percibido en adolescentes.

II. Presentación del problema

II.1. Planteamiento del problema

La OMS define la salud mental como un “estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS 2004, p.14).

Según la OMS (2001), las alteraciones de la salud mental se producen por la interrelación entre diversos factores ya sean éstos biológicos como la edad y el sexo; psicológicos como por ejemplo las alteraciones referidas a la personalidad, conducta alimentaria y trastorno del estado de ánimo; y sociales donde la importancia de las relaciones con los padres u otros cuidadores durante la infancia la urbanización o también la pobreza pueden tener consecuencias en la salud mental.

Entre los factores psicológicos, según la OPS (2017) los más prevalentes a nivel mundial son los trastornos depresivos, los que se caracterizan por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración, así como también, las alteraciones ansiosas donde se presentan mayoritariamente sentimientos de ansiedad y temor. Dentro de estos cuadros la depresión es la más frecuente de las enfermedades mentales, ya que según el último informe entregado por la OPS (2017) un 4,4% de la población mundial es decir cerca de 322 millones de personas padecen de este trastorno. Dentro del contexto nacional se describe una situación similar ya que de acuerdo con el reporte Depresión y otros Desórdenes Mentales Comunes entregado por la OPS (2017), en Chile el 5% de los mayores de 15 años, es decir 844.253 personas son afectadas por cuadros depresivos.

Según estudios realizados en Chile (Vicente et al, 2016), la prevalencia de los trastornos depresivos tiende a mostrar un aumento a partir de la etapa adolescente ya que entre los 4 y 11 años, este tipo de alteraciones presenta una prevalencia de un 3,5% mientras que entre los 12 y 18 años es de un 7.0%. Además, se puede mencionar que en la etapa adolescente tienden a aumentar los síntomas comportamentales de la depresión, en cambio en los adultos la sintomatología somática es la que prima (Grupo de trabajo de la guía de práctica

clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto y Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2014).

Según el Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto y Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad (2014) la depresión causa un gran impacto en el crecimiento y desarrollo personal, así como también en el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales, además se encuentra asociada con el consumo de alcohol y drogas, promiscuidad sexual, conductas delictivas, aumento de la violencia y alteraciones en la conducta alimentaria. Sin embargo, una de las repercusiones más graves de la depresión es que constituye uno de los principales factores de riesgo para presentar conductas orientadas al suicidio (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto y Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2014).

Existen diversos factores que influyen tanto en la presencia de sintomatología depresiva como en la prevención de la misma, estos se pueden considerar como factores de riesgo y factores protectores respectivamente.

En lo que concierne a los factores de riesgo de la depresión se puede mencionar que según Pacheco y Chaskel (2012) se han encontrado factores genéticos que influyen en la depresión ya que los hijos de padres que han padecido algún trastorno afectivo tienen una probabilidad 3 a 4 veces mayor de desarrollar algún trastorno afectivo. También existen factores biológicos asociados a esta patología como por ejemplo ser de sexo femenino y estar en una edad post puberal (Pacheco y Chaskel, 2012). Los trastornos depresivos son prácticamente iguales en niños que en niñas, durante la infancia, sin embargo, en la primera mitad de la adolescencia, estos trastornos son de 2 a 4 veces más frecuentes en el sexo femenino (Pacheco y Chaskel, 2012). Junto con esto presentar una discapacidad intelectual leve o alguna condición física que pueda desencadenar sentimientos de soledad y minusvalía podría incidir en la presencia de sintomatología depresiva (Pacheco y Chaskel, 2012).

También existen factores situacionales que influyen en el desarrollo de una alteración depresiva. Situaciones tales como presentar antecedentes de haber sufrido abuso físico, sexual, y/o psicológico, además de la existencia de conflictos conyugales, dificultades emocionales entre uno de los padres y el niño, negligencia en el cuidado y eventos vitales

significativos como el divorcio o la separación conflictiva de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar u otra figura significativa (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia y Ministerio de sanidad y política social, 2009).

Según el Plan nacional de salud mental vigente (Ministerio de Salud [MINSAL], 2017) vivir en condiciones de pobreza durante la infancia resultaría ser un factor de riesgo asociado a la aparición de enfermedades mentales a lo largo de la vida. En Chile la pobreza infantil en el grupo comprendido entre los 0 y 18 años alcanza al 22,4% en comparación con el 12,7 % de las personas entre los 18 y 59 años (MINSAL, 2017). Además, según cifras recolectadas por el Centro de investigación avanzada en educación de la Universidad de Chile los niños/as y/o adolescentes más vulnerables tienden a educarse en establecimientos con dependencia municipal, es por esto que durante el año 2013 del total de los alumnos matriculados en establecimientos municipales el 58,8% pertenecen a estratos socioeconómicos más vulnerables (Valenzuela, Villarroel y Villalobos, 2013).

Por otra parte, se han encontrado como factores protectores de la depresión la cohesión con el grupo familiar y con el grupo de iguales, habilidades de resolución de problemas y estrategias de afrontamiento, actitudes y valores positivos en particular frente a la vida, creencias religiosas, habilidad para estructurar razones para vivir (S.K. Bathia y S.C. Bathia, 2007). Junto con esto según la Guía para servicios de atención primaria en detección y manejo de jóvenes en riesgo suicida (1999) se menciona como factores protectores el nivel educativo, locus de control interno, autoestima, inteligencia y sistema de apoyo y recursos como el apoyo social, estar en una terapia y tener una experiencia escolar positiva.

Un factor fundamental en la prevención del desarrollo de la depresión es el apoyo social, que se describe como una percepción de la persona de sentirse cuidado y estimado por una red de personas que se preocupan de su bienestar. Se puede mencionar que el apoyo social puede ser de tipo emocional, de consejo (informativo) e instrumental (Méndez y Barra, 2008). Barra y San Martín (2013) afirman que el apoyo emocional se refiere a las conductas de cuidado de los demás, la posibilidad de compartir pensamientos y experiencias personales, mientras que el apoyo social informativo consiste en la entrega de información o guías para afrontar las distintas demandas del entorno y finalmente el apoyo instrumental corresponde a la entrega de ayuda material o servicios a alguien que lo requiere (Barra y

San Martín, 2013). Se ha encontrado que el apoyo social percibido muestra una baja asociación inversa con el ánimo depresivo y con el reporte de problemas de salud en adolescentes (Barra et al., 2005).

En este sentido, se señala que la familia puede cumplir un rol de soporte ante los diferentes cambios físicos y psicológicos que se presentan durante el transcurso de la adolescencia (Shaffer, 2000). Como resultado del continuo juego de interacciones verbales y/o físicas dentro del contexto familiar se encuentra la satisfacción familiar la que se conoce como la suma de distintos sentimientos que se despiertan en el sujeto al estar con su familia, por lo que cada miembro del grupo puede tener una satisfacción completamente diferente (Tercero et al., 2013). La satisfacción familiar es uno de los factores psicosociales que se encuentra relacionado con los índices de depresión presentados en adolescentes, ya que existe una relación negativa significativa entre satisfacción familiar y depresión (Salazar et al., 2013).

El objetivo de esta investigación intentará responder a la pregunta ¿Existe relación entre apoyo social, satisfacción familiar y los índices de depresión presentados en adolescentes que cursan enseñanza media en establecimientos con dependencia municipal y particular subvencionados de la ciudad de Chillán?

II.2. Justificación

a. Valor teórico.

En lo relacionado al valor teórico se puede mencionar que este estudio contribuirá a conocer en mayor medida el comportamiento de las variables expuestas, es decir, sintomatología depresiva, apoyo social y satisfacción familiar, enfocado principalmente a evaluar como la satisfacción familiar y el apoyo social podrían mediar en el aumento o disminución de la sintomatología depresiva presentada en adolescentes. Asimismo, se pretende observar si la variable apoyo social podría mostrar un comportamiento moderador frente a la sintomatología depresiva en presencia de una óptima satisfacción familiar.

Por otra parte, este estudio ayudará a comprender de mejor manera como se manifiesta la sintomatología depresiva en la población adolescentes así como también, a evidenciar cual es la sintomatología depresiva que se presenta con mayor frecuencia.

Finalmente se pretende establecer cuál de las diferentes dimensiones de apoyo social correspondiente a apoyo social informativo, afectivo e instrumental es la más relevante para la población adolescente.

b. Valor metodológico.

El presente estudio pretende contribuir a mejorar la comprensión de la relación que existe entre las variables de satisfacción familiar, apoyo social y sintomatología depresiva. Además, a partir de este estudio se podrían establecer mejoras en la forma de experimentar con la variable de apoyo social considerando la dimensión de esta variable que sea más relevante para los adolescentes. Por último, se podría entregar indicios de cómo estudiar el fenómeno de la depresión en la población adolescente.

c. Relevancia social.

Esta investigación está orientada a beneficiar a la población adolescente ya que se establecerán los niveles de satisfacción familiar, apoyo social y sintomatología depresiva evidenciados por estos. Además, se establecerá una diferenciación por sexo y curso de acuerdo a los niveles presentados por cada variable permitiendo analizar si existen diferencias significativas entre estos grupos y así justificar cual es la razón por la que se establecen estas diferencias.

d. Relevancia práctica.

Los resultados obtenidos mediante este estudio podrán brindar antecedentes relevantes enfocados a la presencia de sintomatología depresiva en adolescentes, lo que servirá como guía en las instituciones educativas para que estas puedan generar estrategias preventivas tanto focalizadas como a nivel general. Asimismo, permitirá establecer si las variables de satisfacción familiar y apoyo social podrían actuar como mediadores en esta problemática lo que ayudaría a los establecimientos educacionales a actuar como organismos mediadores entre los adolescentes y sus familias orientando a estas últimas a ser partícipe de las medidas preventivas implementadas.

II.3. Pregunta de investigación

¿Existe relación entre apoyo social, satisfacción familiar y los índices de depresión presentados en adolescentes que cursan enseñanza media en establecimientos con

dependencia municipal y particular subvencionados de la ciudad de Chillán durante el año 2018?

II.4. Objetivo general y específicos

a. Objetivo general.

Determinar los niveles de apoyo social y satisfacción familiar para evaluar su relación con los índices de depresión presentados por adolescentes que cursan enseñanza media en establecimientos con dependencia municipal y particular subvencionados de la ciudad de Chillán.

b. Objetivos específicos.

1. Comparar, según sexo y curso la presencia de síntomas de depresión reportados por adolescentes que cursan enseñanza media en establecimientos con dependencia municipal y particular subvencionados de la ciudad de Chillán.
2. Comparar, según sexo y curso el nivel de apoyo social reportado por adolescentes que cursan enseñanza media en establecimientos con dependencia municipal y particular subvencionados de la ciudad de Chillán.
3. Comparar, según sexo y curso el nivel de satisfacción familiar evidenciado en adolescentes que cursan enseñanza media en establecimientos con dependencia municipal y particular subvencionados de la ciudad de Chillán.
4. Analizar las correlaciones entre niveles de apoyo social y satisfacción familiar con el nivel de depresión manifestado por adolescentes que cursan enseñanza media en establecimientos con dependencia municipal y particular subvencionados de la ciudad de Chillán.
5. Analizar si el apoyo social tiene un efecto moderador en la sintomatología depresiva evidenciada por adolescentes de la ciudad de Chillán.

III. Marco referencial

III.1. Antecedentes teóricos

III.1.1 Salud y Salud mental.

La salud se encuentra definida según la organización mundial de la salud (OMS) como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS 2013, p. 7). Dentro de la amplia gama de componentes de la salud esta investigación se focalizará en el ámbito de la salud mental.

La OMS define la salud mental como un “estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS 2004, p.14).

Se puede mencionar además que, en un modelo de salud integral, la salud mental constituye un determinante clave de la salud general, esto se debe principalmente a la interrelación que existe entre algunas alteraciones mentales y patologías físicas de salud, como por ejemplo se ha encontrado evidencia según Cohen, Tyrrell y Smith (como se citó en OMS, 2001) que una persona que padece estrés tiene mayores probabilidades de sufrir un resfriado.

Otro aspecto que resulta relevante mencionar es que según lo planteado por la OMS (2001) las alteraciones de la salud mental tienen un impacto global debido a que si bien afectan a los individuos que las padecen también repercuten en las familias y comunidades donde estos se desarrollan. Además, se puede señalar respecto a esto que las personas que sufren de alguna alteración mental padecen la sintomatología de dicha afección, así como también sus consecuencias a nivel social y emocional. Sin embargo, las familias también sufren las consecuencias de dichas alteraciones ya que deben dedicar gran parte de su tiempo al cuidado del familiar afectado produciendo a la vez un impacto a nivel económico (OMS, 2001).

III.1.2 Factores que intervienen en la salud mental.

Según la OMS (2001), las alteraciones de la salud mental se producen por la interrelación entre diversos factores ya sean éstos biológicos como la edad y el sexo; psicológicos como

por ejemplo las alteraciones referidas a la personalidad, conducta alimentaria y trastorno del estado de ánimo; y sociales donde la importancia de las relaciones con los padres u otros cuidadores durante la infancia, la urbanización o también la pobreza pueden tener consecuencias en la salud mental.

Gold (como se citó en OMS, 2001) en relación al factor sexo se puede mencionar que hay algunas alteraciones mentales que afectan más al sexo femenino que al masculino como por ejemplo la ansiedad y la depresión. En cambio, los trastornos relacionados al consumo de sustancias y las alteraciones de personalidad antisocial tienen mayor prevalencia en el sexo masculino.

También Maj et al (como se citó en OMS, 2001) sostiene que la presencia de enfermedades físicas graves puede afectar gravemente a la salud mental, específicamente las enfermedades que resultan muy incapacitantes o potencialmente mortales, este es el caso del VIH ya que gran parte de los afectados por esta enfermedad sufre consecuencias psicológicas importantes relacionados principalmente a la estigmatización y discriminación social a la que se ven expuestos lo que puede provocar estrés, ansiedad, depresión y/o trastornos de adaptación.

Existen autores que señalan que la pobreza es otro de los factores que influye en la presencia de alteraciones en la salud mental ya que se ha encontrado que los niños provenientes de familias en situación económica vulnerable tienen mayor riesgo de sufrir algún trastorno mental y/o del comportamiento. Kohn, Dohrenwend y Mirotznik (como se citó en OMS, 2001) afirman:

“En una revisión de 15 estudios, la proporción mediana de la prevalencia general de trastornos mentales entre las categorías socioeconómicas inferior y superior era de 2,1:1 para la prevalencia en un año y de 1,4:1 para la prevalencia a lo largo de la vida”. (p. 40)

Además, es importante mencionar que entre el factor pobreza y las alteraciones mentales se da una relación circular ya que padecer una enfermedad mental puede provocar una transición a un status socioeconómico bajo dependiendo de lo incapacitante que resulte dicha enfermedad (OMS, 2001).

Acontecimientos como conflictos sociales y desastres naturales también se presentan como factores que pueden alterar la salud mental de un individuo. Un estudio realizado en china evidencia que los supervivientes de terremotos presentan una tasa elevada de síntomas psicológicos y una mala calidad de vida esto según lo sostenido por Wang et al (como se citó en OMS, 2001).

También según la OMS (2001) existen factores familiares y ambientales que afectan la salud mental como por ejemplo la pérdida del trabajo, cambio de residencia, pérdida del cónyuge y/o el entorno social y emocional dentro de la familia. La OMS (2001) sostiene que “el entorno social y emocional dentro de la familia se relaciona directamente con las recidivas de la esquizofrenia, pero no necesariamente con la aparición de la enfermedad” (p. 46).

Como factor social importante se puede mencionar que *“los numerosos papeles que las mujeres desempeñan en la sociedad las exponen a un mayor riesgo de padecer trastornos mentales y del comportamiento”* (OMS, 2001 p. 14). Esto se debe principalmente a que las mujeres se ven obligadas a cumplir con el rol social de ser buenas esposas y madres a la vez, a lo que con el tiempo se ha sumado el cumplir con las obligaciones laborales (OMS, 2001).

Otra problemática social que repercute en la salud mental según sostienen Williams y Williams-Morris (como se citó en OMS, 2001) es el racismo, ya que se ha encontrado evidencia que las personas que se han visto expuestas a este tipo de violencia tienen mayor riesgo de padecer alteraciones mentales, así como también de agravarse alguna patología si ya la tienen. Ahora bien, las personas que ejercen racismo también padecen algún trastorno psicológico.

Dentro de los factores psicológicos se ha observado que algunos trastornos mentales como la ansiedad y la depresión se encuentran relacionados con la incapacidad para afrontar de forma adaptativa un acontecimiento vital estresante (OMS, 2001).

Entre los factores psicológicos que afectan a la salud mental se encuentran las alteraciones referidas a la personalidad, conducta alimentaria y trastorno del estado de ánimo, de los cuales se puede señalar según la OMS (2017), que los más prevalentes a nivel mundial son los trastornos depresivos al igual que en el contexto nacional.

III.1.3 Depresión.

Como ya se mencionó uno de los problemas más recurrentes en el área de la salud mental es la depresión (OMS, 2017). La OMS y OPS (2003) en la Clasificación internacional de enfermedades décima versión (CIE-10) sostienen que la depresión se caracteriza por presentar los siguientes síntomas:

“humor o estado de ánimo deprimido, pérdida de la capacidad para interesarse y disfrutar de las cosas y disminución de la vitalidad. (...) disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en uno mismo y de la autoestima, ideas de culpa e inutilidad, perspectiva negativa del futuro, pensamientos y actos de autoagresión o suicidas, trastornos del sueño y trastornos del apetito”. (p. 320)

El inicio de la depresión se puede presentar a cualquier edad, aunque se sostiene que la génesis de sintomatología depresiva tiene su mayor prevalencia entre los 15 y 45 años, por lo que tiende a generar un *“gran impacto en la educación, la productividad, el funcionamiento y las relaciones personales”* (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto y Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2014, p. 35).

En resumen, la depresión es un trastorno mental frecuente, responsable de una morbilidad de un 4,3% de la carga mundial (OMS, 2011). Junto a esto también se puede sostener que se encuentra entre las principales causas de discapacidad representando un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad (OMS, 2013).

III.1.4 Depresión en Chile.

Como se mencionó anteriormente la depresión en Chile se manifiesta en el 5% de los mayores de 15 años, es decir 844.253 personas son afectadas por cuadros depresivos (OPS, 2017).

En la última Encuesta Nacional de Salud realizada por el MINSAL (2017) correspondiente a los años 2016-2017, se realiza un tamizaje de sintomatología depresiva a través del instrumento CIDI SHORT FORM donde un promedio del 15, 8% de la población nacional reconoció la presencia de sintomatología depresiva, manifestando una mayor prevalencia en el sexo femenino con un 21, 7% mientras que en el masculino se evidencia en un 10% (MINSAL, 2017).

Sin embargo, se puede apreciar que en comparación a los años 2009-2010 la sospecha de depresión en población masculina ha aumentado en un 0,9%, mientras que en la población femenina ha disminuido en un 4,6% (MINSAL, 2017).

Ahora bien, se puede observar que la prevalencia de depresión en los últimos 12 meses corresponde en promedio a un 6,2% de la población nacional, manifestándose un 10,1% en el sexo femenino y un 2,1% en la población masculina (MINSAL, 2017).

Considerando la población infanto-juvenil a nivel nacional, la Guía Clínica para Tratamiento de adolescentes de 10 a 14 años con depresión (2013) hace referencia que la prevalencia de depresión que se presenta en la niñez corresponde a un 2%, mientras que en la adolescencia oscila entre 4% a 8%.

Según estudios realizados en Chile se puede señalar que la prevalencia de los trastornos depresivos tiende a mostrar un aumento a partir de la etapa adolescente, ya que entre los 4 y 11 años, este tipo de alteraciones presenta una prevalencia de un 3,5% mientras que entre los 12 y 18 años es de un 7.0%. Por lo tanto, a medida que se avanza en el periodo evolutivo la depresión tiende a aumentar, donde el riesgo es mayor después de la pubertad especialmente en mujeres (MINSAL, 2013; Vicente, Saldivia, Pihán, 2016).

III.1.5 Consecuencias de la depresión.

Se puede mencionar como una de las repercusiones más graves de la depresión es que constituye uno de los principales factores de riesgo para cometer suicidio (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto y Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2014).

También existen consecuencias a nivel social ya que las personas que sufren alteraciones de la salud mental incluyendo la depresión se ven expuestas al estigma social el cual según un informe del Ministro de Salud de los Estados Unidos sobre la Salud (como se citó en OMS, 2001):

“Socava la confianza en que los trastornos mentales son enfermedades reales que pueden tratarse. Conduce a las personas a no relacionarse con los enfermos mentales, a no emplearlos ni trabajar con ellos, o a no alquilarles viviendas ni vivir en sus proximidades” (...) “Junto con esto, el estigma priva trágicamente a las personas de su dignidad y obstaculiza su plena participación en la sociedad”. (p. 16)

Se puede mencionar además que, a nivel mundial, los trastornos depresivos se clasifican como el mayor factor que contribuye a la pérdida de salud sin consecuencias mortales (OPS, 2017).

III.1.6 Depresión infanto-juvenil.

Según lo reportado por de Dios y García-Onieva (2014) la depresión en la infancia y la adolescencia se manifiesta con una sintomatología que depende del nivel de desarrollo, donde a menor edad más diferente es y más es expresada a través del cuerpo. Por lo tanto, se debe considerar que a menor edad se tiene menos capacidad para expresar verbalmente lo que se siente, por lo cual se presentan mayores síntomas somáticos y a medida que avanza el crecimiento la sintomatología se asemeja más a la del adulto (de Dios y García-Onieva, 2014).

En relación a las manifestaciones clínicas de la depresión infanto-juvenil se evidencian que estas varían según la edad de los afectados; sin embargo, siempre fluctúan en tres aspectos: disminución del estado de ánimo, inhibición psicomotora y síndrome somático (de Dios y García-Onieva, 2014).

En lo que respecta a la disminución del estado de ánimo se puede señalar que en los adolescentes la disforia es mayor donde en algunos casos predominan la irritabilidad y la impulsividad. Además, existen sentimientos de culpa e inferioridad, disminución de las expectativas de futuro y al presentar ideas recurrentes de muerte existe un peligro de presentar conductas suicidas (de Dios y García-Onieva, 2014).

Dentro de la inhibición psicomotora existe una pérdida de la motivación en ámbitos como lo académico y actividades sociales evidenciándose una disminución en la concentración y en las relaciones interpersonales, así como el aumento en el cansancio y la fatigabilidad (de Dios y García-Onieva, 2014).

También, en lo referido al síndrome somático se puede evidenciar insomnio y algunos casos de hipersomnia, además de anorexia y bulimia nerviosa. Junto con esto puede existir una comorbilidad en trastornos de conducta y ansiedad (de Dios y García-Onieva, 2014).

Además, según el Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia y el Ministerio de sanidad y política social (2009) la sintomatología depresiva puede diferenciarse dependiendo de la edad en la que se

manifiesta, es así como en el área afectivo-conductual de 7 años hasta la pubertad se evidencia sintomatología asociada a la irritabilidad, agresividad, tristeza y una sensación frecuente de aburrimiento. En el mismo ámbito desde la pubertad hasta la adolescencia se mantiene la sintomatología asociada a la irritabilidad y agresividad, sin embargo se produce un aumento de conductas negativistas y disociales, así como también de conductas asociadas al abuso de alcohol y sustancias (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia y Ministerio de sanidad y política social, 2009).

En lo que respecta al área cognitiva y de la actividad escolar, a partir de los 7 años hasta la pubertad se evidencia una baja autoestima, falta de concentración y disminución del rendimiento escolar, mientras que desde la pubertad hasta la adolescencia se mantiene la disminución del rendimiento escolar y de la autoestima, además puede aparecer autoreproches y pensamientos suicidas (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia y Ministerio de sanidad y política social, 2009).

Finalmente en lo que concierne al área somática se puede mencionar que en ambos períodos etarios se manifiestan cefaleas y dolores abdominales, sin embargo desde los 7 años hasta la pubertad también se pueden presentar trastornos relacionados al control de esfínteres (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia y Ministerio de sanidad y política social, 2009).

Además, en relación a lo anterior Bonet, Fernández y Chamón (2011) mencionan que los trastornos del estado del ánimo tienen una prevalencia en la infancia que oscila entre el 1 y 2%, aumentando la depresión de la adolescencia de un 4 a un 5%. Junto con esto en la etapa infantil la prevalencia es igual en hombres y mujeres, pero en la adolescencia aumenta claramente en el sexo femenino, asimismo los niños y adolescentes afectados con depresión presentan un deterioro importante de su funcionamiento psicológico, social y académico (Bonet, Fernández y Chamón, 2011).

Para realizar un diagnóstico de depresión en la etapa infanto-juvenil se deben establecer entrevistas clínicas donde deben emplearse técnicas específicas tanto verbales como no verbales, que sean adecuadas a la edad del niño y/o adolescente que consulte. Asimismo, es imprescindible recabar información por parte de los padres y el entorno escolar en el que

se desenvuelva el evaluado (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia y Ministerio de sanidad y política social, 2009).

Ahora bien existen instrumentos de tamizaje que permiten aumentar la detección precoz de la depresión y así poder realizar intervenciones preventivas en aquellos pacientes que resulten con mayor riesgo. Sin embargo, estos instrumentos servirían para delimitar la presencia de sintomatología depresiva y así poder detectar una posible depresión, pero para completar el diagnóstico se hace necesario mantener un proceso de entrevistas clínicas (MINSAL, 2013).

Actualmente en Chile existen variados instrumentos de tamizaje que pueden ser utilizados en la población infanto-juvenil, entre ellos se encuentra la escala CDI (Children's Depression Inventory) de Kovaks, que fue validada como una escala autoaplicada para niños y adolescentes entre 7 y 17 años. Sin embargo, esta escala presenta algunas limitaciones ya que no posee ítems relacionados con aspectos conductuales y biológicos centrándose sólo en aspectos cognitivos. Otro de los instrumentos utilizado en Chile es el Inventario de depresión de Beck II el cual se encuentra validado para adolescentes entre 11 y 20 años, este instrumento no discrimina la presencia o ausencia de depresión, sin embargo, permite establecer la presencia de sintomatología depresiva en las categorías de mínima, leve, moderada y grave (MINSAL, 2013).

En este estudio se realizará una medición de sintomatología depresiva utilizando el Inventario de depresión de Beck II ya que este se encuentra ampliamente validado por la literatura, además de incluir 21 ítems indicativos de sintomatología depresiva tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, entre otros. Los síntomas medidos por este instrumento corresponden a los establecidos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición, American Psychiatric Association, 2014 (DSM-V) y en los establecidos en la Clasificación estadística de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993 (CIE-10). Además, se puede aplicar de forma individual o colectiva y requiere un periodo de tiempo de entre 5 a 10 minutos (Melipillán, et al., 2008).

III.1.7 Factores de riesgo para el desarrollo de la depresión infanto-juvenil.

En relación a este ámbito se puede mencionar que existen factores ambientales, biológicos, psicológicos y socioeconómicos que se encuentran en la génesis de los trastornos depresivos en la etapa infanto-juvenil.

En lo que respecta a los factores ambientales se ha encontrado que la depresión infanto-juvenil “se origina como respuesta a acontecimientos y dinámicas provenientes del medio inmediato, vivenciados por el niño como experiencias negativas, que perturban su vida emocional y el funcionamiento de sus diferentes áreas de desarrollo” (Loubat, Aburto y Vega, 2008 p. 192).

Dentro de los factores ambientales se encuentran las disfunciones familiares, como por ejemplo la falta de comunicación, las situaciones de maltrato y violencia, la privación sociocultural y el consumo de sustancias por parte de algún familiar directo (Loubat et al., 2008).

Es relevante mencionar que en relación a la importancia de la familia en el desarrollo de trastornos depresivos en la adolescencia Kazdin (como se citó en Páramo, 2011) señala que durante la etapa adolescente existe un aumento en aquellas conductas y actividades que se asocian a peligros o riesgos; como por ejemplo el uso ilícito de sustancias, ausentismo escolar, suspensiones, robos o vandalismo que pueden provocar diferentes consecuencias negativas. Además, sostiene que los factores que pueden determinar este tipo de conductas en la población infanto-juvenil se encuentran relacionados con aspectos familiares como percibir este tipo de comportamiento de los padres y el tipo de relaciones establecidas con los miembros del grupo familiar (Kazdin como se citó en Páramo, 2011).

En relación a los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de una alteración depresiva se pueden encontrar eventos situacionales, como presentar antecedentes de haber sufrido abuso físico, sexual, y/o psicológico, además de la existencia de conflictos conyugales, dificultades emocionales entre uno de los padres y el niño, negligencia en el cuidado y eventos vitales significativos como el divorcio o la separación conflictiva de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar u otra figura significativa (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia y Ministerio de sanidad y política social, 2009).

También se encuentran asociados a los factores ambientales los eventos traumáticos vividos a lo largo del desarrollo del niño, entre estos se destacan principalmente experiencias de duelo y abuso sexual (Loubat et al., 2008).

Otro factor ambiental que se relaciona con la presencia de sintomatología depresiva en la etapa infanto-juvenil son los estresores escolares como por ejemplo los cambios de colegio, curso y profesor (Loubat et al., 2008). Además de factores asociados a las expectativas educacionales y la calidad del sistema escolar percibido por el adolescente (Kazdin como se citó en Páramo, 2011).

Con respecto a este tipo de factores también se ha evidenciado que las relaciones depresivas materno filiales estarían a la base de la presencia de sintomatología depresiva en población infanto-juvenil (Loubat et al., 2008).

Ahora bien, como ya se mencionó también existen factores biológicos que desencadenarían una manifestación depresiva aunque algunos estudios señalan que afectan en un menor porcentaje que los factores ambientales (Loubat et al., 2008). Se evidencia en estudios realizados con gemelos que existe una mayor prevalencia de la depresión en gemelos monocigóticos que en dicigóticos (de Dios y García-Onieva, 2014).

También, entre los factores genéticos que influyen en la depresión se ha encontrado que los hijos de padres que han padecido algún trastorno afectivo tienen una probabilidad 3 a 4 veces mayor de desarrollar algún trastorno afectivo, asimismo ser de sexo femenino y estar en una edad post puberal. En relación a lo anterior los trastornos depresivos durante la infancia son prácticamente iguales en niños y niñas, sin embargo, en la primera mitad de la adolescencia estos trastornos son de 2 a 4 veces más frecuentes en el sexo femenino (Pacheco y Chaskel, 2012).

Además, como factores de riesgo a nivel psicológico se encuentran haber tenido un historial clínico de sintomatología depresiva y de pensamientos negativos de tipo rumiativo (Ministerio de sanidad y política social, 2009). Asimismo, presentar mayor vulnerabilidad al estrés, más rasgos de ansiedad y temor en situaciones nuevas conllevarían a un mayor riesgo de sufrir depresión en etapa infanto-juvenil (de Dios y García-Onieva, 2014).

Por su parte Donas (2001) sostiene que presentar una discapacidad intelectual leve o alguna condición física que pueda desencadenar sentimientos de soledad y minusvalía podría incidir en la presencia de sintomatología depresiva.

Dentro de los factores de riesgo asociados a la depresión se encuentra el factor socioeconómico, donde actualmente las personas que viven en condiciones sociales y económicas inferiores tienen un mayor riesgo de padecer algún tipo de enfermedad, es decir, pertenecer a la clase baja está asociado con la salud y el bienestar de las personas (Stringhini, et al., 2017).

Según el estudio denominado El estatus socioeconómico y los factores de riesgo como determinantes de la mortalidad prematura (Stringhini, et al., 2017), los determinantes socioeconómicos deben ser incluidos dentro de los factores de riesgo, ya que las malas condiciones sociales y económicas influyen en la salud reduciendo en algunos casos la esperanza de vida.

Asimismo, se puede considerar que aquellas personas que manifiestan un menor nivel educacional y socioeconómico, los desempleados o en condiciones de inestabilidad laboral, tienen mayor riesgo a presentar alguna patología de la salud mental como la depresión (OPS, 2017). Particularmente en la población adolescente se ha descrito que dentro de las causas ambientales la pobreza puede considerarse como un factor de riesgo asociado a la salud mental (Banda y Frías, 2006).

Algunos autores consideran que la población infanto-juvenil perteneciente a un bajo entorno socioeconómico tiene un riesgo de padecer depresión a lo largo de su vida dos veces superior a aquellos pertenecientes a un elevado entorno socioeconómico (Gilman, Kawachi, Fitzmaurice y Buka, 2003). Por lo tanto, aquellas personas que forman parte de los estratos socioeconómicos bajos son quienes presentan mayores tasas de trastornos mentales y mayor severidad de los mismos (Melzer, Fryers y Jenkins, 2003).

La influencia de las desventajas socioeconómicas en la población adolescente se deriva ya que el estatus socioeconómico es una variable que incluye muchas fuentes potenciales de influencia negativa (Caballo y Simón, 2002). Junto a esto, la desigualdad afecta principalmente la salud mental de los niños y niñas, quienes ostentan las mayores cifras de

pobreza y tienen menos acceso a atención especializada de salud mental (Jiménez y Abarzúa, 2014).

Según el Plan nacional de salud mental vigente (MINSAL, 2017) vivir en condiciones de pobreza durante la infancia resultaría ser un factor de riesgo asociado a la aparición de enfermedades mentales a lo largo de la vida. En Chile la pobreza infantil en el grupo comprendido entre los 0 y 18 años alcanza al 22,4% en comparación con el 12,7 % de las personas entre los 18 y 59 años. Además, según cifras recolectadas por el Centro de investigación avanzada en educación de la Universidad de Chile (CIAE, 2016) los niños/as y/o adolescentes más vulnerables tienden a educarse en establecimientos con dependencia municipal, donde durante el año 2013 del total de los alumnos matriculados en establecimientos municipales el 58,8% pertenecen a estratos socioeconómicos más vulnerables (Valenzuela, Villarroel y Villalobos, 2013).

III.1.8 Factores protectores para el desarrollo de la depresión infanto-juvenil.

Los factores de protección hacen alusión a las características detectables que favorecen el desarrollo, mantenimiento o la recuperación de la salud, además estos pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores y/o conductas de riesgo y reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica (Páramo, 2011).

Dentro de los factores protectores se postula que existen algunos que indican mayor probabilidad de adquirir conductas preventivas en los adolescentes, los cuales corresponden a los factores de amplio espectro (Donas, 2001).

De acuerdo a Donas (2001) los factores de amplio espectro incluyen diferentes aspectos preventivos que se deben tomar en consideración, como lo son formar parte de una familia contenedora y con una buena comunicación interpersonal, tener una alta autoestima, un proyecto de vida elaborado y fuertemente internalizado y un locus de control interno bien establecido. Además, poseer sentido de la vida elaborado, permanecer en el sistema educativo formal y por último conservar un alto nivel de resiliencia constituyen a factores protectores (Donas, 2001).

En la depresión adolescente de acuerdo a lo señalado por S.K. Bathia y S. C. Bathia, (2007) se consideran como factores protectores tener una positiva cohesión tanto con la familia como con el grupo de iguales, asimismo contar con diferentes habilidades referidas

a la resolución de problemas, estrategias de afrontamiento y habilidad para estructurar razones para vivir. Asimismo, dentro de estos factores se encuentra tener actitudes y valores positivos ante la vida y mantener de manera constante alguna creencia religiosa, particularmente frente a un posible suicidio (S.K. Bathia y S. C. Bathia, 2007).

También, desde el MINSAL (2013) se han descrito como factores protectores de la sintomatología depresiva el poseer un buen sentido del humor y la adquisición de logros personales valorados socialmente, además en el marco de las relaciones sociales significativas se hace referencia contar con buenas relaciones de amistad y relaciones estrechas con uno o más miembros de la familia. Asimismo, como factores preventivos respecto al área social se sugieren practicar algún deporte o actividad física y la participación en clubes escolares/sociales o en voluntariados (MINSAL, 2013).

Dentro de los componentes psicosociales en la población infanto-juvenil, uno de los factores de mayor importancia se relaciona estrechamente con el grupo social en el que se insertan. Esto podría explicar que la influencia del grupo ha sido de gran aporte para comprender aquellos problemas relacionados con los adolescentes y jóvenes (Londoño, et al, 2010).

Desde la perspectiva de Vinaccia, Quiceno y Moreno (2007) respecto a los factores psicosociales señalan que entre los recursos más importantes con los que cuentan los niños y adolescentes se encuentran tener una relación emocional estable con al menos uno de sus padres o personas significativas, contar con una autoimagen positiva, un apoyo social que motive el afrontamiento constructivo y por último un ambiente educativo que sea abierto, contenedor y con límites claros.

Un factor fundamental en la prevención del desarrollo de la depresión es el apoyo social, el cual se describe como una percepción de la persona de sentirse cuidado y estimado por una red de personas que se preocupan de su bienestar (Barra, 2004), donde algunas de las fuentes principales de apoyo en niños y adolescentes constituyen a la familia, los amigos y las personas del entorno educativo (Chu et al., 2010; Proctor et al., 2009; Valois, Zullig, Huebner y Drane, 2009 como se citó en Barra y San Martín, 2013).

Méndez y Barra (2008) establecen que el apoyo social según cómo sea percibido puede ser de tipo emocional, de consejo e instrumental. Respecto al apoyo emocional se refiere a

las conductas de cuidado de los demás y la posibilidad de compartir pensamientos y experiencias personales, por su parte el consejo consiste en la entrega de información o guías para afrontar las distintas demandas del entorno y finalmente el apoyo instrumental corresponde a la entrega de ayuda material o servicios a alguien que lo requiere (Barra y San Martín, 2013).

Por lo tanto, el apoyo social está relacionado con el bienestar debido a que promueve emociones positivas, un sentido de valor personal y actúa como un amortiguador del estrés al fortalecer la autoestima, autoeficacia y conductas relacionadas con la resolución de problemas (Barra, 2004; Tomy y Cummins, 2011 como se citó en Barra, 2004). Además, al estar presente disminuye conductas que dañan la salud, ya que se ha encontrado que el apoyo social percibido muestra una baja asociación inversa con el ánimo depresivo y con el reporte de problemas de salud en adolescentes (Barra, Cancino, Lagos, Leal y San Martín, 2005).

Para medir el apoyo social percibido por los adolescentes se puede utilizar una variedad de psicometría, como por ejemplo la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) (Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988). La MSPSS tiene por finalidad medir el apoyo percibido desde tres fuentes correspondientes a la familia, amigos, pareja u otras personas significativas y está compuesta por 12 reactivos, donde los puntajes más altos señalan mayor apoyo social percibido (Zimet et al., 1988).

Otro instrumento utilizado para medir soporte social es la escala de apoyo social percibido MOS de Sherbourne y Stewart (1991), la cual presenta 20 ítems que permiten conocer el tamaño de la red social y mide 3 dimensiones correspondientes a apoyo social informativo, afectivo e instrumental, además de un apoyo social global. Asimismo, es una escala de fácil aplicación que se encuentra ampliamente validada en la literatura demostrando excelentes características métricas y se encuentra validada en Chile con altos niveles de confiabilidad. Por lo tanto, debido a las características que presenta este instrumento es que utilizara en esta investigación para medir la variable de soporte social.

También, bajo las mismas consideraciones del apoyo social la familia cumple un aspecto fundamental en el desarrollo psicológico de la persona, en tanto cuide y proteja a sus miembros, promoviendo el desarrollo de competencias personales como autoestima positiva y bienestar emocional (Pavez, Santander, Carranza y Vera-Villarroel, 2009). En este

sentido, la familia puede cumplir un rol de soporte ante los diferentes cambios físicos y psicológicos que se presentan durante el transcurso de la adolescencia (Shaffer, 2000).

En la familia la cohesión y adaptabilidad se consolidan como grandes factores protectores a la hora de enfrentar cualquier tipo de crisis, donde dentro de la cohesión se encuentran dos aspectos importantes: la relación al interior del subsistema conyugal-parental y la relación en el subsistema fraterno (Bugental, Olster & Martorell, 2006). Junto con esto, en varios estudios se ha mencionado que la calidad de la comunicación y las relaciones familiares como factores de protección están asociados a estilos de vida saludables en la adolescencia (Páramo, 2011).

Dentro del contexto familiar como resultado del continuo juego de interacciones verbales y/o físicas se encuentra la satisfacción familiar, la cual corresponde a la suma de distintos sentimientos positivos o negativos que se despiertan en el sujeto al estar con su familia, por lo que cada miembro del grupo puede tener una satisfacción completamente diferente al de otro (Tercero et al., 2013).

La satisfacción familiar es uno de los factores psicosociales que se encuentra relacionado con los índices de depresión presentados en adolescentes, ya que existe una relación negativa significativa entre satisfacción familiar y depresión, es decir, a mayor insatisfacción familiar mayor será la probabilidad de padecer depresión en la adolescencia (Salazar et al., 2013).

Para la medición del constructo de satisfacción familiar se cuenta con variados instrumentos, entre los cuales se encuentra la Escala de Satisfacción Familiar (Family Satisfaction Scale, FSS) de Olson y Wilson la que evalúa el grado de satisfacción con respecto al funcionamiento familiar considerando las dimensiones de cohesión y adaptabilidad del sistema familiar (Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2004; Olson, 2000).

Otro de los instrumentos de medición corresponde a la Escala de Satisfacción Familiar de Carver y Jones (1992), la cual permite evaluar la satisfacción familiar como un juicio subjetivo, sin embargo, la composición de los ítems hacen referencia a diversos aspectos como afecto y aceptación, compromiso familiar, coherencia y justicia y no solamente a un juicio global de satisfacción.

Tomando en consideración las características de la investigación es que se utilizara la Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) propuesta por Barraca y López-Yarto (1996). Este instrumento permite evaluar la satisfacción familiar mediante 27 parejas de adjetivos antónimos, ponderando emociones positivas y negativas de los participantes al recordar los momentos en que están con su familia. Asimismo, debido a su sencillez y fácil comprensión no lleva más de 10 minutos completarla y es ampliamente usada ya que permite establecer una valoración global del constructo de satisfacción familiar pudiendo clasificarla en las categorías de muy baja, baja, media, alta y muy alta satisfacción familiar. Además, tiene altos índices de validez y confiabilidad (Barraca y López-Yarto, 1999).

III.1.9 Consecuencias de la depresión infanto-juvenil.

Se puede señalar que la depresión infanto-juvenil tiene un impacto en el funcionamiento cotidiano y en las relaciones interpersonales que se mantienen. En un estudio realizado por Loubat et al. (2008) se evidencia que las repercusiones de la depresión infanto-juvenil se dan en tres áreas las cuales son: el rendimiento académico, el área social y el área familiar.

Loubat et al. (2008) afirma que en el ámbito del rendimiento académico se evidencia que la depresión infanto-juvenil provoca alteraciones en las capacidades cognitivas lo cual puede disminuir el rendimiento escolar, mientras que en lo referido al área social al presentarse algunas conductas disruptivas el medio tiende a brindar un ambiente de escasa comprensión y muchas veces de rechazo por lo cual las personas que padecen depresión tienden a aislarse de su grupo de pares. Ahora bien, en el área familiar se da una situación similar ya que los cambios de conducta que evidencia un niño y/o adolescente que padece depresión son escasamente comprendidos por sus padres los cuales si no toman conciencia de la problemática pueden reaccionar a través de las críticas y con hostilidad hacia el afectado lo cual debilitaría la relación entre padres e hijos (Loubat et al., 2008).

III.1.10 Factores mediadores y moderadores.

Existen variables que pueden incidir en otras variables, las cuales se denominan moderadoras y mediadoras. En términos generales, estas se pueden definir como distintos tipos de variables intervinientes que afectan en forma diferente la relación entre otras variables (Kraemer, Wilson, Fairburn & Agras, 2002).

Según Baron & Kenny (1986) las variables moderadoras son definidas como aquellas que desde su origen afectan la dirección o la fuerza de la relación de una variable independiente o dependiente. Particularmente en el marco del análisis correlacional, un moderador sería una tercera variable que afecta la correlación entre otras dos variables.

Por su parte, las variables mediadoras son reconocidas desde el modelo S-O-R de Woodworth (como se citó en Baron & Kenny, 1986), como una variable activa que interviene entre estímulo y respuesta. El aspecto central que indica este modelo corresponde a que los efectos de los estímulos en el comportamiento se miden considerando los procesos de transformación internos en el individuo (Baron & Kenny, 1986).

Por lo tanto, una variable puede funcionar como moderadora cuando actúa previamente a la interacción entre una variable independiente y una dependiente, explicando en qué sujetos y en qué condiciones tendrá lugar la relación entre esas dos variables. También, las variables moderadoras pueden actuar durante la interacción de las variables dependiente e independiente, explicado el cómo y por qué se da la relación entre esas dos variables (Kraemer et al., 2002).

Considerando el objetivo de la presente investigación en función al efecto moderador de la variable de soporte social, se puede mencionar que en la literatura se ha evidenciado que este actúa como amortiguador de la sintomatología depresiva bajo una situación vital adversa, donde Martínez, García y Maya (2011) afirman “que ante situaciones con pocos problemas percibidos el nivel de apoyo es indiferente respecto de la depresión. Pero en situaciones adversas tendería a cumplir un papel más relevante” (p. 608).

III.2 Antecedentes empíricos

La OMS (2013) sostiene que en términos generales los trastornos mentales no tratados representan un 13% del total de la carga de morbilidad mundial, donde la depresión por si sola forma parte del 4,3% de la carga mundial de morbilidad. Además, se encuentra entre las principales causas de discapacidad lo que es equivalente a un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad (OMS, 2013).

También, se puede mencionar que las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura que oscila entre 40% a 60% mayor que la población general (OMS, 2013).

En el último informe de Depresión y otros desórdenes mentales realizado por la OPS en colaboración con la OMS se menciona que, durante el año 2015, el número total de personas con depresión a escala mundial supera los 300 millones correspondiente a un 4,4% de la población (OPS, 2017). Además, muestra que entre los años 2005 y 2015 esta patología ha incrementado en un 18,4% lo que refleja el crecimiento general de la población mundial con depresión (OPS, 2017).

La OPS (2017) manifiesta que los índices de depresión mundial tienen a mostrar diferencias en relación al sexo y a la edad. Respecto al sexo se evidencia que un 5,1% de la población femenina presenta depresión mientras que un 3,6% de la población masculina manifiesta este trastorno del ánimo. También, la prevalencia de la depresión puede variar según la ubicación geográfica donde los hombres de la Región del Pacífico Occidental muestran una prevalencia de un 2,6% mientras que las mujeres de la Región de África muestran una prevalencia de un 5,9% (OPS, 2017).

Además, la prevalencia de la depresión alcanza su punto máximo en la edad más adulta entre los 55 y 74 años donde las mujeres evidencian un 7,5% de depresión mientras que en los hombres alcanza un 5,5% (OPS, 2017). Asimismo, la depresión también ocurre en niños y adolescentes menores de 15 años, pero en un grado menor que en los grupos de mayor edad (OPS, 2017).

En cuanto a la información demográfica entregada por la OMS (2015) en América Latina se puede observar que, Brasil es el país que más casos de depresión sufre mostrando un 5,8 % de prevalencia; seguido de Cuba (5,5 %); Paraguay (5,2 %); Chile y Uruguay (5 %); Perú (4,8 %); Argentina, Colombia, Costa Rica y República Dominicana (4,7 %); les siguen Ecuador (4,6 %); Bolivia, El Salvador y Panamá (4,4 %); México, Nicaragua y Venezuela (4,2 %); Honduras (4 %) y Guatemala (3,7 %).

El MINSAL (2017) en la última Encuesta Nacional de Salud un 15,8% de la población reconoció síntomas depresivos (no depresión), además se evidencia una amplia diferencia entre hombres y mujeres ya que la población masculina presenta un 10% de sintomatología depresiva mientras que la población femenina manifiesta un 21,7% de prevalencia. Asimismo, en esta encuesta se evidencia que en relación a la edad el grupo etario entre 25 y 64 años es el que más destaca con más del 19%, mientras que en el nivel

educacional bajo se ve un mayor porcentaje correspondiente al 20,8% en relación con el alto de un 11,8% (MINSAL, 2017).

Continuando con las cifras de depresión presentadas a nivel mundial se puede evidenciar que en la etapa adolescente la depresión se encuentra entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en edades tempranas de la vida, con una prevalencia entre el 2% y el 5% respectivamente y en la adolescencia una tasa de morbilidad de un 4% y un 8% en mortalidad (Pacheco y Chaskel, 2012). Además, a nivel nacional según lo señalado por De la Barra y cols., la prevalencia de la depresión en el grupo de adolescentes de 12 a 18 años corresponde a un 7% (MINSAL, 2017).

En otro estudio realizado por Bonet et al. (2011) se muestra que los trastornos del estado del ánimo (TEA), tienen una prevalencia en la infancia que oscila entre el 1 y 2%, aumentando la depresión en la adolescencia de un 4 a un 5%. Junto con esto en la etapa infantil la prevalencia es igual en hombres y mujeres, pero en la adolescencia aumenta claramente en el sexo femenino (Bonet et al., 2011).

Se ha encontrado evidencia que los niveles de satisfacción familiar y apoyo social son variables que influyen positivamente en el adolescente con sintomatología depresiva (Salazar et al., 2013). En lo que respecta la satisfacción familiar se ha demostrado que los adolescentes con insatisfacción familiar presentaron una prevalencia de 35.1% de depresión mientras que los adolescentes con alta satisfacción familiar evidenciaron un 5,6% de depresión (Salazar et al., 2013). Asimismo, en la segunda Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) con respecto a la calidad de vida familiar el 57,6% de la población chilena menciona sentirse bien y el 25,7% muy bien (MINSAL, 2017).

Por su parte, se ha encontrado que el apoyo social en conjunto con la autoestima explicaría un 52% de la variabilidad en la satisfacción vital del adolescente, sin embargo es el apoyo social el predictor más importante para alcanzar una óptima satisfacción vital en este grupo etario (San Martín y Barra, 2013). En contexto nacional un 51,2% de los entrevistados en la segunda ENCAVI declaró contar “siempre” con alguna persona en quien confiar, pedir ayuda o consejos (MINSAL, 2017).

III.3. Marco epistemológico

La epistemología se puede definir como el análisis de todo conocimiento científico alcanzado a partir de los supuestos filosóficos relacionados con el conocimiento que se quiere alcanzar. Por su parte su estudio va dirigido a los principios implicados en la génesis del conocimiento, fundamentos lógicos de sus teorías y métodos utilizados para investigar y explicar los resultados finales (Briones, 2008).

Diversos autores como Hernández, Fernández y Baptista (2006) mencionan que, para alcanzar el conocimiento científico, sería apropiado centrarse en un paradigma determinado ya que este permite realizar una elección consciente y crítica de la realidad estudiada, así como también guía el proceso de investigación. Sin embargo, estos mismos autores afirman que en general para el estudio de fenómenos sociales es difícil lograr un consenso sobre cuál de todas las perspectivas teóricas explica mejor la realidad observada (Hernández et al., 2006).

Esta investigación se encuentra fundamentada en la orientación neopositivista en donde se intenta unir el empirismo con la lógica simbólica, asimismo esta orientación sostiene una tendencia a la verificabilidad de los enunciados planteados en una investigación, es decir, en cómo el o los investigadores alcanzan la corroboración de sus hipótesis (Atencia, 1991).

En relación a lo anterior se puede sostener según Chamler (1996) que el paradigma neopositivista solo considera cognoscible los sucesos que puedan ser comprobados empíricamente. Por lo tanto, todas aquellas aseveraciones que no demuestren un sustento o verificación empírica no podrían ser reconocidas como conocimiento propiamente tal (Chacón, 2001).

En el mismo sentido Bunge (1979) sostiene que todas aquellas aseveraciones que tengan como objetivo entregar información sobre la realidad estudiada deben previamente someterse a prueba a través de procedimientos empíricos tales como el recuento y la medición. Por lo mismo el valor de una hipótesis dependerá del mayor o menor número de datos empíricos que puedan sustentarla (Echeverría como se citó en Romera, 1996).

En resumen, se puede sostener que el neopositivismo le entrega mayor relevancia a la justificación de las hipótesis planteadas en una investigación que al proceso de elaboración de estas mismas, es decir, se trata de la lógica matemática unida al empirismo del cual depende finalmente el aumento o disminución de la verificabilidad de una hipótesis (Atencia, 1991).

La presente investigación conforme al marco epistemológico expuesto pretende llevar a cabo la búsqueda de una descripción de la realidad lo más objetiva posible, intentando dar cuenta del fenómeno de estudio y factores asociados a través del análisis lógico de datos estadísticos.

Por otro lado, congruente con el marco epistemológico descrito, el estudio reconoce el carácter perceptivo de los datos trabajados correspondiente a la información proporcionada por los/as adolescentes, debido a que los instrumentos aplicados versan sobre la autopercepción de los niveles de Satisfacción Familiar, sintomatología depresiva y apoyo social.

Asimismo, se intentó minimizar lo más posible la subjetividad presente en el estudio a través de la utilización de marcos referenciales “objetivos” y el análisis lógico a través de programas estadísticos de los datos, sin embargo, se reconoce a la percepción como un proceso psicológico dependiente tanto del estímulo como del sujeto, quedando expuesto a la manera particular de ver e interpretar la realidad de cada persona.

Con el estudio, se pretende contribuir al desarrollo acumulativo de la ciencia, incorporando los nuevos hechos o información obtenida, junto a los anteriores planteamientos teóricos correspondientes al fenómeno estudiado, enriqueciéndose mutuamente, o bien, contrastando y desestimándose entre sí (Atencia, 1991).

Finalmente será la propia experiencia del adolescente la que otorgue valor empírico a los datos, los cuales pasarán por un proceso lógico-matemático para la cuantificación de los resultados, este proceso será el que dará sustentabilidad a las hipótesis planteadas y se podrá realizar una contribución al conocimiento teórico ya existente sobre las variables estudiadas (Guba y Lincoln, 1994; Atencia, 1991).

IV. Diseño metodológico

IV.1 Metodología, Diseño, Hipótesis

a. Metodología.

Se desarrolla una investigación de corte cuantitativo, ya que permite la posibilidad de generalizar los resultados de manera más amplia, además otorga control sobre los fenómenos estudiados. Asimismo, facilita el proceso de comparación con estudios similares (Hernández et al., 2006).

Esta metodología se centra en estudiar la realidad objetiva externa e independiente de las creencias que se puedan tener de ella, es por esto que desde esta premisa a través de este enfoque se puede investigar una realidad externa y autónoma del investigador (Hernández et al., 2006). Por lo que la investigación cuantitativa se caracteriza por ser lo más objetiva posible evitando que los fenómenos estudiados sean afectados por el investigador como por ejemplo sus creencias (Unrau, Grinnell & Williams, 2005).

Además, este enfoque se basa en la lógica o razonamiento deductivo que comienza con la teoría que explica el fenómeno estudiado, y de ésta se derivan expresiones lógicas denominadas hipótesis que el investigador somete a pruebas a través del proceso de análisis (Hernández et al., 2006).

Asimismo, Creswell, (como se citó en Hernández et al., 2006) señala que los análisis cuantitativos se interpretaran a la luz de las predicciones iniciales, es decir, las hipótesis y también de estudios previos como las teorías. Finalmente, Creswell, (como se citó en Hernández et al., 2006) afirma que “la interpretación constituye una explicación de cómo los resultados encajan en el conocimiento existente” (p. 5).

b. Diseño.

El diseño de la investigación será de carácter transversal no experimental con un alcance descriptivo-correlacional ya que el propósito principal es describir los niveles de satisfacción familiar, sintomatología depresiva y apoyo social, así como también evidenciar la relación que existe entre estas variables.

Las investigaciones de carácter transversal permiten la recolección de datos en un solo momento y en un tiempo único (Liu, 2008 y Tucker, 2004). Es por esto que su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández et al., 2006). Asimismo, esta investigación será de corte no experimental ya que este permite que la investigación se realice sin manipular deliberadamente las variables observando los fenómenos tal como se dan en su contexto natural (Hernández et al., 2006).

Como ya se mencionó el diseño de esta investigación será descriptivo-correlacional ya que a partir de este se puede indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población, además de establecer relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado (Hernández, et al., 2006).

c. Hipótesis.

Los niveles de satisfacción familiar y apoyo social percibido se relacionan significativamente con los niveles de sintomatología depresiva evidenciada por los adolescentes de la ciudad de Chillán.

Se observará diferencia en el nivel de sintomatología depresiva, al realizar una comparación según sexo.

Se observará diferencia en el nivel de sintomatología depresiva, al realizar una comparación según curso.

Se observará diferencia en el nivel de satisfacción familiar, al realizar una comparación según sexo.

Se observará diferencia en el nivel de satisfacción familiar, al realizar una comparación según curso.

Se observará diferencia en el nivel de soporte social, al realizar una comparación según sexo.

Se observará diferencia en el nivel de soporte social, al realizar una comparación según curso.

El apoyo social global tiene efecto como variable mediadora entre la satisfacción familiar y la sintomatología depresiva en adolescentes de la ciudad de Chillán.

IV.2 Técnicas de recolección de información

Para llevar a cabo el proceso de recolección de datos se utilizarán escalas de medición tipo Likert, donde a cada enunciado se le relaciona con un valor con la finalidad de sumarlos (Hernández et al., 2006). Una de las características positivas que tiene la utilización de este tipo de instrumentos es que su forma de aplicación es autoadministrada lo que disminuye la participación de intermediarios mediante el proceso (Hernández et al., 2006).

Al aplicar este tipo de instrumento como ya se mencionó no requiere la participación directa del investigador, sin embargo, es preciso que esté presente a lo largo del proceso por si surgiera alguna interrogante para ser clarificada de forma inmediata (Clark-Carter, 2002).

IV.3 Instrumentos

Para medir la variable de depresión se utilizará el Inventario de Depresión de Beck en su versión BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996). Este instrumento fue desarrollado originalmente en 1961 por Beck, y ha sufrido transformaciones desde la fecha a la actualidad. En Chile se evaluaron las propiedades psicométricas de este instrumento en muestras de adolescentes con edades entre 14 y 20 años. Para corroborar su confiabilidad se analizó su consistencia interna ($\alpha=0,91$) y estabilidad temporal además de la homogeneidad de los ítems de la escala. La validez del inventario quedó demostrada por medio de la alta correlación que presenta con las escalas del inventario clínico para adolescentes de Million MACI. Se identificó un puntaje de corte óptimo de 20 puntos para determinar la presencia de síndrome depresivo, sin embargo, se consideró que el puntaje de corte de 19 puntos propuesto por Beck posee una sensibilidad y especificidad prácticamente idéntica. Por último, se encontró una aceptable correlación y se concluyó que el instrumento efectivamente discrimina adecuadamente entre sujetos con y sin sintomatología depresiva (Melipillán et al., 2008).

El BDI-II funciona con modalidad de autoinforme por medio de veintiún ítems con cuatro opciones de respuesta presentadas en escala Likert valoradas desde 0 a 3. Para el puntaje de corte se consideran los puntajes recomendados por Beck. Se mantendrán los intervalos correspondientes a 0-13: depresión mínima; 14-19: depresión leve; 20-28: depresión moderada y 29-63: depresión severa (Beck et al., 1996).

La satisfacción familiar será medida con La Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) de Barraca y López-Yarto (1996), este es un instrumento breve y sencillo diseñado en España para evaluar la satisfacción familiar expresada por los sujetos por medio de distintos adjetivos y constituye una medida de la percepción global que tiene el sujeto sobre su situación familiar. Está compuesta por 27 reactivos, cada uno formado por una pareja de adjetivos antónimos que tratan de evocar respuestas afectivas en el sujeto y que tienen su origen en las interacciones verbales y/o físicas que se producen entre él y los demás miembros de su familia. Puede ser aplicada tanto individual como colectivamente y sirve para fines clínicos, de investigación y en otros campos de la psicología y pedagogía donde sea necesario o conveniente el estudio de la situación familiar. Por su sencillez, no lleva más de 10 minutos completarla (Barraca y López-Yarto, 1999).

Las posibles puntuaciones en la ESFA de cada uno de los antónimos son de 1 (aspecto negativo) a 6 (aspecto positivo), llamadas puntuaciones directas, que se suman para obtener la puntuación total de la escala (máximo 162 puntos). Con la puntuación total se obtienen los centiles según los cuales se determina la satisfacción familiar: 10-20 muy baja; 21-39 baja; 40-60 media; 61-79 alta y 80-90 muy alta satisfacción familiar; sin embargo, en general las puntuaciones por encima del centil cincuenta indican una vivencia satisfactoria de la propia familia. Cuanta más alta es la puntuación, puede entenderse que las interacciones con la familia resultan más gratificantes y que el sujeto valora sus relaciones familiares positivas, agradables, de apoyo, tranquilidad, bienestar, respeto y comprensión entre sus miembros (Barraca y López-Yarto, 1999).

Para medir el apoyo social se seleccionó la escala de apoyo social percibido MOS, desarrollada a partir del estudio Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS) por Sherbourne y Stewart (1991), los cuales siguieron durante 2 años a pacientes con patologías crónicas. La escala consta de 20 ítems; el primero mide el tamaño de la red social, y los restantes miden 3 dimensiones del apoyo social percibido (apoyo social informativo, afectivo e instrumental) mediante una escala tipo Likert que oscila entre 1 a 5 puntos, donde 1 evidencia que nunca se cuenta con una persona para diferentes situaciones y 5 que siempre posee apoyo social (Londoño et al., 2012).

Para medir el nivel de soporte social en información se requiere sumas los siguientes ítems 3, 4, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17 y 19, asimismo para calcula el valor reportado de soporte

social afectivo se suma la puntuación obtenida en los ítems 6, 7, 10, 18, y 20. Por último, para medir el valor reportado en soporte social instrumental se suma la cifra indicada en los siguientes ítems 2, 5, 12, y 15 (Londoño et al., 2012).

Esta escala se encuentra ampliamente validada en la literatura y ha demostrado excelentes características métricas. Por ejemplo, en un estudio realizado en Chile los valores de alfa de cronbach en apoyo social informativo son equivalente a un 0,943, mientras que en el soporte social afectivo se evidencia una consistencia interna de 0,897 y finalmente en el soporte social instrumental se evidencia un alfa de cronbach de 0.859 lo que indica altos valores de la consistencia interna de las sub-escalas al igual que para la escala total donde se evidenció un coeficiente de bipartición de Spearman-Brown de 0,948 (Londoño et al., 2012).

Para establecer los niveles de soporte social global se consideran como referencia los siguientes puntajes de corte donde sobre 89 puntos equivale a un nivel máximo; entre 69 y 88 puntos es nivel medio y finalmente bajo los 69 puntos corresponde a un nivel mínimo. Por su parte en el soporte social informativo sobre los 42 puntos equivalen a un nivel máximo; entre 30 y 41 puntos a un nivel medio y por debajo de los 29 puntos a un nivel mínimo. En el caso del soporte social afectivo sobre los 30 puntos corresponden a un nivel máximo; entre 24 y 29 puntos nivel medio y menos de 23 puntos nivel mínimo. Finalmente, en la sub-escala de soporte social instrumental sobre los 19 puntos equivalen a nivel máximo; entre 13 y 18 nivel medio y bajo 12 puntos nivel mínimo.

IV.4 Población/ muestra

La población de esta investigación estuvo compuesta por adolescentes matriculados en enseñanza media de la ciudad de Chillán. La muestra en su lugar será de tipo probabilística ya que todos los elementos en la población tendrán la misma posibilidad de ser escogidos obteniéndose de la definición de las características de la población (Hernández et al., 2006).

IV.5 Análisis de datos propuestos

Se empleó el inventario de depresión de Beck en su versión traducida al español para cuantificar cual es el nivel de depresión que presentan los adolescentes matriculados en enseñanza media de la ciudad de Chillán, luego se procederá a administrar la escala de satisfacción familiar y el cuestionario MOS de apoyo social.

Se realizó una comparación a partir de las variables independientes, es decir, Satisfacción familiar y apoyo social para determinar si los niveles evidenciados en estas variables se relacionan significativamente con los niveles de sintomatología evidenciados por adolescentes.

Para analizar los datos obtenidos en la investigación se utilizó el programa SPSS (sigla en inglés de Statistical Package of the Social Science). La investigación, al ser de tipo descriptiva-correlacional requerirá el análisis estadístico descriptivo de las tres variables, así como también el análisis correlacional bivariado entre estas. Además, se realizaron procesos de comparación de media mediante la prueba t-student para muestras independientes donde solo se reportarán las diferencias significativas.

Por último, se llevó a cabo un análisis de moderación a través del programa Calculation for the Sobel Test para indagar si alguna de las sub-escalas de la variable apoyo social actúa como variable moderadora de la presencia de sintomatología depresiva evidenciada en adolescentes. Para este análisis, se debieron realizar regresiones lineales entre las variables independientes, es decir satisfacción familiar y apoyo social con la variable dependiente correspondiente a sintomatología depresiva.

IV.6 Criterios de calidad

a. Del instrumento.

Para la variable de depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck en su versión traducida al español BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996), el cual presenta un índice de confiabilidad según el Alfa de Cronbach igual a 0,91. En cuanto a la validez en su consistencia interna o validez de constructo se evidencia una estabilidad temporal, además de la homogeneidad de los ítems de la escala correspondiente a depresión mínima, leve, moderada y severa. En relación a la validez de criterio se comparó con el inventario clínico para adolescentes de Million (MACI) manifestando una alta correlación con este. Por último, en la validez de contenido al considerar el BDI-II como un instrumento unifactorial mide lo que pretende medir como escala total.

El nivel de satisfacción familiar se cuantifico mediante la Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) (Barraca Mairal y López-Yarto, 1996), donde la consistencia interna de la ESFA fue obtenida por el alfa de Cronbach 0.97 para la muestra total. En cuanto a la validez en este instrumento la validez de constructo se comprobó mediante un análisis

factorial de componentes principales y el criterio de Kaiser para la apreciación de los factores. Se obtuvieron tres factores con valores *eigen* mayores a uno que explican el 70.8% de la varianza; sin embargo, debido a que el primer factor por sí solo explica el 62.3%, Barraca y López-Yarto consideraron que la escala tiene una sola dimensión correspondiente a la satisfacción familiar. Junto con esto para la validez de criterio de la ESFA, se escogieron dos escalas: la Escala de Satisfacción Familiar de Olson y Wilson y la Escala de Satisfacción Familiar de Carver y Jones. Por último, presenta la Validez de contenido debido a que casi todos los autores consideran que la satisfacción familiar es un juicio cognitivo, es decir, una valoración que realiza el sujeto de diferentes aspectos (no explícitos) de su vida familiar real comparada con una ideal (Barraca y López-Yarto, 1996).

En cuanto al apoyo social percibido por parte de los adolescentes se utilizó la escala MOS de apoyo social, donde la dimensión de soporte social global evidenció un coeficiente de bipartición de Spearman-Brown correspondiente a 0,948. Respecto a las sub-escalas los valores del alfa de cronbach en apoyo social informativo son equivalente a un 0,943, mientras que en el soporte social afectivo se evidencia una consistencia interna de 0,897 y finalmente en el soporte social instrumental presenta un alfa de cronbach de 0.859 lo que indica altos valores de la consistencia interna de las sub-escalas.

Para establecer la validez de constructo se utilizó un análisis factorial, donde se analizaron las medidas de adecuación muestral obteniéndose un valor de .000000466 lo que indica una alta intercorrelación entre las variables. Además, se utilizó la medida de la adecuación de muestreo KMO la cual indicó un valor de .887 lo cual se considera moderada, por lo tanto, la factorización es apropiada. Para determinar la matriz de correlaciones se utilizó el test de esfericidad de Bartlett la cual tuvo un valor Chi-cuadrado estadísticamente muy significativo ($p < .01$), lo que significa que la matriz de correlaciones no es una matriz de identidad. Concluyéndose así, lo apropiado del análisis factorial.

El cuestionario MOS de apoyo social fue construido a partir de un estudio realizado con pacientes que padecían enfermedades crónicas en EE. UU, donde el instrumento original constaba con 20 preguntas divididas en 4 dimensiones apoyo emocional- informacional, instrumental, de interacción social positiva y de apoyo afectivo. Posteriormente durante el año 2005 fue validado en España por De la Revilla con un alfa de cronbach de 0.97 donde se obtuvo una estructura de solo 3 dimensiones las cuales eran apoyo emocional-

informativa, instrumental y afectiva. En Chile también se encuentra validado con niveles de confiabilidad que fluctúan entre 0.91 a 0.96. Cabe mencionar que este instrumento se encuentra ampliamente validado en la literatura y ha demostrado excelentes características métricas, lo que significa que en sus tres dimensiones el instrumento mide soporte social demostrado así una alta validez de contenido (Sherbourne y Stewart, 1991).

b. De la investigación.

1. Validez interna.

El control o la validez interna de la situación experimental corresponde si en el estudio se observa que una o más variables independientes hacen variar a las dependientes, la variación de estas últimas se debe a la manipulación de las primeras y no a otros factores o causas. Además, es el grado de confianza que se tiene de que los resultados del experimento se interpreten adecuadamente y sean válidos (Hernández et al., 2006).

En el caso de esta investigación permitirá descubrir la correlación entre las variables independientes apoyo social percibido y satisfacción familiar en la variable dependiente correspondiente a la sintomatología depresiva.

2. Validez externa.

La validez externa se refiere a qué tan generalizables son los resultados de un experimento a situaciones no experimentales, así como a otros participantes o poblaciones (Hernández et al., 2006).

La muestra de este estudio se seleccionó considerando un índice de confiabilidad de 95% y un margen de error de 5%, valores más utilizados en el estudio de fenómenos sociales. Además, la muestra será de carácter probabilístico dirigida a adolescentes matriculados en enseñanza media de la ciudad de Chillán, por lo que se podrán hacer generalizaciones a toda esta población (Hernández et al., 2006).

3. Objetividad.

Se refiere al grado en que el instrumento es permeable a la influencia de los sesgos y tendencias del investigador o investigadores que lo administran, califican e interpretan (Hernández et al., 2006) por esto al momento de la revisión e interpretación de los datos, se utilizara un software estadístico para así evitar los posibles sesgos de los investigadores.

La objetividad se reforzará en la presente investigación mediante la estandarización en la aplicación del instrumento, donde en los diferentes instrumentos que se administrarán todos los participantes recibirán las mismas instrucciones y condiciones (Hernández et al., 2006).

IV.7 Aspectos éticos

Para los resguardos éticos de esta investigación se facilitara la entrega previa de la información sobre el propósito de la recolección de los datos, además considerando las características de esta investigación se solicitara un consentimiento informado a los adultos responsables y a los adolescentes al ser menores de edad se les pedirá un asentimiento informado (França-Tarragó, 2001). Adicionalmente, se tomarán otras medidas especiales como el anonimato, resguardando en su totalidad la identidad de los participantes y la confidencialidad de los datos, donde solo tendrán acceso personas relacionadas con la investigación (França-Tarragó, 2012).

El análisis de los datos obtenidos se efectuó de la manera más transparente posible cuidando no realizar ningún tipo de manipulación ni plagio de los datos obtenidos, ya que estos serán ingresados y procesados a través de un software estadístico (SPSS, v21), siendo posible con ello una rigurosa actitud metodológica, así como también la obtención no prejuiciosa de los datos (França-Tarragó, 2001).

V. Resultados

V.1 Caracterización de la muestra

De un universo de 11.769 estudiantes matriculados en enseñanza media de la ciudad de Chillán, se estudió a 433 adolescentes correspondientes al 3,7% del universo total. Para la selección del tamaño muestral se utilizó un índice de confiabilidad de 95% y un margen de error de 5%, mientras que para seleccionar los elementos muestrales se utilizó un muestreo estratificado por etapas no proporcional primero por colegio y después por curso.

En relación a la muestra se puede señalar que un 46% equivale al género masculino mientras que el 54% restante corresponde al género femenino. Por su parte en la distribución por curso se evidencia que un 33% corresponde a adolescentes de 1° medio, asimismo un 25,6% representa a los alumnos de 2° medio y un 24,9% a los estudiantes de 3° medio. Finalmente, un 16,2% de la muestra representa a los alumnos de 4° medio.

En la tabla 1 se exponen la distribución muestral por género y curso donde se señalan cuántos hombres y mujeres respondieron a los instrumentos por curso.

Tabla 1.

Distribución Muestral por Género y Curso.

		Género		Total
		masculino	Femenino	
Curso	1° Medio	68	76	144
	2° Medio	47	64	111
	3° Medio	53	55	108
	4° Medio	31	39	70
Total		199	234	433

V.2 Análisis de resultados

V.2.1 Análisis descriptivos.

A continuación, se sintetizan los resultados relativos a cada una de las variables estudiadas.

En la tabla 2 se pueden apreciar las medidas de tendencia central presentadas en las variables de satisfacción familiar, sintomatología depresiva y soporte social global, informativo, afectivo e instrumental.

Tabla 2.
Medidas de Tendencia Central por Instrumento.

	ESFA	BECK	MOS GLOBAL	MOS INFORMATIVO	MOS AFECTIVO	MOS INSTRUMENTAL
N	433	433	433	433	433	433
Media	123,92	18,16	73,68	37,53	20,41	15,73
Mediana	129	15	77	39	22	17
Moda	162	7	95	50	25	20
Desv. típ.	26,25	14,01	16,36	9,88	4,52	4,05
Varianza	689,23	196,46	267,74	97,64	20,44	16,42
Asimetría	-,669	,831	-,526	-,475	-,839	-,930
Curtosis	-,226	-,083	-,679	-,852	-,297	,112
Mínimo	40	,00	31	12	7	4
Máximo	162	61	95	50	25	20

En promedio los adolescentes de la ciudad de Chillán perciben una muy alta satisfacción familiar, donde el 1,8% de los casos se ubica en la categoría media de satisfacción familiar, un 5,3% en la categoría de alta satisfacción familiar y un 92,8% en la categoría de muy alta satisfacción familiar, no evidenciándose casos en la categoría de baja satisfacción familiar. Además, la mayoría de los sujetos obtuvieron una máxima puntuación en el instrumento donde los datos se encuentran dispersados en forma ascendente en torno a la media. Por su parte la varianza fue igual a 689 puntos mientras que el rango indica que se utilizaron las categorías entre media satisfacción familiar y puntaje máximo. La distribución muestral en este caso presenta una asimetría negativa, por lo cual la frecuencia tiende a agruparse a la derecha de la distribución normal, presentándose un ondeamiento platicúrtico.

Respecto a la sintomatología depresiva se puede mencionar que en promedio los adolescentes presentan sintomatología depresiva leve donde el 49,9% se encuentra en la categoría mínima de sintomatología depresiva, un 13,9% en la categoría leve, un 17,8% en la categoría moderada y finalmente un 18,5% de la muestra se encuentra en la categoría grave. También, se puede señalar que los datos se encuentran dispersados en 14 puntos en relación a la media y la varianza fue igual a 196 puntos. Por su parte el rango observado indica que se ocuparon todas las categorías de las variables. En este caso la distribución muestral presenta una asimetría positiva, por lo cual la frecuencia tiende a agruparse a la izquierda de la distribución normal, además la distribución muestral presenta un ondeamiento leptocúrtico.

Se puede señalar que las mujeres sostuvieron niveles más altos de sintomatología depresiva que los hombres en todas sus categorías exceptuando la categoría de mínima sintomatología depresiva, tal como se puede observar en la tabla 3.

Tabla 3.
Categorías de Sintomatología Depresiva por Sexo.

Categoría	Sexo	
	Hombres	Mujeres
Mínima	65,33%	36,75%
Leve	12,06%	15,38%
Moderada	10,55%	23,93%
Grave	12,06%	23,93%
Total	100%	100%

En relación a la sintomatología depresiva se pudo observar que algunas se manifestaron con mayor frecuencia en los ítems que presenta el instrumento. En el área del pesimismo un 25,2% de los adolescentes señala sentirse más desanimados sobre su futuro que antes, mientras que en el ítem sentimientos de fracaso un 31,2% de los jóvenes manifiestan haber fracasado más de lo que deberían.

Por su parte en el ítem pérdida de placer un 34,4% de los adolescentes señalan no disfrutar de las cosas tanto como antes, asimismo en el área que evalúa sentimientos de culpa un 42,5% de los jóvenes manifiestan sentirse culpables de muchas cosas que han hecho o que deberían haber hecho. En el ítem sentimiento de castigo un 20,3% de los adolescentes manifiestan sentir que pueden ser castigados.

Respecto al ítem insatisfacción con uno mismo un 25,2% de los jóvenes señalan haber perdido la confianza en sí mismo, lo que se relaciona con el ítem de autocríticas donde un 34,6% de los adolescentes mencionan ser más críticos consigo mismos de los que solían ser. También, en el área que evalúa pensamientos o deseos de suicidios un 23,3% de los jóvenes manifiestan tener pensamientos de suicidios, pero no llevarlo a cabo. No obstante, un 4,6% de los adolescentes señalan que de tener la oportunidad cometerían un acto suicida.

En relación al ítem llanto un 21,2% de los adolescentes manifiestan tener ganas de llorar continuamente pero no poder hacerlo. Además, en el área de agitación un 32,1% de los jóvenes manifiestan sentirse más inquietos o tensos que de costumbre, mientras que 39,3%

de los adolescentes en el ítem pérdida de interés mencionan estar menos interesados que antes por personas o actividades.

Correspondiente al ítem de indecisión un 31,9% de los adolescentes señala que les resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones. Junto a esto en el área que evalúa la pérdida de energía un 38,8% de los jóvenes menciona tener menos energía de la que solían tener. Esto último se encuentra relacionado con el ítem de cambio en el patrón del sueño donde un 21,7% de los adolescentes manifiesta dormir algo menos de lo habitual. Asimismo, en el ítem de cansancio o fatiga un 38,3% de los adolescentes mencionan cansarse o fatigarse más fácilmente que de costumbre.

Finalmente, en el ámbito de irritabilidad un 29,1% de los jóvenes manifiesta sentirse más irritable de lo habitual. Mientras que en el área de dificultad para concentración un 26,3% de los adolescentes manifiesta que le cuesta mantenerse concentrado en algo durante mucho tiempo.

Respecto al Soporte Social, se observa que un 36% de los casos manifiestan un bajo nivel de soporte social, un 41,3% evidencia un nivel medio, finalmente un 22,6% de los adolescentes perciben alto nivel de soporte social. Como se observa la mayoría de los sujetos obtuvieron un nivel medio de soporte social global y los datos fueron dispersados en 16 puntos en relación a la media. La varianza fue igual a 267 puntos mientras que el rango fue de 64 puntos, lo que quiere decir que se ocuparon todas las categorías de las variables. La distribución muestral en este caso presenta una asimetría negativa, por lo cual la frecuencia tiende a agruparse a la izquierda de la distribución normal. También se puede señalar que la distribución muestral presenta un ondeamiento platicúrtico.

En relación al soporte social informativo se evidencia que un 21,9% de los casos se ubica en un nivel bajo, un 35,3% en un nivel medio y finalmente un 42,7% se encuentra en un nivel alto de soporte social informativo. La mayoría de los sujetos evidencian niveles altos de soporte social informativo, donde se observa una dispersión de 10 puntos en relación a la media. La varianza fue igual a 98 puntos mientras que el rango fue de 38 puntos, lo que quiere decir que se ocuparon todas las categorías de las variables. La distribución muestral muestra una asimetría negativa, por lo cual la frecuencia tiende a agruparse a la izquierda de la distribución normal, además la distribución muestral presenta un ondeamiento platicúrtico.

Por su parte en la dimensión de soporte social afectivo un 65,1% de los adolescentes se encuentra en la categoría de bajo soporte social afectivo, mientras que el 34,9% restante obtuvo un nivel medio de esta dimensión, no evidenciándose niveles altos de soporte social afectivo. Según lo señalado la mayoría de los sujetos evidenciaron niveles bajos de soporte social afectivo, donde los datos se dispersan en 5 puntos en relación a la media. También, se muestra una varianza de 20 puntos mientras que el rango fue de 18 puntos, lo que quiere decir que se ocuparan todas las categorías de las variables. La distribución muestral en este caso presenta una asimetría negativa, por lo cual la frecuencia tiende a agruparse a la izquierda de la distribución normal. Finalmente se puede señalar que la distribución muestral presenta un ondeamiento platicúrtico.

En cuanto al soporte social instrumental se evidencia que el 18,9% de los casos se ubicó en un nivel bajo, un 46,2% en un nivel medio y un 34,9% en un nivel de alto soporte social instrumental. Además, la mayoría de los sujetos obtuvieron niveles medios de soporte social instrumental y los datos se dispersan en 4 puntos en relación a la media. La varianza y el rango fueron de 16 puntos, lo que quiere decir que se ocuparan todas las categorías de las variables. La distribución muestral presenta una asimetría negativa, por lo cual la frecuencia tiende a agruparse a la izquierda de la distribución normal. Por su parte la distribución muestral presenta un ondeamiento platicúrtico.

V.2.2 Análisis comparativos por curso.

En la tabla 4 se muestran las diferencias significativas de los niveles de satisfacción familiar obtenidos por los diferentes cursos.

Tabla 4.
Cálculo de las Diferencias de Medias entre Cursos en ESFA

		N	M y (DT)	Diferencia medias	gl	t	IC 95%		Sig
							Inferior	Superior	
1º medio		144	126,11 (26,19)	9,84	253	2,95	3,27	16,42	,003***
	2º medio	111	116,27 (26,65)						
1º medio		144	126,11 (26,19)	-,69	250	-,210	-7,19	5,80	,834
	3º medio	108	126,80 (25,58)						
1º medio		144	126,11 (26,19)	-1,00	212	-,267	-8,40	6,39	,790
	4º medio	70	127,11 (24,86)						
2º medio		111	116,27 (26,65)	-10,53	217	-2,98	-17,49	-3,57	,003***
	3º medio	108	126,80 (25,58)						
2º medio		111	116,27 (26,65)	-10,84	179	-2,73	-18,66	-3,02	,007**
	4º medio	70	127,11 (24,86)						
3º medio		108	126,80 (25,58)	-,30	176	-,080	-7,97	7,35	937
	4º medio	70	127,11 (24,86)						

* p < ,05 ** p < ,01 ***p < ,005

Se puede mencionar que los niveles de satisfacción familiar de 2º medio se diferencian significativamente ($p < 0.005$) de los niveles presentados por 1º y 3º medio. Así como también, se diferencian significativamente con los resultados obtenidos por 4º medio ($p < 0.05$). Sin embargo, los cuatro cursos evidencian niveles óptimos de satisfacción familiar.

En la tabla 5 se muestran las diferencias significativas de los niveles de sintomatología depresiva obtenidos por los diferentes cursos.

Tabla 5.
Cálculo de las Diferencias de Medias entre Cursos en BECK

		N	M y (DT)	Diferencia medias	gl	t	IC 95%		Sig
							Inferior	Superior	
1º medio		144	16,75 (14,40)	-4,28	253	-2,32	-7,91	-,65	,021*
	2º medio	111	21,03 (14,85)						
1º medio		144	16,75 (14,40)	-1,53	250	-,86	-5,03	1,95	,38
	3º medio	108	18,28 (13,28)						
1º medio		144	16,75 (14,40)	,40	212	,203	-3,55	4,36	,84
	4º medio	70	16,34 (12,38)						
2º medio		111	21,03 (14,85)	2,74	217	1,44	-1,00	6,50	,151
	3º medio	108	18,28 (13,28)						
2º medio		111	21,03 (14,85)	4,69	165,5	2,29	,65	8,72	,023*
	4º medio	70	16,34 (12,38)						
3º medio		108	18,28 (13,28)	1,94	176	,979	-1,97	5,86	,329
	4º medio	70	16,34 (12,38)						

* p < ,05 ** p < ,01 ***p < ,005

Los niveles de sintomatología depresiva evidenciados por los adolescentes de 2º medio se diferencian significativamente ($p < 0.05$) de los evidenciados por los adolescentes de 1º y 4º medio. Lo que indicaría que los 2º medios presentan en promedio un nivel de

sintomatología depresiva moderada, mientras que los 1° medios y 4° medios muestran sintomatología depresiva leve.

En la tabla 6 se muestran las diferencias significativas de los niveles de soporte social global obtenidos por los diferentes cursos.

Tabla 6.
Cálculo de las Diferencias de Medias entre Cursos en MOS GLOBAL

		N	M y (DT)	Diferencia medias	gl	t	IC 95%		Sig
							Inferior	Superior	
1° medio		144	75,21 (16,37)	6,34	253	3,11	2,32	10,35	,002***
	2° medio	111	68,87 (15,83)						
1° medio		144	75,21 (16,37)	-1,10	250	-5,39	-5,15	2,93	,590
	3° medio	108	76,32 (15,84)						
1° medio		144	75,21 (16,37)	1,12	212	,470	-3,60	5,86	,639
	4° medio	70	74,08 (16,69)						
2° medio		111	68,87 (15,83)	-7,45	216	-3,48	-11,66	-3,23	,001***
	3° medio	108	76,32 (15,84)						
2° medio		111	68,87 (15,83)	-5,21	179	-2,11	-10,08	-,340	,036*
	4° medio	70	74,08 (16,69)						
3° medio		108	76,32 (15,84)	2,23	176	-901	-2,72	7,20	,369
	4° medio	70	74,08 (16,69)						

* p < ,05 ** p < ,01 ***p < ,005

Respecto a los niveles de soporte social global de 2° medio estos se diferencian significativamente (p<0.005) de los niveles presentados por 1° y 3° medio. Así como también, se diferencian significativamente con los resultados obtenidos por 4° medio (p< 0.05). No obstante, se evidencian niveles medios de soporte social global en todos los cursos.

En la tabla 7 se muestran las diferencias significativas de los niveles de soporte social informativo obtenidos por los diferentes cursos.

Tabla 7.
Cálculo de las Diferencias de Medias entre Cursos en MOS INFORMATIVO

		N	M y (DT)	Diferencia medias	gl	t	IC 95%		Sig
							Inferior	Superior	
1° medio		144	38,59 (9,71)	4,16	253	3,35	1,71	6,61	.001***
	2° medio	111	34,43 (10,01)						
1° medio		144	38,59 (9,71)	-,45	250	-,377	-2,85	1,93	,707
	3° medio	108	39,05 (9,35)						
1° medio		144	38,59 (9,71)	,68	212	,479	-2,12	3,49	,632
	4° medio	70	37,91 (9,93)						
2° medio		111	34,43 (10,01)	-4,62	217	-3,62	-7,20	-2,04	,001***
	3° medio	108	39,05 (9,35)						
2° medio		111	34,43 (10,01)	-3,48	179	-2,28	-6,48	-,47	,023*
	4° medio	70	37,91 (9,93)						
3° medio		108	39,05 (9,35)	1,14	176	,776	-1,76	4,04	,439
	4° medio	70	37,91 (9,93)						

* p < ,05 ** p < ,01 ***p < ,005

En los niveles de soporte social informativo de 2° medio se observa que estos se diferencian significativamente (p<0.005) de los niveles presentados por 1° y 3° medio.

Asimismo, se diferencian significativamente con los resultados obtenidos por 4° medio ($p < 0.05$). Pese a las diferencias evidenciadas se puede señalar que todos los cursos tienen un nivel medio de soporte social informativo.

En la tabla 8 se muestran las diferencias significativas de los niveles de soporte social afectivo obtenidos por los diferentes cursos.

Tabla 8.
Cálculo de las Diferencias de Medias entre Cursos en MOS AFECTIVO

	N	M y (DT)	Diferencia medias	gl	t	Sig IC 95%		Sig
						Inferior	Superior	
1° medio	144	20,68 (4,54)	1,11	253	1,96	-,001	2,22	,050
2° medio	111	19,57 (4,37)						
1° medio	144	20,68 (4,54)	-,35	250	-,61	-1,50	,78	,53
3° medio	108	21,04 (4,58)						
1° medio	144	20,68 (4,54)	,47	212	,717	-,82	1,77	,47
4° medio	70	20,21 (4,48)						
2° medio	111	19,57 (4,37)	-,46	217	-2,42	-2,66	-,27	,016*
3° medio	108	21,04 (4,58)						
2° medio	111	19,57 (4,37)	-,63	179	-,94	-1,96	,69	,34
4° medio	70	20,21 (4,48)						
3° medio	108	21,04 (4,58)	,83	176	1,19	-,54	2,20	,23
4° medio	70	20,21 (4,48)						

* $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,005$

Se puede mencionar que los niveles de soporte social afectivo de 2° medio se diferencian significativamente ($p < 0.05$) de los niveles presentados por 3° medio, donde todos los cursos se encuentran en un nivel medio de soporte social afectivo.

En la tabla 9 se muestran las diferencias significativas de los niveles de soporte social instrumental obtenidos por los diferentes cursos.

Tabla 9.
Cálculo de las Diferencias de Medias entre Cursos en MOS INSTRUMENTAL

	N	M y (DT)	Diferencia medias	gl	t	IC 95%		Sig
						Inferior	Superior	
1° medio	144	15,93 (3,81)	1,06	253	2,18	,102	2,02	,030*
2° medio	111	14,86 (3,93)						
1° medio	144	15,93 (3,81)	-,291	250	-,581	-1,28	,696	,562
3° medio	108	16,22 (4,10)						
1° medio	144	15,93 (3,81)	-,026	212	-,045	-1,18	1,13	,964
4° medio	70	15,95 (4,48)						
2° medio	111	14,86 (3,93)	-1,35	217	-2,49	-2,42	-,286	,013*
3° medio	108	16,22 (4,10)						
2° medio	111	14,86 (3,93)	-1,09	179	-1,72	-2,34	,159	,087
4° medio	70	15,95 (4,48)						
3° medio	108	16,22 (4,10)	,265	176	,406	-1,02	1,55	,685
4° medio	70	15,95 (4,48)						

* $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,005$

En los niveles de soporte social instrumental de 2° medio se observa una diferencia significativa ($p < 0.05$) con los niveles presentados por 1° y 3° medio, sin embargo, en todos los cursos se evidencian niveles medios de soporte social instrumental.

V.2.3 Análisis comparativos por sexo.

En la tabla 10 se muestran las diferencias significativas de los niveles de satisfacción familiar, sintomatología depresiva y soporte social global, informativo, afectivo e instrumental obtenidos por hombres y mujeres.

Tabla 10.
Cálculo de las Diferencias de Medias entre Sexos por Instrumentos

Instrumento	Género	N	M y (DT)	Diferencia medias	GI	t	IC 95%		Sig
							Inferior	Superior	
Esfa	Hombre	199	127,71 (24,00)	7,02	430,82	2,82	2,14	11,90	,005**
	Mujer	234	120,69 (27,66)						
Beck	Hombre	199	13,65 (12,09)	-8,35	430,93	-6,55	-10,85	-5,84	,000***
	Mujer	234	22,00 (14,41)						
Mos Global	Hombre	199	74,17 (15,57)	,910	431	,577	-2,19	4,01	,564
	Mujer	234	73,26 (17,02)						
Mos informativo	Hombre	199	37,99 (9,57)	,853	431	,896	-1,01	2,72	,371
	Mujer	234	37,14 (10,14)						
Mos afectivo	Hombre	199	20,46 (4,36)	,095	431	,219	-,76	,95	,827
	Mujer	234	20,37 (4,66)						
Mos instrumental	Hombre	199	5,71 (3,80)	-,038	430,00	-0,99	-,800	,723	,921
	Mujer	234	15,75 (4,26)						

* p < ,05 ** p < ,01 ***p < ,005

Se puede señalar que las principales diferencias en relación al sexo se manifestaron en los niveles de satisfacción familiar y sintomatología depresiva. Donde los niveles de satisfacción familiar evidenciados por mujeres se diferencian significativamente ($p < 0.05$) de los niveles evidenciados por hombres, sin embargo, ambos se encuentran en un nivel óptimo de satisfacción familiar.

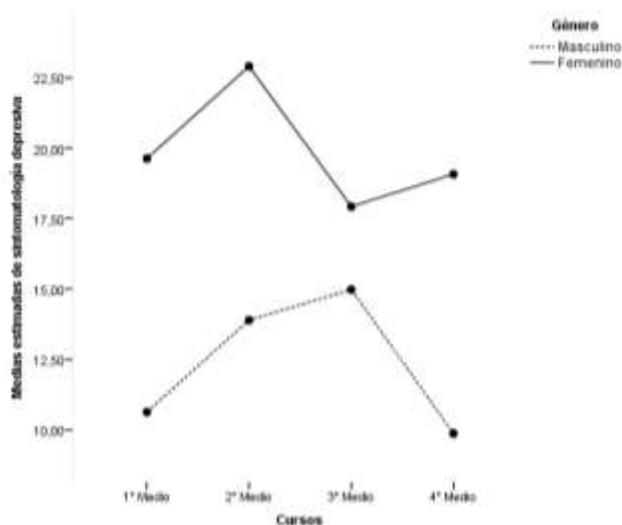


Figura 1. Niveles de sintomatología depresiva diferenciados por sexo y curso.

También, los niveles de sintomatología depresiva evidenciada por mujeres se diferencian significativamente ($p < 0.005$) de los niveles evidenciados por hombres. Se puede observar que las mujeres presentan niveles de depresión moderada mientras que los hombres muestran niveles de depresión leve.

V.2.4 Análisis correlacionales.

En la tabla 11 se muestran las correlaciones entre los niveles de satisfacción familiar, sintomatología depresiva y soporte social global, informativo, afectivo e instrumental.

Tabla 11.
Análisis Correlacional de Instrumentos

	ESFA	BECK	MOS GLOBAL	MOS INFORMATIVO	MOS AFECTIVO	MOS INSTRUMENTAL
ESFA	1	-,654**	,608**	,576**	,525**	,467**
BECK		1	-,472**	-,461**	-,422**	-,312**
MOS GLOBAL			1	,957**	,884**	,718**
MOS INFORMATIVO				1	,793**	,541**
MOS AFECTIVO					1	,520**
MOS INSTRUMENTAL						1

** . La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

La satisfacción familiar y la sintomatología depresiva se relacionan de forma negativa con tendencia media, por lo tanto, a mayor satisfacción familiar menor es la sintomatología depresiva presentada en adolescentes.

Los niveles de satisfacción familiar se relacionan de forma positiva con tendencia media con los niveles de soporte social global, informativo, afectivo e instrumental, por lo tanto, a mayor satisfacción familiar mayores serán los niveles de soporte social global, informativo, afectivo e instrumental percibidos por adolescentes de la ciudad de Chillán.

Por su parte los niveles de sintomatología depresiva se relacionan de forma negativa con tendencia media con los niveles de soporte social global, informativo, afectivo e instrumental por lo tanto a mayor sintomatología depresiva menor es el nivel de soporte social global, informativo, afectivo e instrumental percibido por adolescentes.

Correspondiente a los niveles de soporte social global se puede mencionar que estos se encuentran relacionados de forma positiva con tendencia muy fuerte con los niveles de soporte social informativo y afectivo, por lo tanto, a mayor soporte social global mayor es el nivel de soporte social informativo y afectivo. Además, los niveles de soporte social global se relacionan de forma positiva con tendencia considerable con los niveles de soporte social instrumental, por lo tanto, a mayor soporte social global mayor es el nivel de soporte social instrumental.

Finalmente, el nivel de soporte social informativo se relaciona de forma positiva con tendencia considerable con el nivel de soporte social afectivo, por lo tanto a mayor soporte social informativo mayor es el nivel de soporte social afectivo.

V.2.5 Análisis de mediación.

Tras realizar un análisis de mediación utilizando el programa Calculation for the Sobel Test en las variables de soporte social global, informativo, afectivo e instrumental se encontró un efecto de moderación significativo sólo en soporte social informativo donde se evidencio un valor sobel de -2.79 con un valor p de 0.005, lo que indica que existe una probabilidad significativa que se presente el efecto de mediación, es decir que la satisfacción familiar influye negativamente sobre la sintomatología depresiva, pero su efecto es moderado por la presencia de soporte social informativo.

VI. Discusión y conclusiones

La investigación se centró en estudiar cómo se manifiesta el fenómeno de la depresión en la población adolescente, así como algunos de los factores que intervienen en esta como la satisfacción familiar y el apoyo social. Además, en determinar si este último se podría considerar como una variable mediadora entre la satisfacción familiar y la sintomatología depresiva. En la actualidad no se han encontrado estudios con un propósito similar, sin embargo, se han realizado estudios donde se relaciona la satisfacción familiar y el soporte social con la sintomatología depresiva pero de manera aislada. Asimismo, son escasos los estudios en los que se ha analizado la manera en como la satisfacción familiar se relaciona con la presencia de depresión en los adolescentes en Chile (Salazar et al., 2013).

La hipótesis inicial de este estudio sostenía que los niveles de satisfacción familiar y apoyo social percibido se relacionan significativamente con los niveles de sintomatología depresiva evidenciada por los adolescentes lo que se pudo corroborar a partir de los resultados obtenidos. Además, las otras hipótesis iban orientadas a que se observarían diferencias en los niveles de satisfacción familiar, sintomatología depresiva y soporte social al realizar una comparación entre sexo y curso, las cuales se observaron en todos los niveles aceptando así las hipótesis planteadas. Finalmente se evaluaría si el soporte social global tiene un efecto como variable mediadora entre la satisfacción familiar y la sintomatología depresiva en adolescentes de la ciudad de Chillán, en este ámbito se puede señalar que fue el soporte social informativo el que presentó esta característica.

A continuación, se mostrará detalladamente cómo se relacionan los resultados obtenidos en esta investigación con la literatura ya existente, así como también los resultados que apoyan la comprobación de las hipótesis.

Como ya se mencionó en este estudio se consideraron dos factores que intervienen en la depresión, los cuales son satisfacción familiar y soporte social esto debido a que se ha encontrado que en la adolescencia los padres y el grupo de pares son considerados como las figuras más significativas, además este mundo de relaciones sociales es el que determina en gran medida la valoración global que el adolescente realiza sobre su persona y su lugar en el mundo (Cava y Musitu, 2002; Lila, Buelga y Musitu, 2006). También, en otros estudios se ha destacado la importancia de la familia como una fuente de recursos

que permite al adolescente afrontar con éxito los cambios asociados a esta etapa evolutiva (Davies & Windle, 2001; Parke, 2004, Salazar et al, 2013).

A partir de los resultados de este estudio se puede mencionar que los alumnos que presentaron mayores índices de sintomatología depresiva son justamente los que evidencian una baja satisfacción familiar, así como también bajo soporte social global, informativo, afectivo e instrumental. Dicha situación se evidencio en hombres y mujeres de 2° medio, donde las mujeres han evidenciado niveles más bajos de satisfacción familiar y soporte social en todas sus categorías.

Lo anterior se relaciona con un estudio realizado por Vicente et al. (2012), donde se sostiene que uno de los factores de riesgo asociados a la sintomatología depresiva es una alta percepción del mal funcionamiento familiar. También, se ha encontrado que frente a factores de vulnerabilidad o de activación como lo es la desestructuración familiar y ser de sexo femenino, el mantener buenas relaciones de amistad y relaciones estrechas con una o más personas reducen el riesgo de sufrir depresión en la adolescencia (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia y Ministerio de sanidad y política social, 2009).

. Esto último concuerda con lo encontrado en este estudio donde las mujeres de 3° medio evidenciaron niveles más bajos de sintomatología depresiva y más altos de satisfacción familiar y soporte social en todas sus categorías. La misma situación se refleja en el sexo masculino donde los hombres de 1° medio manifiestan altos niveles de satisfacción familiar y soporte social global, mientras que un bajo nivel de sintomatología depresiva. Esta información también concuerda con lo reportado por De la Barra et al. (2005) quienes sostienen que el apoyo social mostraba una baja asociación inversa con el ánimo depresivo en adolescentes.

La prevalencia de la depresión en la población adolescente suele mostrar cifras bastante alarmantes según lo señalado por De la Barra et al. (2005). Los resultados evidenciados en este estudio se ajustan con los antecedentes referenciales antes mencionados, ya que se puede establecer que un 17, 8 % de los casos presentaron niveles moderados de sintomatología depresiva y un 18,5% niveles graves. La muestra total de este estudio estuvo compuesta por hombres y mujeres, donde en lo que respecta a la sintomatología depresiva la población masculina en relación a la femenina presentó mayores porcentajes en la

categoría de mínima sintomatología depresiva y menores en las categorías de sintomatología depresiva leve, moderada y grave. Según las cifras señaladas se puede establecer que la sintomatología depresiva se presenta con mayor frecuencia en los adolescentes de sexo femenino, esto último concuerda con las estadísticas encontradas en el estudio de Vicente et al. (2012).

En relación a la variable curso se evidenciaron diferencias significativas en los niveles de satisfacción familiar y sintomatología depresiva entre los 2° medios y los cursos restantes. Se puede mencionar que los niveles de satisfacción familiar evidenciados por adolescentes de 2° medio fueron menores a los evidenciados por adolescentes de 1°, 3° y 4° medio. Mientras que en relación a la sintomatología depresiva los niveles presentados por 2° medio fueron mayores a los evidenciados por 1°, 3° y 4° medio.

Es relevante mencionar que en relación a la sintomatología depresiva los hombres de 3° medio manifestaron mayores niveles de sintomatología depresiva que los otros cursos, mientras que las mujeres evidenciaron mayores niveles en 2° medio, según estas cifras se puede sostener que los altos niveles de sintomatología depresiva evidenciada a nivel general por los segundos medios se pueden explicar por el aumento de esta misma en el sexo femenino en esa edad.

Lo anterior se puede justificar debido a que, en la primera mitad de la adolescencia, los trastornos depresivos son 2 o 3 veces más frecuentes en el sexo femenino donde las principales causales podrían ser los cambios hormonales que se producen, así como un incremento del estrés y una mala respuesta a este, además de diferencias en las relaciones interpersonales y tendencia a pensamientos rumiativos (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia y Ministerio de sanidad y política social, 2009).

Las cifras recabadas podrían resultar preocupantes ya que presentar depresión durante la etapa de la adolescencia media, es decir desde los 14-16 años podría aumentar significativamente el riesgo de padecer una depresión mayor en la adolescencia tardía comprendida entre los 16 y 21 años (Ferguson y Woodward citados por Valdés, 2001).

Dentro de la sintomatología depresiva los síntomas más frecuentes fueron lo relacionados con sentimientos de culpa, pérdida de energía y cansancio o fatiga. Sin

embargo, los adolescentes también manifestaron altos porcentajes en el ítem que evalúa los pensamientos o deseos suicidas, donde 100 adolescentes manifestaron tener pensamientos suicidas pero no llevarlos a cabo, asimismo 19 de los 433 adolescentes señalaron que de tener la oportunidad cometerían un acto suicida. Se puede mencionar que la presencia de estos síntomas puede incrementar de forma significativa el riesgo de presentar depresión mayor en niños y adolescentes (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia y Ministerio de sanidad y política social, 2009).

Las cifras relacionadas a los pensamientos o deseos suicidas obtenidos por este estudio pueden resultar alarmantes considerando que el suicidio representa cerca del 1,5% de todas las defunciones en el mundo, donde el año 2015 se encontró entre las 20 principales causas de defunción (OPS, 2017). Además, “durante el año 2015 el suicidio fue la segunda causa principal de muerte a nivel mundial en personas de edades comprendidas entre los 15 y 29 años” (OPS, 2017 p.14). Debido a los resguardos éticos considerados en esta investigación, no es posible identificar a los estudiantes que respondieron afirmativamente este ítem, pero se recomienda en general a los establecimientos tener en cuenta esta información para generar medidas preventivas en todos los adolescentes. En este contexto, como una forma de prevención se sugiere poner a disposición de los estudiantes personas capacitadas para orientar y entregar información respecto a las mayores problemáticas evidenciadas en esta etapa evolutiva. Estas problemáticas se encuentran asociadas a las crisis madurativas que surgen a esta edad debido a los cambios físicos y psicológicos que tienen su génesis en la primera adolescencia. De esta manera se podrían incrementar los niveles de soporte social informativo los cuales ayudan a disminuir la sintomatología depresiva.

También, en relación al comportamiento del soporte social entre las variables satisfacción familiar y sintomatología depresiva se pudo observar que cuando los adolescentes cuentan con al menos una persona que pueda aconsejarlos en las diferentes problemáticas el efecto de la satisfacción familiar sobre la sintomatología depresiva disminuye, esto se puede evidenciar en ambos sexos ya que en el caso de las mujeres los niveles de sintomatología depresiva de 3° medio tienden a disminuir donde también se evidencian los niveles más altos de satisfacción familiar y soporte social informativa, mientras que en los hombres los niveles de sintomatología depresiva más bajos se

evidencian en 4° medio, donde también se sostienen altos niveles de satisfacción familiar y soporte social informativo.

Finalmente a partir de los resultados obtenidos se observan altos niveles de satisfacción familiar, no obstante lo adolescentes manifiestan altos porcentajes en los niveles de moderada y grave sintomatología depresiva.

También, se observaron diferencias significativas en las variables de género y escolaridad. En relación a la variable de género se observó que los niveles de sintomatología depresiva fueron más altos en mujeres que en hombres, mientras que en la variable de escolaridad se evidenciaron niveles más altos de sintomatología depresiva en los 2° medios de los distintos establecimientos.

Por medio de los análisis correlaciones se pudo establecer que a mayor presencia de satisfacción familiar y soporte social global, informativo, afectivo e instrumental disminuye la sintomatología depresiva evidenciada en adolescentes de la ciudad de Chillán. Sin embargo, mediante un análisis de moderación se pudo observar que la influencia de la satisfacción familiar sobre la sintomatología depresiva tiende a disminuir ante la presencia de soporte social informativo, lo que indica la importancia que representa para los adolescentes que existan personas que puedan brindar consejos para afrontar las problemáticas que se asocian a esta etapa del desarrollo.

VI. 1 Limitaciones

Una de las limitaciones de este estudio es que la muestra sólo sería representativa para los adolescentes de la ciudad de Chillán y para establecimientos de niveles socioeconómicos medio y medio-bajo, esto último debido a la escasa inclusión de colegios particulares y particulares subvencionados.

VI. 2 Proyecciones de estudio

Sería oportuno para un posterior estudio ampliar la muestra incorporando adolescentes de otras comunas y regiones, así como también incorporar establecimientos con dependencia privada para poder hacer más representativa la muestra y observar el comportamiento de las variables estudiadas en niveles socioeconómicos altos.

Asimismo, resultaría conveniente indagar cuáles serían las principales causas para que en la población adolescente comprendida entre los 15 y 16 años se evidencian índices más elevados de sintomatología depresiva. Además de considerar la variable de ideación suicida debido a los altos porcentajes evidenciados en esta investigación.

Resultaría relevante realizar estudios dirigidos a establecer cuáles son los factores que influyen en que los adolescentes perciben niveles más bajos de soporte social global, informacional, afectivo e instrumental.

VII. Referencias bibliográficas

- Atencia, J.M. (1991). Positivismo y Neopositivismo. *Anales del Seminario de Metafísica*, (25), 143-154.
- Banda, A. y Frías, M. (2006). Comportamiento antisocial en menores escolares e indigentes: influencia del vecindario y de los padres. *Revista de Psicología*, 24(1), 29-52.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Barra, E., Cancino, V., Lagos, G., Leal, P. y San Martín, J. (2005). Factores psicosociales psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes. *Psicología y Salud*, 15(2), 231-239.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237,243.
- Barraca MJ, López-Yarto EL. ESFA. Escala de satisfacción familiar por adjetivos. Madrid, España: Segunda edición. TEA, Publicaciones de Psicología Aplicada; 1999.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual para el Inventario de Depresión de Beck – II*. San Antonio, TX: Corporación Psicológica; 1996.
- Bhatia, S.K. y Bhatia, S.C. (2017). Depresión infantil y adolescente. *American Family Physician*. 75(1), 74-80.
- Bonet, C., Fernández, M., Chamón, P. (2011). Depresión, ansiedad y separación en la infancia. Aspectos prácticos para pediatras ocupados. *Pediatría atención primaria*, 13(51), 471-489.
- Bunge, M. (1979). *La Ciencia. Su método y su filosofía*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veinte.
- Bunge, M. (1995). *La Ciencia. Su método y su filosofía*. Buenos Aires, Argentina: sudamericana.

- Briones, G. (2002). *Epistemología de las ciencias sociales*. Recuperado de <https://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Epistemologia%20de%20las%20ciencias%20sociales.pdf>
- Caballo, V. y Simón, M. (2002). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. España, Madrid: Pirámide.
- Carver, M., Jones, W. (1992). La Escala de Satisfacción Familiar. *Comportamiento social y personalidad: una revista internacional*, 20(2), 71-84.
- Centro de investigación avanzada en educación de la Universidad de Chile. (2016). Educación pública: evidencia sobre su estado y desafíos. Recuperado de http://www.ciae.uchile.cl/index.php?page=view_noticias&id=774
- Chacón, P. (2001). *Filosofía de la Psicología*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Chambers, A. (1999). *¿Qué es esa cosa llamada ciencia?* Madrid, España: Siglo XXI.
- Davies, P. T. & Windle, M. (2001). Interparental discord and adolescent adjustment trajectories: the potentiating and protective role of intrapersonal attributes. *Child Development*, 72(4), 1163-1178.
- De Dios de vega, J., García-Oniega, M. (2014). Depresión, suicidio, duelo. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria [SEPEAP]. Recuperado en: <https://sepeap.org/recursos/cursos/curso-de-psiquiatria-infantil/>
- De la Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S., y Melipillán, R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado Actual. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 521-529.
- Diener, E., Roberts, A., Randy, J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Donas Burak, S. (2001). *Adolescencia y juventud en América Latina*. Cartago, Costa Rica: Libro Universitario Regional.
- Gilman, SE., Kawachi, I., Fitzmaurice, GM. y Buka, SL (2003). Estado socioeconómico, trastorno familiar y estabilidad residencial en la infancia: relación con el inicio, la recurrencia y la remisión de la depresión mayor. *Psychol Med*, 33(8), 1341-1355.

- Grupo de trabajo de Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (Edición 2014). Galicia, España.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia; Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Guía Práctica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. (Edición 2007/09). Galicia, España.
- Guba, E., y Lincoln, Y. (1994). Paradigmas en Pugna en la Investigación Cualitativa. En N. Dezin., y Y. Lincoln. (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 105-117). Londres, Inglaterra: Lincoln (Ed.)
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A DE C.V.
- Jiménez A., Abarzúa M. (2014) Deuda pendiente: Desigualdad y trastornos mentales de niños. Centro de investigación periodística. Recuperado de <https://ciperchile.cl/2014/03/26/deuda-pendiente-desigualdad-y-trastornos-mentales-de-ninos/>. Santiago, Chile: CIPER.
- Kraemer, H., Wilson, G., Fairburn, C. & Agras, W. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Arch Gen Psychiatry*, 59(10), 877-883.
- Londoño, N., Marín, C., Juárez, F., Palacio, J., Muñiz, O., Escobar, B., Herrón, I., ..., López, I. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica*, 17(1), 59-68.
- Loubat, M., Aburto, M., Vega, M. (2008). Aproximación a la Depresión Infantil por Parte de Psicólogos que Trabajan en COSAM de la Región Metropolitana. *Terapia psicológica*, 26(2), 189-197.
- Luna, E., Bruce, T., Roberts, M., Flors, V., y Ton, J. (2011). Resistencia adquirida de próxima generación. *Planta fisiológica*, 158(2), 844-853.
- Martínez, M., García, M., y Maya, I. (2001). El rol del apoyo social y las actitudes hacia el empleo en el emplazamiento laboral de inmigrantes. *Anuario de psicología*, 32(3), 51-65.

- Martínez-Antón, M., Buelga, S., y Cava, M.J. (2007). La satisfacción con la vida en la adolescencia y su relación con la autoestima y el ajuste escolar. *Anuario de Psicología*, 38(2), 6-15.
- Martorell, G. & Bugental, D. (2006). Maternal variations in stress reactivity: implications for harsh parenting practices with very Young children. *J Fam Psychol*, 20(4), 641-647.
- Melipillán, R., Cova, F., Rincón, P., y Valdivia, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia Psicológica*, 26(1), 59-69.
- Melzer, D., Fryers, T. y Jenkins, R. (2003). Desigualdades sociales y los trastornos mentales comunes: una revisión sistemática de la evidencia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.38(5), 229-237. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0627-2>.
- Méndez, P. y Barra, E. Apoyo Social Percibido en Adolescentes Infractores de Ley y no Infractores. *Psykhe*. 17(1), 59-64.
- Ministerio de Salud. (2013). Guía Clínica para el tratamiento de adolescentes de 10 a 14 años con depresión. Gobierno de Chile. Recuperado de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/e11791fc480273e9e040010164014e60.pdf>.
- Ministerio de Salud. (2017). Encuesta nacional de salud 2016-2017. Gobierno de Chile. Recuperado de https://www.cooperativa.cl/noticias/site/artic/20180131/asocfile/20180131233128/2_resultados_ens_minsal_31_01_2018.pdf. Santiago, Chile: MINSAL.
- Musitu, G. y Cava, M.J. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12(2), 179-192
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M.J. (2001). *Familia y adolescencia: Análisis de un modelo de intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud mental. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado en <http://www.who.int/whr/2001/es/>. Ginebra, Suiza: OMS.

- Organización Mundial de la Salud. (2011). Carga mundial de los trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala país (130.a reunión). Recuperado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/85966>. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020. Recuperado en www.who.int. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud; Departamento de salud mental y abuso de sustancias; Fundación Victorian para la Promoción de la Salud; Universidad de Melbourne. (2004). Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica. Recuperado en http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión y otros desórdenes mentales. Estimaciones sanitarias mundiales. WHO/MSD/MER/2017.2 (1ª. ed.). Washington, D.C, Estados Unidos: OPS; OMS.
- Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. (2003). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Ginebra, Suiza.
- Pacheco, P, Chaskel, R. (2012). Depresión en niños y adolescentes. *Precop SCP*, 15(1), 31-34.
- Páramo, M. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapias Psicológicas*, 29(1), 85-95.
- Parke, R.D. (2004). La Sociedad para la Investigación en Desarrollo Infantil a los 70: Progreso y Promesa. *Child developmed*. 75(1), 1-24. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8624.2004.00651.x>
- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J. y Vera-Villarroel, P. (2009). Factores de Riesgo Familiares Asociados a la Conducta Suicida en Adolescentes con Trastorno Depresivo. *Revista médica de Chile*, 137(2), 226-23.

- Romera, M. (1996). Fundamentos teóricos-metodológicos de la investigación pedagógica. *Revista Complutense de Educación*, 7(2), 261-288.
- Salazar, Y., Veytia, M., Márquez, O., Bravo, H. (2013). Relación entre satisfacción con el ambiente familiar y depresión en adolescentes. *Psicología y Salud*, 23(1), 141-148.
- San Martín, J., Barra, E. (2013). Autoestima, Apoyo Social y Satisfacción Vital en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 31(3), 287-291.
- Shaffer, D. (2000). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. Madrid, España: Ed. Thomson.
- Sherbourne, C.D., y Stewart, A.L. (1991). La Encuesta de apoyo social MOS. *Ciencias sociales y medicina*. 32, 705-714.
- Stringhini, S., Carmeli, C., Jokela, M., Avendaño, M., Muennig, P., Guida, F., Ricceri, F.,... Kelly-Irving, M. (2017). El estatus socioeconómico y los factores de riesgo como determinantes de la mortalidad prematura: un estudio multicorte y metanálisis de 1,7 millones de hombres y mujeres. *The Lancet*, 389(10075), 1229–1237. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32380-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7).
- Tercero, G., Lavielle, M., Muñoz, O., Clark, P., Medeiros, M., Hernández, A., Luque. (2013). Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) en escolares y adolescentes mexicanos: datos normativos. *Salud Mental*, 381-386.
- Valdés, N. (2001). Bienestar Psicológico de los adolescentes en función de la estructura familiar. México D.F.
- Valenzuela, J.P., Villarroel, G., Villalobos, C. (2013). Ley de Subvención Escolar Preferencial (SEP): algunos resultados preliminares de su implementación. *Pensamiento Educativo. Revista de Investigación Educativa Latinoamericana*, 50(2), 113-131.
- Vicente, B., Saldivia, S., Pihán, R. (2016). Prevalencias y Brechas Hoy; Salud Mental Mañana. *Acta Bioethica*, 22(1), 51-61.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. y Moreno San Pedro, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 16, 139-146.

- Williams, M., Unrau, Y.A. & Grinnell, R.M. (2005). The qualitative research approach. In: Grinnell RM, Unrau YA, editors. *Social Work: Research and evaluation. Quantitative and qualitative approaches*. 7th ed. New York: Oxford University Press. p. 75-87.
- Zimet, G. D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., y Farley, G.K. (1988). La Escala Multidimensional del Soporte Social Percibido. *Revista de evaluación de la personalidad*, 52(1), 30-41.

VIII Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) participante:

El académico que suscribe, Ricardo Jorge Rey Clericus, RUT: 8.030.467-6, junto a las Licenciadas en Psicología de la Universidad del Bío-Bío, Sara de la Parra Sánchez, R.U.T.: 19.251.370-7 y Jarla Lara Soto, R.U.T.: 18.979.480-0, desarrollan una investigación titulada "Satisfacción familiar y apoyo social percibido como mediadores en sintomatología depresiva presentada en la población adolescente de la ciudad de Chillán".

El objetivo del estudio es "Determinar los niveles de satisfacción familiar y de apoyo social para evaluar su incidencia en los índices de depresión presentados por adolescentes entre 14 y 17 años de la ciudad de Chillán".

El menor de edad a su cargo, ha sido seleccionado para participar en esta investigación. Previo a ello, se le consulta a usted como adulto responsable, para autorizar dicha participación, la cual consiste en responder preguntas de tres instrumentos. Los instrumentos incluyen: Inventario de Depresión de Beck en su versión traducida al español BDI II; Escala de satisfacción familiar por adjetivos (ESFA) y el cuestionario MOS de apoyo social. Esto toma un tiempo aproximado de 30 minutos.

La información obtenida a través de esta investigación será mantenida bajo estricta confidencialidad. Su nombre y/o el del menor de edad a su cargo no serán asociados a ninguna opinión particular y la información será solo almacenada por las investigadoras principales, no existiendo copias de ésta.

Su participación y/o la autorización para que participe un menor de edad a su cargo son absolutamente voluntarias, es decir, en cualquier momento pueden desistir de participar y retirarse de la investigación.

El estudio no conlleva ningún riesgo para la salud del menor, ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Los resultados se darán a conocer finalizado el estudio en el establecimiento del/la adolescente a su cargo. Si tiene alguna pregunta sobre la investigación, se puede comunicar con Ricardo Jorge Rey Clericus, al mail rjrey@ubiobio.cl o al teléfono (42) 2463243.

Este consentimiento se firmara en dos ejemplares, quedando uno en poder del participante.

Si desea contactarse con el Comité de Bioética y Bioseguridad de la Universidad del Bío-Bío, debe dirigirse al Sr. Sergio Acuña, Presidente del Comité al email: sacuna@ubiobio.cl o al teléfono (41) 3111633.

Agradeciendo su autorización, le saluda atentamente,

Ricardo Jorge Rey Clericus

ACEPTACIÓN

Yo, _____, autorizo al/la menor de edad a mi cargo _____ a participar voluntariamente en el estudio "Satisfacción familiar y apoyo social percibido como mediadores en sintomatología depresiva presentada en la población adolescente de la ciudad de Chillán". Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto y he recibido copia de este procedimiento.

Firma participante

Ricardo Rey Clericus

Fecha: ___/___/___

Anexo 2: Asentimiento informado



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

ASENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) participante:

El académico que suscribe, Ricardo Jorge Rey Clericus, RUT: 8.030.467-6, junto a las Licenciadas en Psicología de la Universidad del Bío-Bío, Sara de la Parra Sánchez, R.U.T.: 19.251.370-7 y Jarla Lara Soto, R.U.T.: 18.979.480-0, desarrollan una investigación titulada "Satisfacción familiar y apoyo social percibido como mediadores en sintomatología depresiva presentada en la población adolescente de la ciudad de Chillán".

El objetivo del estudio es "Determinar los niveles de satisfacción familiar y de apoyo social para evaluar su incidencia en los índices de depresión presentados por adolescentes entre 14 y 17 años de la ciudad de Chillán".

Has sido seleccionado(a) para participar en esta investigación, la cual consiste en responder preguntas de tres instrumentos. Los instrumentos incluyen: Inventario de Depresión de Beck en su versión traducida al español BDI II; Escala de satisfacción familiar por adjetivos (ESFA) y el cuestionario MOS de apoyo social. Esto te tomará aproximadamente 30 minutos.

La información obtenida a través de esta investigación será mantenida bajo estricta confidencialidad. Tú nombre no será asociado a ninguna opinión particular y la información será solo almacenada por las investigadoras principales, no existiendo copias de ésta.

Tú participación es absolutamente voluntaria, es decir, en cualquier momento puedes desistir de participar y retirarte de la investigación.

El estudio no conlleva ningún riesgo para tu salud ni recibe ningún beneficio. No recibirás compensación por participar. Los resultados se darán a conocer finalizado el estudio en tu establecimiento educacional. Si tienes alguna pregunta sobre la investigación, puedes comunicarte con Ricardo Jorge Rey Clericus, al mail rjrey@ubiobio.cl o al teléfono (42) 2463243.

Este asentimiento se firmara en dos ejemplares, quedando uno en poder del participante.

Si deseas contactarte con el Comité de Bioética y Bioseguridad de la Universidad del Bío-Bío, debes dirigirte al Sr. Sergio Acuña, Presidente del Comité al email: sacuna@ubiobio.cl o al teléfono (41) 3111633.

Agradeciendo tú participación, te saluda atentamente,

Ricardo Jorge Rey Clericus

ACEPTACIÓN

Yo, _____, acepto participar voluntariamente en el estudio "Satisfacción familiar y apoyo social percibido como mediadores en sintomatología depresiva presentada en la población adolescente de la ciudad de Chillán". Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma participante

Ricardo Rey Clericus

Fecha: ___/___/___

Anexo 3: Escala de satisfacción familiar

Escala de satisfacción familiar por adjetivos (ESFA)

INSTRUCCIONES:

En la siguiente hoja encontrará una lista de pares de palabras separadas por seis casillas. Fíjese en cada una de ellas y piense cuál de las dos palabras describe mejor su situación en respuesta a la frase: “CUANDO ESTOY EN CASA, CON MI FAMILIA, MAS BIEN ME SIENTO...” Una vez que haya elegido la palabra, valore el grado que alcanza en su caso (totalmente, Bastante o Algo) y ponga tache (X) en la casilla correspondiente.

Ejemplo:

“CUANDO ESTOY EN CASA, CON MI FAMILIA, MAS BIEN ME SIENTO...”

		TOTALMENTE	BASTANTE	ALGO	ALGO	BASTANTE	TOTALMENTE		
1	FELIZ					X		INFELIZ	1

Quien ha contestado de este modo indica que más bien se siente **BASTANTE INFELIZ** cuando esta con su familia.

IMPORTANTE

Conteste a todos los pares de palabras y no ponga más de una señal en cada línea.

Recuerde que antes de responder a cada palabra debe pensar en la frase:

Sexo: _____ Edad: _____ Escolaridad _____ Fecha: _____

		Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente		
1	Feliz							Infeliz	1
2	Aislado/a							Acompañado/a	2
3	Jovial							Malhumorado/a	3
4	Reconfortado/a							Desconsolado/a	4
5	Criticado/a							Apoyado/a	5
6	Sosegado/a							Desasosegado/a	6
7	Descontento/a							Contento/a	7
8	Inseguro/a							Seguro/a	8
9	A gusto							A disgusto	9
10	Satisfecho/a							Insatisfecho/a	10
11	Cohibido/a							A mis anchas	11
12	Desanimado/a							Animado/a	12
13	Entendido/a							Malinterpretado/a	13
14	Incomodo/a							Cómodo/a	14
15	Atosigado/a							Aliviado/a	15
16	Invadido/a							Respetado/a	16
17	Relajado/a							Tenso/a	17
18	Marginado/a							Integrado/a	18
19	Agitado/a							Sereno/a	19
20	Tranquilo/a							Nervioso/a	20
21	Atacado/a							Defendido/a	21
22	Dichoso/a							Desdichado/a	22
23	Desahogado/a							Agobiado/a	23
24	Comprendido/a							Incomprendido/a	24
25	Distante							Cercano/a	25
26	Estimulado/a							Reprimido/a	26
27	Mal							Bien	27

Anexo 4: Inventario de depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS INCLUYENDO EL DIA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.** No deje ninguna frase sin contestar.

1	<p style="text-align: center;">TRISTEZA</p> <p>0. No me siento triste habitualmente. 1. Me siento triste gran parte del tiempo. 2. Me siento triste continuamente. 3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p>	2	<p style="text-align: center;">PESIMISMO</p> <p>0. No estoy desanimado sobre mi futuro. 1. Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes. 2. No espero que las cosas me salgan bien. 3. Siento que mi futuro es desesperanzador y que solo empeoraran.</p>
3	<p style="text-align: center;">SENTIMIENTOS DE FRACASOS</p> <p>0. No me siento fracasado 1. He fracasado más de lo que debería. 2. Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso. 3. Me siento una persona totalmente fracasada.</p>	4	<p style="text-align: center;">PERDIDA DE PLACER</p> <p>0. Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan. 1. No disfruto de las cosas tanto como antes. 2. Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba. 3. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p>
5	<p style="text-align: center;">SENTIMIENTOS DE CULPA</p> <p>0. No me siento especialmente culpable. 1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho. 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3. Me siento culpable constantemente.</p>	6	<p style="text-align: center;">SENTIMIENTOS DE CASTIGO</p> <p>0. No siento que este siendo castigado. 1. Siento que puedo ser castigado. 2. Espero ser castigado. 3. Siento que estoy siendo castigado.</p>
7	<p style="text-align: center;">INSATISFACCIÓN CON UNO MISMO</p> <p>0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo. 1. He perdido confianza en mí mismo. 2. Estoy decepcionado conmigo mismo. 3. No me gusto.</p>	8	<p style="text-align: center;">AUTO-CRITICAS</p> <p>0. No me critico o me culpo más que antes. 1. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser. 2. Me critico por todos mis defectos. 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p>
9	<p style="text-align: center;">PENSAMIENTOS O DESEOS DE SUICIDIOS</p> <p>0. No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1. Tengo pensamientos de suicidios, pero no los llevaría a cabo. 2. Me gustaría suicidarme. 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad.</p>	10	<p style="text-align: center;">LLANTO</p> <p>0. No lloro más de lo que solía hacerlo. 1. Lloro más de lo que solía hacerlo. 2. Lloro por cualquier cosa. 3. Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p>

11	<p style="text-align: center;">AGITACIÓN</p> <p>0. No estoy más inquieto o tenso que de costumbre. 1. Me siento más inquieto o tenso que de costumbre. 2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto. 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p>	12	<p style="text-align: center;">PERDIDA DE INTERÉS</p> <p>0. No he perdido el interés por otras personas o actividades. 1. Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades. 2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas. 3. Me resulta difícil interesarme en algo.</p>
13	<p style="text-align: center;">INDECISIÓN</p> <p>0. Tomo decisiones como siempre. 1. Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre. 2. Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre. 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>	14	<p style="text-align: center;">INUTILIDAD</p> <p>0. No me siento inútil. 1. No me considero tan valioso y útil como solía ser. 2. Me siento inútil en comparación con otras personas. 3. Me siento completamente inútil.</p>
15	<p style="text-align: center;">PERDIDA DE ENERGÍA</p> <p>0. Tengo tanta energía como siempre. 1. Tengo menos energía de la que solía tener. 2. No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas. 3. No tengo suficiente energía para hacer nada.</p>	16	<p style="text-align: center;">CAMBIOS EN EL PATRÓN DE SUEÑOS</p> <p>0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño. 1a. Duermo algo más de lo habitual. 1b. Duermo algo menos de lo habitual. 2a. Duermo mucho más de lo habitual. 2b. Duermo mucho menos de lo habitual. 3a. Duermo la mayor parte del día. 3b. Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>
17	<p style="text-align: center;">IRRITABILIDAD</p> <p>0. No estoy más irritable de lo habitual. 1. Estoy más irritable de lo habitual. 2. Estoy mucho más irritable de lo habitual. 3. Estoy irritable continuamente.</p>	18	<p style="text-align: center;">CAMBIOS EN EL APETITO</p> <p>0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a. Mi apetito es algo menor de lo habitual. 1b. Mi apetito es algo mayor de lo habitual. 2a. Mi apetito es mucho menor que antes. 2b. Mi apetito es mucho mayor que antes. 3a. He perdido completamente el apetito. 3b. Tengo ganas de comer continuamente.</p>
19	<p style="text-align: center;">DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN</p> <p>0. Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. 2. Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo. 3. No puedo concentrarme en nada.</p>	20	<p style="text-align: center;">CANSANCIO O FATIGA</p> <p>0. No estoy más cansado o fatigado que de costumbre. 1. Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre. 2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer. 3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p>
21	<p style="text-align: center;">PERDIDA DE INTERÉS POR EL SEXO</p> <p>0. No he notado ningún cambio en mi interés por el sexo. 1. Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar. 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora. 3. He perdido completamente el interés por el sexo.</p>		

Anexo 5: Cuestionario de apoyo social MOS

Cuestionario de apoyo social MOS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre).

Escriba el n° de amigos íntimos o familiares cercanos

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con que frecuencia Ud. dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con un círculo uno de los números en cada fila:

CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
2. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
3. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
4. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
5. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
6. Alguien con quién pasar un buen rato	1	2	3	4	5
7. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
8. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
9. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
10. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
11. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
12. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
13. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
14. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quién divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Anexo 6: Registro de matrículas de enseñanza media 2017



OFICIO ORDINARIO

N°1065

DEPROV ÑUBLE

-

08/06/2018

ANT. Carta de Escuela de Psicología, U. del Bío Bío
(Expediente # 1937)

MATERIA Entrega Estadísticas de matrícula.

Solicitud N° 1114

Lugar Chillán

DE : JEFA PROVINCIAL DE EDUCACIÓN ÑUBLE

A : FÉLIX MARTÍNEZ RODRÍGUEZ
ESCUELA DE PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD DEL BÍO BÍO

1. En atención a vuestro requerimiento de datos de matrícula para fines académicos, según vuestro del Antecedente, sírvase encontrar adjunto a la presente una tabla que detalla las matriculas finales promedio del año anterior, por cada nivel o grado de enseñanza media, pertenecientes a los establecimientos educativos de la comuna de Chillán.
2. Que la fuente de origen de los datos corresponda al 2017 se debe porque la información de matrícula del presente año aún no eta consolidad por parte del MINEDUC.
3. Lo que adjunto para su conocimiento y fines.

Saluda atentamente a Ud.

JEF/A
PROVINCIAL
ÑUBLE
CÉCILIA PRADENAS SEGUEL
PROFESORA
MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN
JEFA PROVINCIAL DE EDUCACIÓN ÑUBLE

CPS/ SRA

Distribución:

- La indicada: Campus Fernando May, Avda La Castilla, Chillán.
- Of. Partes.
- Pago de Subvenciones.



PROMEDIO ANUAL DE LA MATRÍCULA 2017 CORRESPONDIENTE AL CICLO DE ENSEÑANZA MEDIA, POR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO DE LA COMUNA DE CHILLÁN.

RBD	Nombre EE	Dependencia	1° Medio		2° Medio		3° Medio		4° Medio		Total
			Cursos	Mat. Promedio 2017							
3638	LICEO BICENTENARIO MARTA BRUNET CARAVES	Municipal - DAEM	7	208	7	192	7	219	7	196	815
3639	LICEO NARCISO TONDREAU	Municipal - DAEM	3	55	3	59	3	53	2	26	193
3640	INSTITUTO SUPERIOR DE COMERCIO PROFESOR FERNAN ADMINISTRACIÓN DELEGADA	Administración Delegada	7	237	9	303	9	298	9	257	1095
3641	INSTITUTO INDUSTRIAL SUPERIOR DE CHILLÁN	Administración Delegada	8	177	7	188	12	192	11	183	740
3642	INSTITUTO TÉCNICO MABEL CONDEMARÍN GRIMBERG	Administración Delegada	5	125	5	153	5	142	5	123	543
3643	LICEO MARTÍN RUIZ DE GAMBOA	Municipal - DAEM	2	19	2	26	4	32	4	23	100
3657	LICEO LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS RIQUELME	Municipal - DAEM	1	33	1	23	1	16	1	15	87
3662	ESCUELA REPUBLICA DE ITALIA	Municipal - DAEM	1	25	1	25	0	0	0	0	50
3711	COLEGIO DE LA PURÍSIMA CONCEPCION	Particular Subvencionado	2	72	2	73	2	45	2	66	256
3713	COLEGIO SEMINARIO PADRE ALBERTO HURTADO	Particular Subvencionado	4	163	4	154	4	150	4	130	597
3718	INSTITUTO SANTA MARIA	Particular Subvencionado	2	74	2	77	3	103	3	83	337
3719	COLEGIO COYAM	Particular Subvencionado	1	41	1	36	1	42	1	27	146
3720	DEUTSCHE SCHULE CHILLAN	Particular Pagado	1	34	1	31	1	23	1	28	116
3723	COLEGIO DARIO SALAS	Particular Subvencionado	1	43	1	36	1	35	1	26	140
3724	COLEGIO SAN VICENTE DE PAUL	Particular Subvencionado	2	88	2	84	2	72	2	77	321
3728	COLEGIO SAN BUENAVENTURA	Particular Subvencionado	1	43	1	38	1	38	1	37	156
3730	COLEGIO SAGRADO CORAZON DE JESUS	Particular Subvencionado	1	39	1	43	1	38	1	30	150
3733	COLEGIO GABRIELA MISTRAL	Particular Subvencionado	1	25	1	17	2	14	1	10	66
3734	COLEGIO COMEWEALTH SCHOOL	Particular Subvencionado	2	54	1	43	1	35	1	23	155
3735	COLEGIO CHILLAN	Particular Subvencionado	3	101	3	89	3	83	3	69	342
3739	LICEO AGRICOLA DE CHILLÁN A-8	Administración Delegada	3	81	2	56	2	66	2	61	264
3865	COLEGIO ADVENTISTA DE CHILE	Particular Subvencionado	4	152	4	142	4	145	4	140	579
12001	COLEGIO PARTICULAR EVANGÉLICO BETANIA	Particular Subvencionado	1	38	1	34	1	24	1	11	107
12050	COLEGIO POLIVALENTE DARIO SALAS	Particular Subvencionado	5	162	5	133	7	193	8	235	723
16827	COLEGIO SAN FERNANDO T.P.	Particular Subvencionado	1	41	1	36	2	48	3	36	161
17734	COLEGIO DA VINCI	Particular Subvencionado	1	24	1	17	1	14	1	13	68
17737	COLEGIO PARROQUIAL SAN JOSE	Particular Subvencionado	1	17	1	18	1	11	1	13	59
17794	COLEGIO CONCEPCION DE CHILLAN	Particular Subvencionado	5	213	5	210	5	189	5	180	792
17800	COLEGIO SYDNEY COLLEGE	Particular Subvencionado	2	74	2	70	2	69	2	60	273
17892	LICEO POLIVALENTE MARTA COLVIN ANDRADE	Municipal - DAEM	1	17	1	16	1	15	1	0	48
17893	COLEGIO THE WESSEX SCHOOL CHILLAN	Particular Pagado	1	23	1	25	1	22	1	23	93
17903	SEBASTIAN SCHOOL	Particular Subvencionado	1	38	1	30	1	18	1	0	86
17907	COLEGIO CREACIÓN CHILLÁN	Particular Subvencionado	3	107	3	87	3	86	3	80	360
17908	COLEGIO POLIVALENTE PADRE ALBERTO HURTADO	Particular Subvencionado	2	83	2	83	3	114	3	95	375
17920	COLEGIO HISPANO AMERICANO RIO VIEJO	Particular Subvencionado	3	101	3	84	3	99	2	61	345
18028	COLEGIO CIUDAD EDUCATIVA	Particular Subvencionado	2	81	2	84	2	74	2	50	289
18251	COLEGIO ALTURAS DE CHILLÁN	Particular Subvencionado	1	35	1	29	0	0	0	0	64
31087	COLEGIO ALCÁZARES DE NUBLE	Particular Subvencionado	1	20	1	18	1	30	1	17	85
31116	COLEGIO TÉCNICO PROFESIONAL PROFESOR ENRIQUE S	Particular Subvencionado	6	189	7	187	4	107	4	110	593