



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA
EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
ESTATAL DE LIMA**

PRESENTADA POR

**CLAUDIA SOFIA CHUQUIHUAMANI PEDEMONTTE
ANITA FRESHDLY CHUQUILLANQUI SALDAÑA**

ASESOR

JESUS MANUEL GUERRERO ALCEDO

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA**

LIMA – PERÚ

2022



CC BY-SA

Reconocimiento - Compartir igual

El autor permite a otros re-mezclar, modificar y desarrollar sobre esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se atribuyan el crédito y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

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



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN
ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL DE
LIMA**

**TESIS PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTADA POR:
CLAUDIA SOFIA CHUQUIHUAMANI PEDEMONTE
ANITA FRESHDLY CHUQUILLANQUI SALDAÑA**

**ASESOR:
MG. JESUS MANUEL GUERRERO ALCEDO
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7429-1515>**

**LIMA, PERÚ
2022**

DEDICATORIA

A Ismael y Rosa, mis padres por su infinito amor, dedicación, trabajo arduo y palabras de aliento. No conozco a nadie en este mundo a quienes les deba más respeto y agradecimiento.

A Walter, mi hermano, por ser mi aliado, brindarme su respaldo y cariño. Mis logros siempre serán tus logros.

Para Agripino, Jacinta, Juan y Filomena, mis queridos abuelos, quienes han sido mis pilares y mis mayores ejemplos de superación.

Claudia

A Hugo y Eva, mis amados padres, que, con su motivación, confianza y amor, forjaron a la persona que soy hoy en día. Les dedico mi esfuerzo en reconocimiento a todo su sacrificio por el apoyo brindado para lograr ser una profesional.

A Pelusa, Paty y Bruno, mis adoradas mascotas y compañeros de vida, que, con su ternura y cariño incondicional, me enseñaron el verdadero sentido de la paciencia y amor.

Anita

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a Dios y a nuestros padres por su gran amor, apoyo incondicional y ser nuestra principal motivación. Sin ellos nada esto sería posible.

Nuestra gratitud a los directivos y profesionales que conforman la I.E José Olaya Balandra, por depositar su confianza en nosotras y concedernos la oportunidad de llevar a cabo el proceso investigativo dentro de su institución.

Finalmente, queremos transmitir nuestro sincero agradecimiento al Mg. Jesús Manuel Guerrero Alcedo, quién a través de su guía, conocimiento y experiencia, facilitó la elaboración de este estudio.

A los participantes de este estudio, a nuestros amigos y familiares.

ÍNDICE

PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
RESUMEN DEL REPORTE DE SIMILITUD	x
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO I	13
1.1 Bases teóricas	13
1.1.1 Funcionalidad familiar	13
1.1.2 Sintomatología depresiva	17
1.2 Evidencias empíricas	21
1.2.1 Evidencias nacionales	21
1.2.2 Evidencias internacionales	23
1.3 Planteamiento del problema	25
1.3.1 Formulación del problema	27
1.4 Objetivos de la investigación	28
1.4.1 Objetivo general	28
1.4.2 Objetivos específicos	28
1.5 Formulación de hipótesis	28
1.5.1 Hipótesis general	28
1.5.2 Hipótesis nula	29

1.5.3 Hipótesis específicas	29
1.6. Variables y Definición operacional	30
CAPÍTULO II	32
2.1 Tipo y diseño de la investigación	32
2.2 Participantes	32
2.3 Medición	34
2.3.1 Escala de Funcionalidad Familiar de Olson - FACES III (1985)	34
2.3.2 Escala de Depresión para adolescentes de Reynolds – EDAR (1987)	36
2.3.3 Ficha sociodemográfica	37
2.4 Procedimiento	38
2.5 Análisis de los datos	38
2.6 Aspectos éticos	39
CAPÍTULO III	41
3.1 Interpretación de resultados	41
3.1.1 Análisis Descriptivo	41
3.1.2 Análisis Inferencial	45
3.1.3. Análisis Comparativo	47
CAPÍTULO IV	55
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS	64
ANEXOS	76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de las variables del funcionamiento familiar	30
Tabla 2 Operacionalización de la variable sintomatología depresiva	31
Tabla 3 Características sociodemográficas de la muestra	33
Tabla 4 Análisis de consistencia interna de la escala FACES III	35
Tabla 5 Análisis de consistencia interna de la escala EDAR	37
Tabla 6 Estadísticos descriptivos de las escalas de FACES III y EDAR.....	41
Tabla 7 Correlación entre las variables de estudio	45
Tabla 8 Comparación de la funcionalidad familiar y sintomatología depresiva según sexo.....	47
Tabla 9 Comparación de la funcionalidad familiar y sintomatología depresiva según grupo de edad.....	49
Tabla 10 Comparación de la funcionalidad familiar y sintomatología depresiva según el nivel escolar.....	51
Tabla 11 Comparación de la funcionalidad familiar y sintomatología depresiva según la estructura familia	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Modelo Circumplejo de Olson: 16 tipos de sistemas familiares y maritales según el nivel de cohesión y adaptabilidad.....	17
Figura 2 Clasificación de la familia según su cohesión	42
Figura 3 Clasificación de la familia según su adaptabilidad	43
Figura 4 Niveles de sintomatología depresiva.....	44

RESUMEN

En estos últimos años la depresión ha tomado gran relevancia en la sociedad peruana, siendo evidente un incremento en los índices de personas que la padecen; además la funcionalidad familiar resulta ser un agente importante relacionado con la depresión es así como este estudio busca determinar la relación entre la Funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en adolescentes entre los 12 a 18 años en etapa escolar. El trabajo es de tipo cuantitativo, de nivel descriptivo correlacional, de diseño no experimental y corte transversal. La muestra abarcó 300 estudiantes de una Institución educativa estatal en Lima, Perú; para el desarrollo de esta tesis se recurrió a los instrumentos; Escala de funcionalidad familiar FACES - III y la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR). Se halló una correlación positiva entre la funcionalidad familiar y sintomatología depresiva que es significativamente baja ($P \leq 0.05$; Spearman: 0.395) es decir se conjetura que la funcionalidad familiar es un factor relacionado con los niveles de sintomatología depresiva en adolescentes siendo importante considerar programas de promoción que potencie la salud mental y la dinámica familiar.

Palabras clave: Funcionalidad familiar, depresión, sintomatología depresiva, estudiantes, secundaria.

ABSTRACT

In recent years depression has taken great relevance in Peruvian society, being evident an increase in the rates of people who suffer from it; in addition, family functionality turns out to be an important agent related to depression; thus, this study seeks to determine the relationship between family functionality and depressive symptomatology in adolescents between 12 and 18 years of age in school. The study is quantitative, descriptive correlational, non-experimental and cross-sectional design. The sample included 300 students from a State educational Institution in Lima, Peru; for the development of this thesis, the instruments FACES - III Family Functionality Scale and the Reynolds Depression Scale for Adolescents (EDAR) were applied. A positive correlation was found between family functionality and depressive symptomatology which is significantly low ($P \leq 0.05$; Spearman: 0.395), it is conjectured that family functionality is a factor related to the levels of depressive symptomatology in adolescents, being important to consider promotion programs that enhance mental health and family dynamics.

Keywords: Family functionality, depression, depressive symptomatology, secondary, students.

RESUMEN DEL REPORTE DE SIMILITUD

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

Reporte_TESIS_CHUQUIHUAMANI_CLAUDIA - CHUQUILLANQUI_ANITA.docx

AUTOR

Claudia - Anita ChuquiHuamani - Chuquillanqui

RECuento DE PALABRAS

13427 Words

RECuento DE CARACTERES

79558 Characters

RECuento DE PÁGINAS

78 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.8MB

FECHA DE ENTREGA

Jan 24, 2023 5:48 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jan 24, 2023 5:49 PM GMT-5

● 11% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base

- 9% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 8% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material citado

Asesor: Jesús Manuel Guerrero Alcedo



Resumen

INTRODUCCIÓN

Como se conoce, la adolescencia es considerada una etapa importante para conformar el aspecto socioemocional de la persona; por lo tanto, es importante contar con un entorno adecuado y favorable (OMS, 2020).

Por ello, nuestra tesis busca brindar la importancia correspondiente al funcionamiento familiar como factor de protección para la depresión en los adolescentes; así como también, busca evidenciar el rol que cumple como factor de riesgo frente al incremento de síntomas depresivos, debido al efecto que tiene en el núcleo familiar del adolescente en su salud mental. Además, esta investigación brinda lugar a futuras investigaciones enfocadas en adolescentes y fomenta la acción en los ámbitos clínicos, educativos y sociales a nivel nacional.

Así mismo, este estudio busca indagar en los niveles de sintomatología depresiva en adolescentes utilizando instrumentos actuales y validados que nos permitan precisar nuestro objetivo; además resulta novedoso, puesto que se realiza la investigación en un contexto post pandemia; en donde los estudiantes acaban de retornar a sus aulas y traen consigo múltiples problemas de salud mental.

Esta investigación incluye cinco capítulos. En el primer apartado, se profundiza el ámbito teórico y evidencias empíricas que facilitan la aproximación a las variables del estudio; además, se plantea el problema, objetivos e hipótesis generales y específicos.

Luego, en el segundo apartado, se precisa la metodología empleada, especificando el tipo, nivel y diseño de la tesis; los instrumentos aplicados, el procedimiento efectuado, el análisis de los datos estadísticos y los aspectos éticos.

En el tercer apartado, se precisaron los resultados encontrados mediante el procesamiento de los datos estadísticos, junto a los análisis de normalidad, descriptivo, de correlación y comparativo.

Concluyendo, en el cuarto apartado, con la formulación de la discusión de resultados hallados conforme al sustento teórico, lo cual permitió establecer conclusiones y recomendaciones, permitiendo propiciar programas de prevención y promoción de la salud mental dentro del marco educativo.

CAPÍTULO I

Marco Teórico

1.1 Bases teóricas

En el siguiente apartado, es contemplado el marco teórico tomado en cuenta para abordar las principales variables de esta tesis, se comienza con la variable funcionalidad familiar y posteriormente, la teoría acorde a la variable sintomatología depresiva.

1.1.1. Funcionalidad familiar

En líneas generales, Oliva y Villa (2014) proponen que el núcleo familiar actualmente ha mutado en cuanto a su estructura, modelo y forma, sin embargo se sigue partiendo desde un esquema despejado y dinámico llevado a cabo en individuos de diversas etapas de madurez tanto en la mente como en el físico, en el cual se relacionan mediante consanguinidad y/o conexión, agrupándose en un punto compartido limitado geográfica y culturalmente teniendo como punto principal cubrir las necesidades primarias en sus miembros.

En ese mismo contexto, en el Perú, en el pasado empadronamiento efectuado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2017) se evidencia una crisis en familias peruanas, puesto que en los últimos 36 años el estado civil informal de convivencia se encuentra en aumento del 12,0% al 26,7%, por otra parte vemos como el estado civil de casados decrece al pasar del 38,4% al 25,7% y el estado civil de separados incrementa del 3,4% al 4,2%, posiblemente trayendo como consecuencia un impacto negativo en cómo los integrantes de estas familias perciben el apego emocional.

Es así como Camacho et al. (2009), consideran a la familia como un referente social para cada uno de sus integrantes; en especial en el periodo de la adolescencia, puesto que se encuentran expuestos a un constante cambio y evolución individual, así como también en la búsqueda de su identificación familiar; de este modo, la familia es el pilar para su realización familiar e individual.

Por otro lado, existen diversos tipos de familia como los presentados por Benítez (2017), quien refiere que la familia integrada por ambos progenitores e hijos (biológicos o adoptados), se denomina familia nuclear; por otro lado, menciona a la familia extensa; quienes están compuesta por la familia nuclear e incorporan a más generaciones; tales como: progenitores, hijos, abuelos, tíos, sobrinos, primos y demás. Después esta la familia de tipo monoparental; compuesta por un progenitor e hijos, resultado del divorcio o fallecimiento de los cónyuges. Independientemente de las diversas formas en que se presenten, es importante que la familia cumpla con sus funciones básicas.

En tal sentido, se considera adecuado el funcionamiento de un hogar mientras cumpla con eficacia sus funciones; por ello, la funcionalidad en la familia es la facultad de esta misma, que a manera de sistema pueda abordar y atravesar cada etapa de la vida, así como las crisis que se presenten; además de cumplir con los requerimientos primarios de sus integrantes, puesto que es el principal recurso de transmisión a las futuras generaciones de valores, costumbres, tradiciones culturales, morales y espirituales de cada sociedad (Rangel et al.,2004).

En efecto, la funcionalidad en la familia para Olson se comprende de acuerdo con el intercambio de las conexiones afectivas que ocurren al interior del hogar (cohesión) y su posibilidad de la transformación estructural (flexibilidad) para poder

resolver los desafíos evolutivos familiares (Ferrer et al., 2013).

Por otra parte, con respecto al modelo teórico del que se hará uso en esta investigación; David H. Olson en conjunto con sus colegas Russel y Sprenkle, alrededor de 1979 y 1989, establecen el Modelo Circumplejo de sistemas en la familia, con el fin de incorporar aspectos teóricos como prácticos, siendo FACES III la versión número 3 del instrumento; es así que, proponen una escala con el fin de poder realizar una evaluación de la funcionalidad en el hogar en dimensiones como Adaptabilidad y Cohesión en la unidad familiar; no obstante, la comunicación es evaluada implícitamente, actuando como un facilitador entre las dimensiones, de modo que si la familia se encuentra más adaptada y cohesiva, se refleja en una mejor comunicación (Campoverde, 2015).

Dimensiones. Se interpreta a la cohesión a manera de un lazo afectivo que establecen los integrantes del hogar. A esta dimensión la constituyen las siguientes categorías; los no balanceados (desapegado y apegado) situados en los extremos y los balanceados (separado y conectado) en el centro; siendo la posición en la que se ubican los vínculos más saludables entre los miembros. Además, la cohesión está relacionada con las alianzas, tiempo compartido, lugar, círculo social, toma de decisiones, interés común, ocio y dependencia (Rivadeneira, 2013).

Ahora bien, la adaptabilidad se considera como la capacidad de la familia para permitir que sus esquemas cambien de potestad, papel y normas en el vínculo en consecuencia al estrés provocado por diversas situaciones. Además, está compuesta por otras cuatro categorías; caótica, flexible, estructurada y rígida (Rivadeneira, 2013).

Por último, en la comunicación, se valoran aspectos como la habilidad para

escuchar, conversar, conocerse a sí mismo; esta dimensión actúa como facilitadora entre las dimensiones anteriormente mencionadas, por ello no ha sido identificada como un indicador en la escala FACES III (Ferrer et al., 2013).

Dentro del Modelo Circumplejo de Sistemas familiares y Maritales (Olson, 2000), se sostiene que los niveles de cohesión y adaptabilidad existentes en el hogar (ver Figura 1) se consideran como indicadores de la categoría de funcionamiento predominante en su sistema; por lo que se plantea que los índices muy altos de cohesión (caótica) o muy bajos (desligada) predisponen a ser un problema para las personas y el establecimiento de vínculos a futuro, ya que caen en relaciones de extrema cercanía emocional y una exigente lealtad, siendo muy dependientes el uno del otro, o por el contrario predomina la desvinculación emocional, con poca participación entre los miembros y mucha independencia personal. Siendo las familias en niveles moderados (separado y conectado) las que encuentran el equilibrio entre estar solos y en unión de una manera más funcional.

Conforme a la adaptabilidad, se plantea que los extremos (rígidos y caóticos) presentan mayores problemas en la funcionalidad de la familia, puesto que el miembro a cargo tiende a ser altamente controlador y limitante con la mayoría de toma de decisiones, ya que los roles están definidos de manera estricta y las reglas no varían; sin embargo, el contrapuesto, se define por un liderazgo imprevisible o escaso, donde las decisiones son tomadas impulsivamente, con ausencia de claridad en los roles. No obstante, los niveles moderados (estructurados y flexibles) son los más idóneos tratándose de un adecuado funcionamiento familiar, debido a que existe un liderazgo democrático con pactos que integran a los demás miembros, las funciones de cada integrante son continuas y algunas compartidas, las reglas están prestas al cambio y son adecuadas para cada edad (Olson, 2000).

Figura 1

Modelo Circumplejo de Olson: 16 tipos de sistemas familiares y maritales según el nivel de cohesión y adaptabilidad

COHESIÓN		Bajo \rightleftarrows Moderado \rightleftarrows Alto			
		DESLLIGADA	SEPARADA	CONECTADA	ENMARAÑADA
FLEXIBILIDAD					
Alto	CAÓTICA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
Moderado	FLEXIBLE	Rango medio	Balanceda	Balanceda	Rango medio
	ESTRUCTURADA	Rango medio	Balanceda	Balanceda	Rango medio
Bajo	RÍGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

Nota. Tomado de Circumplex model of Marital and Family Systems por D. Olson, 2000, Journal of Family Therapy p. 144-167.

1.1.2 Sintomatología depresiva

Dentro de este marco, las principales enfermedades identificadas como causantes de más años de pérdida de vida saludable en el Perú son la depresión unipolar y las infecciones respiratorias. Ello se constató en un estudio realizado por el MINSA cuyo objetivo era determinar las causas más típicas de carga de morbilidad, resultando en primer lugar, los trastornos mentales y de la conducta (MINSA, 2018).

Para empezar, Caballo (2008) argumenta que la depresión es un problema común en el mundo. Por ello, lo cataloga como el resfriado común de los trastornos del estado de ánimo. Incluso, establece que las respuestas depresivas son respuestas a estímulos estresantes externos o son características del patrón de respuestas de una persona en particular. Esto puede suceder en un solo episodio o puede ser parte de una serie de episodios recurrentes de intensidad variable. Cabe

aclarar que, a pesar de que la depresión puede interpretarse como una respuesta generalizada, se debe tomar en cuenta la severidad, frecuencia e impacto en la vida del individuo; es decir, si amenaza o afecta la vida del individuo.

En segunda instancia, Moscoso et al. (2012), definieron al estado de ánimo depresivo como una alteración de los factores afectivos, cognitivos y del comportamiento humano.

De manera semejante, Birlleson (1981), define a la depresión como la presencia de llanto, melancolía, cambios de comportamiento que duran al menos dos semanas hasta un año, dificultad para establecer relaciones sociales, disminución del rendimiento académico, amenazas o conductas suicidas, irritabilidad, molestias somáticas, comportamiento errante, delirio y/o alucinaciones depresivas, desorden en el sueño e inapetencia, carencia de interés en actividades que solían hacerlo e inactividad.

Modelo Teórico. Esta investigación presenta como fundamento el modelo cognitivo de Beck para la depresión, el cual surge como producto de la observación clínica y de la experimentación. El presente prototipo asume tres constructos teóricos importantes: la tríada cognitiva, esquemas y errores cognitivos (Beck, 1983).

Desde la visión de Beck (1967), las personas que presentan indicadores depresivos muestran un esquema que implica una perspectiva desfavorable de sí mismos, de su entorno y de su futuro; denominado: tríada cognitiva. Mediante la cual, la persona se observa a sí misma como incompetente, inútil y sin valor.

Respecto a los esquemas, hace referencia al individuo prestando atención selectivamente a estímulos específicos, combinándolos y conceptualizando la situación, es decir generando patrones cognitivos estables. En el caso de una

persona con depresión sus conceptualizaciones acerca de acontecimientos tienden a deformarse de tal manera que forjan esquemas inadecuados. Finalmente se hallan los errores cognitivos, los cuales se derivan de algún tipo de supuesto; dentro de ellos está la sobre generalización, la abstracción selectiva, la responsabilidad excesiva, 4asumir la causalidad temporal, autorreferencias, catastrofismo y el pensamiento dicotómico (Beck,1983).

Sintomatología. Según el CIE-10 (2000), la Depresión Mayor se ubica entre los trastornos del humor, conteniendo a los episodios depresivos o al trastorno depresivo repetitivo. Los episodios pueden ser leves, moderados o severos, la persona puede presentar un estado anímico débil, disminución de energía y de la actividad, debe durar más de dos semanas. Por otro lado, para ser considerado un trastorno depresivo recurrente, se deben presentar acontecimientos repetitivos de síntomas depresivos, en los cuales se evidencie como mínimo un episodio de depresión leve, moderado o grave con un mínimo de catorce días y diferenciado del episodio actual como mínimo por dos meses.

Por otro lado, el DSM-V (2018) indica que la depresión puede manifestarse a través de las desregulaciones disruptivas en el humor. Es así, que los trastornos que se encuentran en esta categoría presentan en común: un ánimo melancólico, vacío o irritable, junto a alteraciones somáticas y cognitivas que influyen considerablemente en la capacidad funcional del individuo.

Sintomatología depresiva en adolescentes. Reynolds (1992) considera que el estado de ánimo depresivo en adolescentes presenta un trasfondo intrínseco, causando una gran repercusión ocasionando desdicha, desaliento y sufrimiento; estos síntomas suelen acompañarse de trastornos conductuales generando gran

preocupación en la familia y en su centro de estudios. Además, la conducta del adolescente, incluyendo las variaciones en el humor, alimentación, en el sueño, la disminución de la concentración, fatiga e irritabilidad suelen ser interpretados como características propias de su edad, dejando de lado que se encuentre relacionado con un trastorno mental.

Si bien es cierto, existen adolescentes que presentan estos síntomas en niveles bajos y que no interfieren en su funcionamiento diario; sin embargo, también existen adolescentes que presentan variación en su estado anímico, en su conducta y en su funcionalidad, lo que sugiere una alteración a nivel de su salud mental (Reynolds,1994).

Medición. La Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) es considerada como el formato tradicional para evaluar los indicadores depresivos. En efecto, se asemeja a las diversas pruebas de autoreporte que existen; sin embargo, se diferencia en ser el único instrumento creado con el fin de evaluar la sintomatología depresiva en adolescentes. Es considerado un inventario de breve aplicación, desarrollada con el objetivo de evaluar la recurrencia con que acontece y duran los síntomas depresivos en personas entre los 13 y 18 años. (Ugarriza & Escurra, 2002).

En tal sentido, las preguntas del cuestionario se basaron en los síntomas presentados en el DSM III con el objetivo de diagnosticar la depresión mayor y desórdenes distímicos, cuyos criterios diagnósticos para evaluar la depresión mayor fueron: un ánimo disfórico o carencia de interés por realizar actividades; así como también, presentar un mínimo de 4 de estos síntomas: inapetencia o pérdida de masa corporal, dificultad para dormir, agitación o enlentecimiento, merma del afán

por actividades que previamente le causaban goce, ausencia de energía, pensamientos de inutilidad, dificultad para concentrarse e ideación suicida y que el cuadro clínico no se encuentre superpuesto a una esquizofrenia (American Psychiatric Association, 1987).

Es así como, William Reynolds presenta seis dimensiones: la desmoralización, emociones vinculadas a la ira, incapacidad para experimentar placer, falta de autoestima, los síntomas somáticos vegetativo y el factor escolar. (Pascual & Rodríguez, 2022).

1.2 Evidencias empíricas

Dentro de este marco, se exponen investigaciones relacionadas a las variables del estudio, con la finalidad de aportar resultados importantes en el tema. Por ello, se realizó la búsqueda en diferentes bases de datos como Proquest Central, Science Direct, Google Académico, Scielo y Renati tomando referencias durante el periodo comprendido entre 2017 y 2021.

1.2.1 Evidencias nacionales

Saenz (2022) menciona como finalidad establecer la asociación entre el funcionamiento en la familia y la depresión en escolares pertenecientes a un centro educativo en Huancayo. Su investigación fue de tipo básico, diseño no experimental y transversal; además la muestra se conformó de adolescentes entre los 12 y 15 años. Se empleó el inventario de Depresión Infantil (CDI) y la escala de Funcionalidad Familiar FACES III. Concluyendo con resultados de correlación de Pearson de 0.507, una relación significativa e inversa entre las variables; es así como, a mayor funcionalidad familiar menor grado de depresión.

Medina y Ttito (2021), tuvieron como finalidad establecer el vínculo de depresión y funcionamiento en la familia en escolares de un colegio en Arequipa, Perú 2021. Se considera una investigación cuantitativa, no experimental y correlacional; a su vez, la población abarcó 200 escolares con edades desde los 12 hasta los 19 años. Por otro lado, se empleó la prueba de valoración de Hamilton para evaluar la depresión (HDRS) y el cuestionario APGAR familiar de Smilkstein. Obteniendo como resultados una correlación favorable fuerte en las variables, teniendo en cuenta que el Rho de Spearman fue de 0.835, concluyendo que, a menores niveles de síntomas depresivos, encontraremos mayores niveles de funcionalidad familiar.

Miranda (2021) menciona como prioridad esclarecer el vínculo de depresión y funcionamiento en la familia del alumnado de grado secundario de Lima, Perú. Además, presenta una tesis no experimental, correlacional y cuantitativo, que incluyó a 135 escolares de nivel secundario. Por otro lado, se recolectaron los datos a través de las Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (Faces IV) y el Inventario de Depresión II (DBI II). Concluyendo con una correlación de -0.512, indicando una relación moderada negativa; es decir a más altos niveles de funcionamiento en la familia hallaremos menores rangos de depresión.

Vásquez (2021) planteó como propósito, establecer el vínculo de depresión y funcionamiento en la familia en escolares de secundaria en Ayacucho, Perú. Su estudio fue cuantitativo, nivel correlacional, no experimental y transversal, además participaron 53 escolares de nivel secundario. Se hizo uso del instrumento de depresión de William Zung y Zung (EAMD) y el Cuestionario de APGAR. Los

resultados mostraron una correlación de $-0,586$ reflejando una relación inversa moderada, por otra parte, el grado de significación fue inferior a 0.05 , confirmando lo anterior mencionado entre las variables. De este modo concluyen que a más altos los niveles de depresión habrá menor grado de funcionamiento en el hogar.

Panuera (2018) estableció como objetivo el determinar el vínculo entre el funcionamiento en la familia y la depresión en escolares de secundaria en el distrito de Chorrillos. Dicho estudio fue descriptivo y correlacional, además estuvo integrado por 412 estudiantes entre los 14 y 18 años. Se emplearon la prueba de Funcionalidad Familiar de Isabel Louro, Parental Bonding Instrument y la Escala de Depresión para adolescentes de Reynolds. Concluyendo una asociación significativa entre las variables (-0.35); en otras palabras, frente a un mejor funcionamiento familiar se disminuiría la frecuencia de síntomas depresivos.

1.2.2. Evidencias internacionales

Albán (2021) en su investigación sobre funcionamiento familiar y depresión en una unidad educativa de Ecuador, trabajó con una población de 96 alumnos entre los 13 y 15 años, empleando la prueba de Funcionamiento Familiar FF – SIL y el Inventario de Depresión Infantil CDI. Llegando a una correlación significativa bilateral entre las variables ($0,000$), donde se destaca que la funcionalidad familiar representa un papel crucial en el ámbito emocional de los adolescentes, puesto que, ante una dinámica familiar conflictiva, las consecuencias psicológicas afectaran las áreas cognitivas, sociales, afectivas y académicas.

Altuzarra (2021), en el artículo sobre funcionalidad familiar y tendencia suicida en el alumnado de secundaria de la ciudad de Tarija – Bolivia, a través de un estudio descriptivo correlacional conformado por 197 alumnos de 14 a 18 años,

empleando la prueba FACES III y la prueba de Tendencia Suicida de Poldinger. Determinando que existe una correlación negativa baja (-0.37), es decir que mientras exista mayor déficit en la funcionalidad familiar, superior será la probabilidad de riesgo suicida.

Deng et al. (2021) desarrollaron una tesis con la finalidad de evaluar la prevalencia en la depresión y sus factores correlativos entre las adolescentes en China, en el contexto de la aparición del coronavirus de 2019. La muestra estuvo integrada por 4805 mujeres entre los 11 y 18 años, además se empleó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES – D) versión china. Se obtuvo como resultado que 39.5% de las estudiantes padecen depresión y ello está relacionado con el aprendizaje a distancia (OR = 0.710), la preocupación por COVID – 19 (OR= 0.414) y la duración del sueño (OR = 2.603).

Núñez - Ariza, et al. (2020), sostuvieron como finalidad de su estudio, el proporcionar la correlación de la ideación suicida y la funcionalidad en la familia de adolescentes colombianos. Realizaron así una investigación descriptiva correlacional, no experimental y transversal en 435 menores de 12 a 17 años, a través de la Escala de Ideación Suicida (CES - D - IS) y la prueba APGAR. Como resultado, se determinó una correlación significativa ($p < 0,01$) entre las variables. Concluyendo que a mayores rangos disfunción familiar más alto sería el riesgo de ideación suicida.

Jelkić et al. (2018) elaboraron un análisis con el fin de identificar el funcionamiento de las familias con niños y adolescentes con enfermedades mentales en Belgrado, Serbia. Esta muestra incluyó 47 familias con un hijo con enfermedad mental y otras 47 familias con hijos sanos, empleando la Escala de Adaptación Social (SASS) y la Escala de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES III). Los resultados

obtenidos sugirieron que la cohesión y la adaptabilidad fueron significativamente mayores en familias con niños con trastornos mentales (MANOVA; Wilks $\lambda = 0,887$; $F = 3,839$; $gl = 3$; $p\text{-valor}=0,012$).

1.3 Planteamiento del problema

Descripción de la situación problemática

Desde la perspectiva más general, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) 280 millones de personas presentan depresión, entre ellos 1 de cada 7 adolescentes padece algún trastorno mental, considerándose la depresión como el cuarto motivo de enfermedad en individuos con un intervalo de edad de 15 a 19 años, por lo que se contempla la adolescencia como una etapa relevante para conformar el aspecto socioemocional de la persona (OMS, 2020), viéndose reflejado en las cifras mundiales con un total de 46 000 adolescentes que se suicidan, siendo los varones quienes prevalecen sobre las mujeres con un 57% según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2021).

Con respecto al ámbito peruano, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2022) precisa que durante el 2021 se presentaron 313 455 casos de depresión, reflejándose un aumento del 12% de casos a comparación de los años prepandemia. Así mismo, la UNICEF (2021) sostuvo que el 16% de jóvenes en Perú de 15 a 24 años manifestaron haberse sentido deprimidos y con bajo interés en realizar sus actividades cotidianas; además señaló que progenitores y cuidadores desempeñan un rol fundamental al procurar por la salud mental a partir de los primeros años de vida.

Se hace énfasis en la depresión, considerada como la presencia de características depresivas que se mantienen constantes en el tiempo (Moscoso,

2018) además es considerada como una alteración del área emocional, cognitiva y conductual de la personalidad (Moscoso et al., 2012). Del mismo modo, es una condición comórbida que ocurre frecuentemente, complicando la búsqueda de ayuda, la adherencia a la terapia y afectando al pronóstico de la persona (OPS, 2017).

Por ello, es notable un incremento en las investigaciones donde se estudia la depresión en adolescentes, encontrándose al vínculo familiar como el predictor más frecuente; es así que, Serna-Arbeláez et al. (2020) efectuaron un estudio en adolescentes de Colombia, concluyendo que los conflictos familiares son generadores de estrés y emociones negativas, presentándose la depresión en mayor intensidad cuando la familia se ve enfrentada a complicaciones en los vínculos, comunicación conflictiva y niveles bajos de cercanía afectiva, guardando relación con lo mencionado por Ordoñez (2016) quien señala que un 69.3 % de los estudiantes que viven en hogares disfuncionales padecen de depresión, posicionando a la disfuncionalidad en el hogar como un acontecimiento influyente en el estado depresivo en los adolescentes.

Nuestra investigación pretende poner énfasis en el ámbito del funcionamiento familiar como componente de riesgo para la depresión, con la finalidad de evidenciar el efecto que tiene el núcleo familiar del adolescente en su salud mental; por ello, este será de gran utilidad para precisar la importancia del soporte familiar en el ámbito afectivo del adolescente, dando lugar a futuras investigaciones y fomentando la acción, enfocada en la atención primaria e intervenir en la salud mental apropiadamente.

1.3.1 Formulación del problema

Problema general

¿Cómo se relaciona la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en adolescentes de una Institución educativa estatal de Lima, 2022?

Problemas específicos

¿Qué relación existe entre cohesión familiar y la sintomatología depresiva en adolescentes de una Institución educativa estatal de Lima, 2022?

¿Qué relación existe entre adaptabilidad familiar y la sintomatología depresiva en adolescentes de una Institución educativa estatal de Lima, 2022?

¿Cómo difiere la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en adolescentes de una Institución educativa estatal de Lima, 2022, de acuerdo con el sexo?

¿Cómo difiere la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en adolescentes de una Institución educativa estatal de Lima, 2022, de acuerdo con el grupo de edad?

¿Cómo difiere la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en adolescentes de una Institución educativa estatal de Lima, 2022, de acuerdo con el nivel escolar?

¿Cómo difiere la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en adolescentes una Institución educativa estatal de Lima, 2022, de acuerdo con la estructura familiar?

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Establecer la relación entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en adolescentes de una Institución educativa estatal de Lima, 2022.

1.4.2 Objetivos específicos

Establecer la relación entre cohesión familiar y la sintomatología depresiva de una Institución educativa estatal de Lima, 2022

Establecer la relación entre adaptabilidad familiar y la sintomatología depresiva de una Institución educativa estatal de Lima, 2022

Establecer la diferencia de la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva de una Institución educativa estatal de Lima, 2022, de acuerdo con el sexo

Establecer la diferencia de la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva de una Institución educativa estatal de Lima, 2022, de acuerdo con el grupo de edad

Establecer la diferencia de la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva de una Institución educativa estatal de Lima, 2022, de acuerdo con el nivel escolar

Establecer la diferencia de la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en adolescentes de una Institución educativa estatal de Lima, 2022, de acuerdo con la estructura familiar.

1.5 Formulación de hipótesis

1.5.1 Hipótesis general

HG: La funcionalidad familiar se relaciona con la sintomatología depresiva en

adolescentes de una Institución educativa estatal de Lima, 2022.

1.5.2 Hipótesis nula

H0: La funcionalidad familiar no se relaciona con la sintomatología depresiva en adolescentes de una Institución educativa estatal de Lima, 2022.

1.5.3 Hipótesis específicas

HE 1: La cohesión familiar se relaciona con la sintomatología depresiva en adolescentes de una Institución educativa estatal de Lima, 2022.

HE 2: La adaptabilidad familiar se relaciona con la sintomatología depresiva en adolescentes de una Institución educativa estatal de Lima, 2022.

HE 3: Existe diferencia en la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en adolescentes de una Institución educativa estatal de Lima, 2022 de acuerdo con el sexo.

HE 4: Existe diferencia en la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en adolescentes de una Institución educativa estatal de Lima, 2022 de acuerdo con al grupo de edad.

HE 5: Existe diferencia en la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en adolescentes de una Institución educativa estatal de Lima, 2022 de acuerdo con el nivel escolar.

HE 6: Existe diferencia en la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en adolescentes de una Institución educativa estatal de Lima, 2022 de acuerdo estructura familiar.

TABLA 2

Operacionalización de las variables de la sintomatología depresiva

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems
La sintomatología depresiva	Reynolds (1992) manifiesta a la depresión como un trastorno intrínseco que ocasiona un impacto en la vida del adolescente ocasionando desmoralización, miseria y angustia.	Para evaluar la presencia de síntomas depresivos se administra un cuestionario mediante el cual se mide la existencia de la depresión en función de sus componentes afectivos, fisiológicos y psicológicos. Teniendo presente la confiabilidad y validez de la prueba (Chávez & Ecurra, 2002).	Desmoralización	1 3 4 5 8 9 12 13 14 20 30
			Expresiones Emocionales Vinculadas a la cólera	7 16 17 18 22 26 28
			Anhedonia	10 23 25
			Baja Autoestima	06 15 19 21
			Somático-Vegetativo	24 27 11 29
			Factor Escolar	2

CAPÍTULO II

Método

2.1 Tipo y diseño de la investigación

En concordancia a la metodología, el tipo de investigación de este trabajo plantea un estudio empírico; por otro lado, de diseño no experimental, transversal y descriptivo correlacional. Es descriptiva porque tiene como objetivo precisar las particularidades y el perfil de los individuos, agrupaciones, colectivos o algún hecho que remita a un estudio (Hernández et al., 2014). Por ello, se describe las variables en cuestión y la muestra donde se aplicará, seguidamente, se describe los instrumentos a utilizar teniendo en cuenta sus dimensiones, la validez y confiabilidad de este.

Además, es correlacional porque busca averiguar el vínculo o nivel de vinculación existente entre dos variables en una muestra (Hernández et al., 2014). En esta tesis en cuestión se estima determinar si existe un vínculo lineal y proporcionado entre las variables, es decir, acerca del grado de influencia que existe.

2.2 Participantes

La muestra empleada se determinó a través de la técnica de muestreo no probabilístico, es decir, los participantes fueron elegidos intencionalmente cumpliendo con los requisitos de interés para el estudio (Hernández et al., 2014). La presente tesis fue representada por adolescentes en etapa escolar de una unidad escolar estatal del distrito de Villa María del Triunfo. Para la muestra participaron 300 estudiantes.

Además, los criterios tomados en cuenta para incluir a los participantes a la muestra fueron: escolares de ambos géneros; de los 12 a 18 años; nivel de formación: secundario y que participen voluntariamente. Por otro lado, se consideró como criterio de exclusión a adolescentes por debajo de 12 años, por encima de 18 años y escolares que se ausentaron.

La tabla 3 indica que el 52,3 % de integrantes fueron varones y un 47 % mujeres. En cuanto a la variable sociodemográfica de la edad, el 54,7% de los alumnos se hallan entre los 12 a 14 años y el 45% entre los 15 a 18 años. Por otro lado, de acuerdo con el nivel escolar, se puede apreciar que el 25,3% cursa primero de secundaria; el 15,3% está cursando segundo, el 18,3% cursa tercero; el 19,3% cursa cuarto y el 21,7% está cursando quinto. En cuanto a la estructura familiar, se evidenció que un 66% de los participantes viven con un solo padre, un 25 % vive con su familia extendida (abuelos, tíos, primos, etc.) y un 9 % refiere que vive con otras personas (apoderados o miembros ajenos a la familia).

Tabla 3

Características sociodemográficas en una muestra de adolescentes residentes de

	<i>f</i>	%		<i>f</i>	%
Sexo			Grado de instrucción		
Masculino	157	52.3	Primero	76	25.3
Femenino	141	47	Segundo	46	15.3
NR	2	0.7	Tercero	55	18.3
Edad			Cuarto	58	19.3
12 – 14	164	54.7	Quinto	65	21.7
15 – 18	135	45	Estructura familiar		
NR	1	0.3	Familia nuclear	102	34
			Familia monoparental	110	36.67
			Familia extendida	61	20.33
			Otros	27	9
Total	300	100.0	Total	300	100.0

Nota. f: frecuencia. %: porcentaje. NR: No respondió.

2.3 Medición

En este apartado, se detallan los instrumentos psicológicos utilizados en esta investigación.

2.3.1 Escala de Funcionalidad Familiar de Olson - FACES III (1985)

Mientras tanto, en 1985 fue elaborada la escala por Olson, Portner y Lavee; posterior a ello, fue validada en Perú por Bazo en el año 2016. A su vez, consta de 20 ítems y tiene como fin la obtención del funcionamiento familiar verdadero e idóneo, así como también, de forma indirecta la satisfacción familiar. Además, contiene dos dimensiones; cohesión y adaptabilidad. De igual manera, incluye 4 alternativas de respuesta por cada ítem (nunca o casi nunca, pocas veces, algunas veces, frecuentemente y siempre o casi siempre). Al mismo tiempo, estas dimensiones se clasifican en 16 familias; cohesión, conformada por desprendida, separada, conectada y enredada, por otra parte, adaptabilidad, conformada por caótica, flexible, estructurada y rígida, y finalmente de la escala general, que son balanceadas, moderadamente balanceadas, rango medio y desbalanceadas (Bazo et al., 2016).

Luego, se validó por medio del juicio de expertos, así como las puntuaciones, se calcularon mediante la V de Aiken, recibiendo todas las preguntas del cuestionario un puntaje satisfactorio en el análisis de claridad, congruencia, contexto, y dominio de constructo, por consiguiente, esta herramienta resultó válida. Aunado a ello, se puede observar una consistencia interna mediante el Alfa de

Cronbach con resultados analíticos que oscilan entre 0.683 y 0.847, siendo estos admisibles a fin de la investigación (Bazo et al., 2016).

En añadidura, se efectuó el análisis de confiabilidad del instrumento FACES III a través del Alfa de Cronbach. En la tabla 4, se evidencia un coeficiente $\alpha = 0.831$ para las 20 preguntas de la prueba. Siendo este un valor por encima de lo aceptado, dando una buena confiabilidad del instrumento. Conforme a la fiabilidad de la escala FACES III, se halló recurriendo al método de Omega de Mc Donald, dando como resultado un coeficiente de 0.837, siendo admitido, como lo evidencia en la siguiente tabla.

En cuanto a la dimensión cohesión, en la tabla 4 se evidencia un coeficiente $\alpha = 0.837$ y $\omega = 0.844$ para 10 ítems de la escala, siendo este un valor aceptado que brinda una adecuada confiabilidad. Con respecto a la dimensión de adaptabilidad, presentó un coeficiente $\alpha = 0.600$ y $\omega = 0.584$, considerándose el rango aceptado para una confiabilidad buena para fines de investigación (Tuapanta et al., 2017).

Tabla 4

Análisis de consistencia interna de la escala FACES III

	N° de ítems	McDonald's ω	Cronbach α
Cohesión	10	0.844 [0.818 - 0.870]	0.837 [0.808 - 0.862]
Adaptabilidad	10	0.584 [0.516 - 0.651]	0.600 [0.529 - 0.663]
FACES III	20	0.837 [0.810 - 0.863]	0.831 [0.802 - 0.856]

2.3.2 Escala de Depresión para adolescentes de Reynolds – EDAR (1987)

Con respecto a esta escala, su primera versión fue realizada en 1987 por William M. Reynolds en USA, prueba considerada de fácil aplicación, se puede realizar de maneras colectiva o individual, desarrollada con la finalidad de evaluar los síntomas depresivos en adolescentes que se encuentren entre los 13 y 18 años. La escala presenta componentes afectivos, fisiológicos y psicológicos; se compone de 30 enunciados y aplica un modo de respuesta tipo Likert (Ugarriza & Escurra, 2002).

Adicionalmente, los ítems se puntúan entre 1 a 4, a excepción de siete de los enunciados no consistentes con síntomas depresivos (enunciados 1,5,10,12,23,25 y 29) cuya respuesta negativa indica indicios de psicopatología (Figueras – Masip, 2008).

Además, el puntaje de corte es empleado para determinar la severidad del síntoma depresivo, este debe ser superior a los 76 puntos en la escala, en este caso el adolescente indica potencialmente una sintomatología depresiva (Ugarriza & Escurra, 2002).

Cabe señalar que Miguel Escurra y Nelly Ugarriza fueron los encargados de la adaptación peruana ejecutada en el año 2002 (Verástegui, 2019). Para ello utilizaron una muestra integrada por 1.963 escolares de nivel secundaria en el departamento de Lima, los coeficientes de α que se obtuvieron en la adaptación estuvieron arriba de 0.87 evidenciando la consistencia interna del instrumento; en cambio, para determinar la confiabilidad se optó por aplicar a la muestra total, el método de división entre mitades, brindando un resultado de 0.85 corregido mediante la ecuación de Spearman Brown. Aunado a ello, para establecer la validez

de constructo, se utilizaron la medida de Kaiser-Meyer-Olkin (0.804) y la prueba de esfericidad de Barlett (4091.87), obteniendo valores significativos. (Ugarriza & Ecurra, 2002).

Con el propósito de poder verificar la confiabilidad del inventario de Depresión, se evaluó el Alfa de Cronbach y Omega de McDonald's. Es así, que se observa en la tabla 5, un coeficiente $\alpha = 0.930$ para las 30 preguntas que la conforman. Dando como resultado una excelente confiabilidad del instrumento, tomando en cuenta que el coeficiente se ubica por encima de lo aceptado. De igual modo, se empleó el método de Omega de Mc Donald, hallando un coeficiente de 0.933 donde sus niveles también se hallan por encima de lo aceptado, como lo evidencia la siguiente tabla.

Tabla 5

Análisis de consistencia interna de la escala EDAR

	N° de ítems	McDonald's ω	Cronbach α
EDAR	30	0.933 [0.922 - 0.944]	0.930 [0.918 - 0.940]

2.3.3 Ficha sociodemográfica

Se elaboró una cédula con información sociodemográfica con el fin de recabar información de los integrantes que conforman la muestra. Tal es así, que se obtiene información relacionada a los años de los participantes, el sexo y nivel de escolaridad que cursan. Aquello, facilita la selección del alumnado que presenten concordancia con los criterios de inclusión.

2.4 Procedimiento

En líneas generales, se coordinó previamente con la directora y el psicólogo del centro escolar para poder acceder a los participantes. Además, se presentaron los documentos de permiso firmados por parte de la universidad. Aunado a ello, el día de la aplicación, se les compartió a los alumnos un consentimiento informado en la primera hoja donde se les indicó cuál era el objetivo general de la investigación y se les brindó a los escolares discreción de su información y resultados obtenidos; así mismo, la recopilación de la información se realizó mediante una ficha sociodemográfica donde se recaudaron datos importantes en los estudiantes: el género, años del estudiante y grado escolar; adicional a ello, se hizo uso de los 2 instrumentos previamente mencionados con sus ítems respectivos.

Finalmente, con la muestra obtenida, se procesaron los datos en Excel, desarrollando una matriz de tabulación y luego de ello, se realizó un análisis estadístico en los software SPSS v.25. y el software JASP-versión 14.

2.5 Análisis de los datos

En este punto se recolectaron los datos de la muestra por medio de los instrumentos antes mencionados, se aplicó un análisis estadístico recurriendo software SPSS v.25. (Statistical Package for the Social Sciences, versión 25) y el software estadístico JASP (Jeffrey's Amazing Statistics Program); en los cuales, las variables de estudio y sociodemográficas fueron analizadas a través de estadísticas descriptivas y pruebas no paramétricas.

En el análisis descriptivo se emplearon tablas con los porcentajes y frecuencias de las características sociodemográficas; además se empleó la prueba

Kolmogorov - Smirnov con la finalidad de corroborar la normalidad de lo recabado. Paralelamente, el análisis inferencial se usó el coeficiente de correlación de Spearman modo de evaluar el vínculo significativo entre variables mediante tablas de correlación. Finalmente, en el análisis comparativo se hizo uso de la prueba U de Mann - Whitney y Kruskal-Wallis con el objetivo de constatar la discrepancia de grupo (Hernández et al., 2006). Por consiguiente, para la prueba de Mann - Whitney se considera la clasificación para el tamaño del efecto de Domínguez – Lara (2017): $r_s = 0.10$ (pequeña), 0.30 (mediano), 0.50 (grande); por otro lado, para la prueba de Kruskal-Wallis se empleó la clasificación $\epsilon^2 =$ valores inferiores a 0.20 señala la existencia de no efecto, valores entre 0.21 a 0.49 muestran un tamaño del efecto pequeño y valores de 0.50 a 0.70 precisan un efecto moderado (Nogueira et al., 2021).

2.6 Aspectos éticos

En líneas generales, se realizaron las coordinaciones previas con el director y subdirector del colegio para poder acceder a los participantes. Además, se presentaron los documentos de permiso de parte de la universidad, en los cuales se tiene precisado el número de visitas y el orden de presentación de las pruebas psicológicas. Aunado a ello, compilación de información se realizó mediante una ficha sociodemográfica donde se recaudaron datos importantes en los estudiantes: el género, años del estudiante y grado escolar; adicional a ello, se hizo uso de los 2 instrumentos previamente mencionados con sus ítems respectivos.

En este aspecto, la presente investigación hizo un uso adecuado de los autores a quienes pertenecen las investigaciones de las referencias de la

bibliografía. Es por tal razón, que se buscó que las fuentes de información presenten validez, para propiciar discernimientos que presenten verosimilitud.

En consecuencia, se les brindó a los estudiantes discreción de su información y resultados obtenidos, resguardando de este modo su información. De igual modo, se les comunicó que la información obtenida conjuntamente será presentada en la investigación y podrán revisarla. Finalmente se cuenta con unas bases teóricas sólidas, documentadas en las referencias bibliográficas. Además, se utilizó un léxico adecuado para informar a la población sobre el estudio que se realiza.

CAPÍTULO III

Resultados

Según lo planteado en los objetivos, se ha correlacionado la Funcionalidad Familiar y la Sintomatología depresiva; para ello se realizó el procesamiento de datos, posteriormente, se destacan características de la estadística y se procede con la prueba de normalidad con el fin de comprobar la naturaleza paramétrica o no paramétrica del siguiente trabajo. Se obtuvo lo siguiente:

3.1 Interpretación de resultados

3.1.1 Análisis Descriptivo

En la tabla 6, se señala el valor de la media de la Cohesión Familiar presentando una cifra de 34.020, es decir acorde a una familia de tipo desprendida; en cuanto a la Adaptabilidad Familiar con un valor de 27.786, perteneciente a una familia de tipo flexible.

En el caso de la sintomatología depresiva, un valor de 83.780 indicando un nivel de síntomas depresivos moderados en la muestra. Así mismo, en cuanto a las seis dimensiones de la depresión, tenemos a la Desmoralización (31.316), Expresiones (17.413), Anhedonia (9.506), Baja Autoestima (11.636), Factor Educativo (1.999) y Somatización (11.916); ubicándose todas se ubican en una categoría moderada.

Se realizó la prueba de Normalidad para desarrollar la prueba de hipótesis. Se tomó en cuenta el total de los 300 evaluados. Por lo tanto, al ser un número mayor de 50 evaluados, se empleó la prueba de Kolmogorov - Smirnov. en el software SPSS v.25. Es así, que de acuerdo con la tabla 6, se aprecia una

significancia para las dimensiones de las dos variables Funcionalidad familiar y Sintomatología depresiva, obteniendo la sig. (P-valor) ≤ 0.05 ; a excepción de la dimensión Adaptabilidad familiar con un (P-Valor) > 0.05 .

Tabla 6

Estadísticos descriptivos de las escalas de FACES III y EDAR (n=300)

	M	DE	g1	g2	Prueba de normalidad (p-valor)
Cohesión	34.020	8.006	-0.506	-0.013	0.000
Adaptabilidad	27.786	5.832	-0.047	0.163	0.056
Desmoralización	31.316	8.042	-0.433	-0.565	0.001
EEVC	17.413	5.135	0.082	-0.774	0.000
Anhedonia	9.506	2.219	-0.900	0.235	0.000
Baja Autoestima	11.636	3.179	-0.370	-0.769	0.000
Factor Educativo	1.999	0.958	0.661	-0.538	0.000
Somatización	11.916	2.766	-0.507	-0.471	0.000
Sintomatología depresiva	83.780	17.905	-0.222	-0.776	0.007

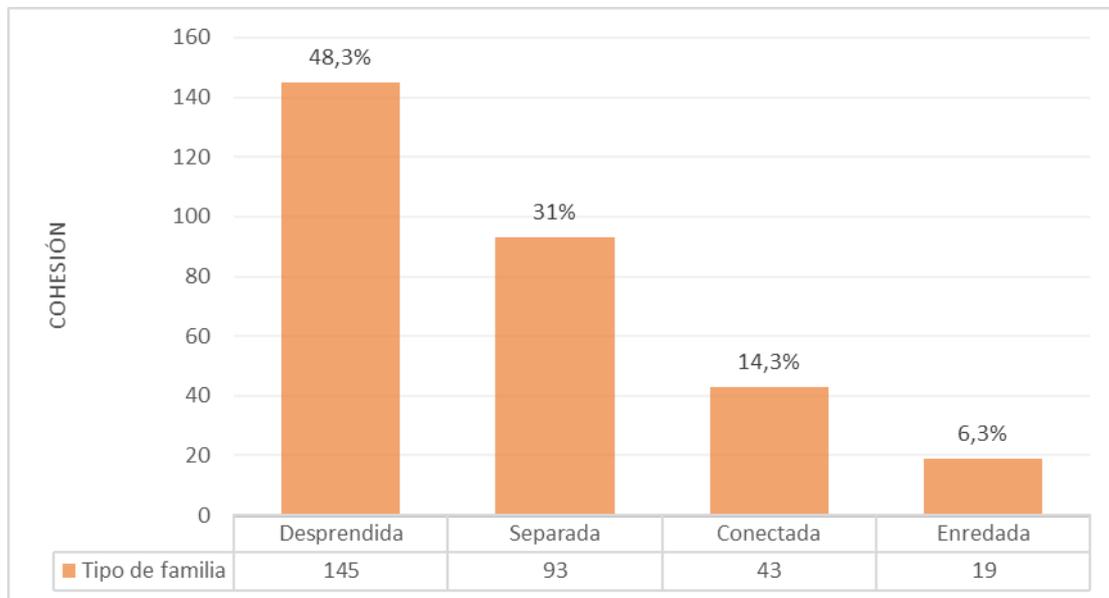
Nota. M = media; DE = desviación estándar; g1 = asimetría; g2 = curtosis; EEVC= expresiones vinculadas a la cólera

Con respecto a la figura 2, se aprecia la frecuencia de la variable cohesión, en donde las familias con disfuncionalidad (desprendida y enredada) localizadas en los límites del modelo Circumplejo de Olson equivalen al 54.6 % de los evaluados, mientras que las familias con funcionalidad (separada y conectada) ubicadas en el centro del modelo, alcanzaron un 45.4 % lo cual indica que en la dimensión de

cohesión familiar se hallan más unidades familiares con disfuncionalidad que con funcionalidad.

Figura 2

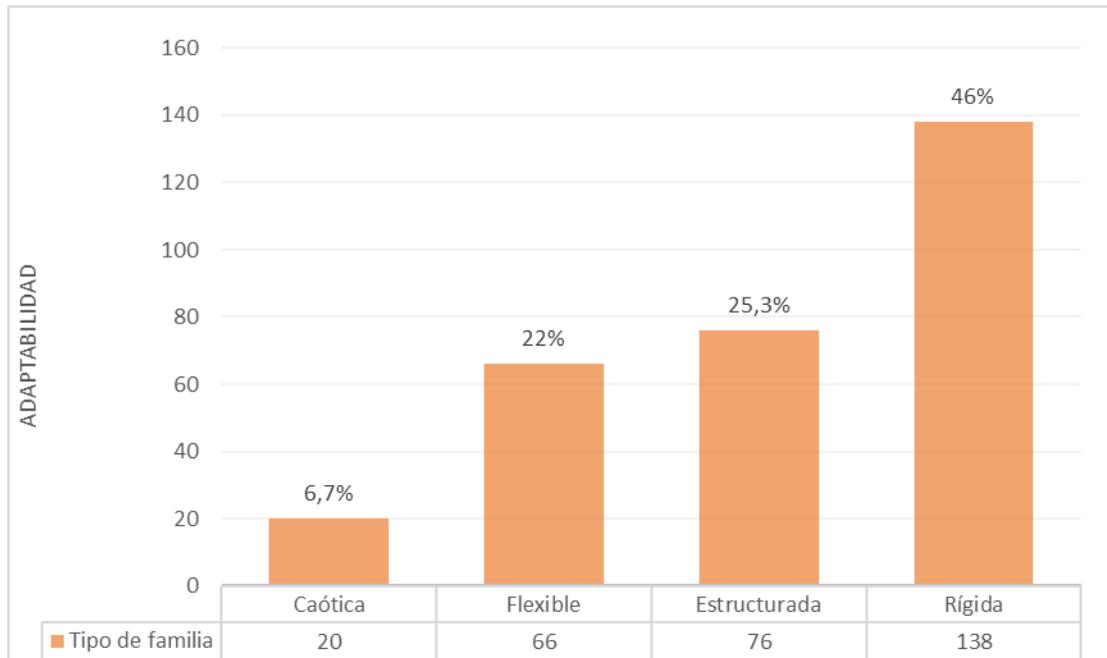
Clasificación de la familia según su cohesión



En relación a la figura 3, se aprecia la frecuencia de la variable adaptabilidad en donde las familias que presentan disfuncionalidad (caótica y rígida) se ubican en los límites del modelo Circumplejo de Olson corresponden al 52.7 % de los encuestados, en comparación a las familias funcionales (flexible y estructurada) situadas en el centro del modelo, alcanzaron un 47.3 % lo cual indica que según la dimensión de adaptabilidad, existen más unidades familiares que presentan disfuncionalidad en lugar de funcionalidad.

Figura 3

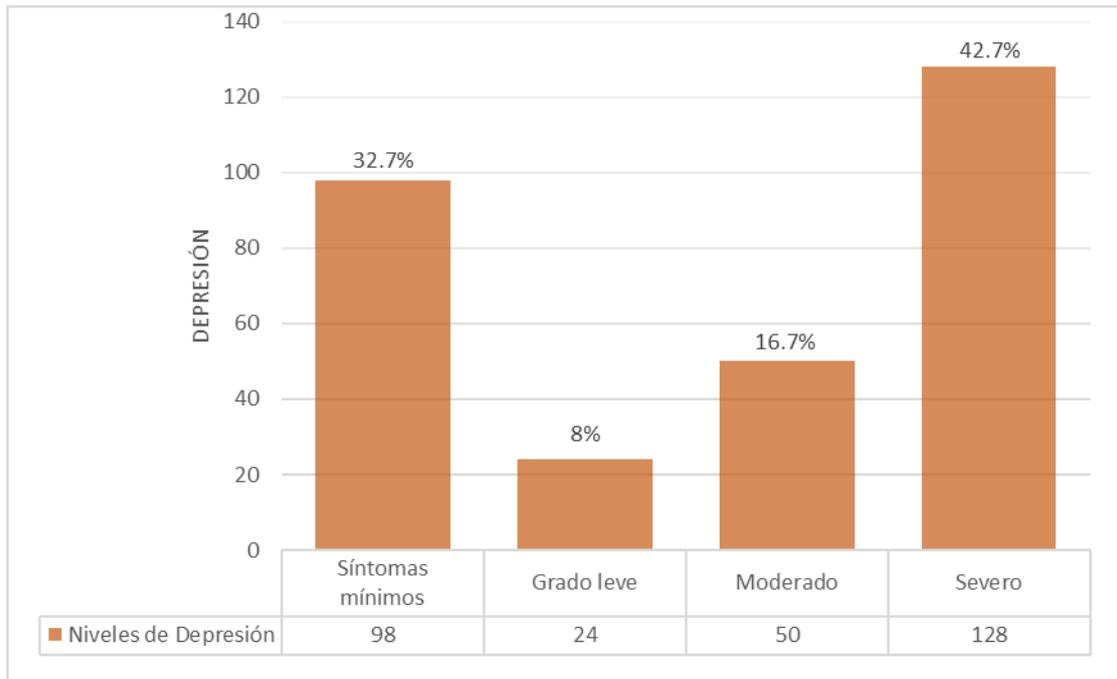
Clasificación de la familia según su adaptabilidad



En base a la figura 4, se visualiza la frecuencia de la variable Sintomatología depresiva conforme al nivel en que se encuentre, se halló que el 8 % de los encuestados presentan un grado de sintomatología depresiva leve; por otro lado, un 42.7 % presentan sintomatología depresiva severa.

Figura 4

Niveles de sintomatología depresiva



3.1.2 Análisis Inferencial

En la tabla 7 se concibe una correlación significativa y baja ($p < 0.05$), entre el funcionamiento familiar y sintomatología depresiva a nivel general y en sus dimensiones (EEVC, Anhedonia, Baja Autoestima y Somático Vegetativo); por otro lado, con la dimensión de desmoralización presenta una correlación moderada y con la dimensión factor escolar no se evidencia relación; por consiguiente; mientras mayor sea el puntaje de funcionalidad familiar se evidencia mayor nivel de sintomatología depresiva en la población (Martínez & Campos, 2015).

Del mismo modo, se visualiza una correlación significativa y positiva moderada ($p < 0.05$), entre la variable cohesión y sintomatología depresiva a nivel general y en su dimensión Desmoralización; por otro lado, con las dimensiones EEVC, Anhedonia, Baja Autoestima, Somático Vegetativo y Factor escolar presentan una correlación baja. Se concluye que, a mayor rango de cohesión en los

miembros del hogar se evidencia mayor sintomatología depresiva en los estudiantes de Lima Metropolitana (Martínez & Campos, 2015).

Por otro lado, se concibe una correlación significativa y positiva baja ($p < 0.05$), entre la variable adaptabilidad y sintomatología depresiva a nivel general y en sus dimensiones Desmoralización, EEVC, Anhedonia, Baja Autoestima, Somático-Vegetativo; sin embargo, con la dimensión Factor escolar no se evidencia relación. Se concluye que, a mayores índices de cohesión en la familia, se pone en manifiesto mayor notoriedad de indicadores depresivos en adolescentes de Lima (Martínez & Campos, 2015).

Tabla 7

Correlación entre las variables estudio

		Funcionalidad Familiar	Cohesión Familiar	Adaptación Familiar
Sintomatología	Rho	0.395**	0.432**	0.238**
Depresiva	p	(0.000)	(0.000)	(0.000)
Desmoralización	Rho	0.416**	0.426**	0.278**
	p	(0.000)	(0.000)	(0.000)
EEVC	Rho	0.314**	0.363**	0.367**
	p	(0.000)	(0.000)	(0.004)
Anhedonia	Rho	0.233**	0.251**	0.147*
	p	(0.000)	(0.000)	(0.011)
Baja autoestima	Rho	0.260**	0.214**	0.125*
	p	(0.000)	(0.000)	(0.030)
Somático-vegetativo	Rho	0.253**	0.278**	0.163*
	p	(0.000)	(0.000)	(0.005)
Factor Escolar	Rho	0.112	0.158**	0.020
	p	(0.053)	(0.006)	(0.725)

Nota: () p valor < 0.05; EEVC= Expresiones vinculadas a la cólera*

3.1.3. Análisis Comparativo

En la tabla 8 se contrastó la funcionalidad familiar y sintomatología depresiva en el alumnado en base al sexo, además se encontró ausencia de diferencias significativas en cohesión y adaptabilidad familiar. Además, se hallaron mayores niveles de cohesión familiar en los varones; al igual que en la adaptabilidad familiar en comparación a las mujeres.

En cambio, para la sintomatología depresiva, a nivel general y para sus dimensiones (Desmoralización, EEVC, Baja autoestima, Somático-Vegetativo y Factor Escolar) se hallaron diferencias significativas y se identificó un mayor rango promedio en varones. Sin embargo, en la dimensión Anhedonia se halló ausencia de diferencias significativas entre ambos sexos.

Adicional a ello, la magnitud del efecto fue pequeña para cohesión y adaptabilidad familiar ($r_s = 0.072$), ($r_s = 0.06$) y para la variable de sintomatología depresiva fue mediana ($r_s = 0.44$).

Tabla 8

Comparación de la funcionalidad familiar y sintomatología depresiva según sexo en adolescentes de secundaria (n=300)

Variables	Rango promedio		U de Mann-Whitney	Z (p-valor)	r _s
	Varones (n=157)	Mujeres (n=141)			
Cohesión Familiar	154.58	143.84	10271	-1.075 (0.282)	0.072
Adaptabilidad Familiar	154.33	144.12	10309.500	-1.024 (0.306)	0.069
Desmoralización	179.96	115.58	6286	-6.445 (0.000)*	0.432
EEVC	180.4	115.49	6273.5	-6.467 (0.000)*	0.433
Anhedonia	154.06	144.43	10353	-0.977 (0.329)	0.064
Baja Autoestima	171.34	125.18	7639.5	-4.640 (0.000)*	0.309
Somático-vegetativo	174.89	121.23	7082	-5.404 (0.000)*	0.360
Factor escolar	161.38	136.27	9203	-2.654 (0.008)*	0.168
Sintomatología depresiva	180.80	114.65	6154.500	-6.618 (0.000)*	0.444

Nota. () p valor < 0.05; r_s = correlación biserial; EEVC= expresiones vinculadas a la cólera*

En la tabla 9 se contrastó la funcionalidad familiar y sintomatología depresiva en la muestra según la edad, en donde se halló la ausencia de diferencias significativas en las variables y sus dimensiones.

Adicionalmente, se encontraron mayores rangos de cohesión familiar en los adolescentes de 12 a 14 años; por otro lado, en la adaptabilidad familiar se halló una mayor predominancia entre los 15 a 18 años.

En cuanto a los síntomas depresivos en general y a sus dimensiones (Desmoralización, EEVC, baja autoestima, somático-vegetativo y factor escolar) se identificó un rango promedio superior en estudiantes de 12 a 14 años; sin embargo, para la dimensión de anhedonia se observó un rango promedio superior en estudiantes de 15 a 18 años.

Además, el tamaño del efecto para la cohesión, adaptabilidad y la sintomatología depresiva fue pequeño.

Tabla 9

Comparación de la funcionalidad familiar y sintomatología depresiva según grupo de edad en adolescentes de secundaria (n=300)

Variables	Rango promedio		U de Mann-Whitney	Z (p-valor)	r _s
	12 - 14 (n=164)	15 - 18 (n=135)			
Cohesión Familiar	158.23	140.00	9720	-1.816 (0.069)	0.122
Adaptabilidad Familiar	149.12	151.07	10925	-0.195 (0.845)	-0.013
Desmoralización	151.43	148.26	10835.5	-0,315 (0.752)	0.02118
EEVC	154.49	144.54	10333.5	-0.992 (0.321)	0.06653
Anhedonia	147.22	153.37	10614.500	-0.621 (0.535)	0.04115
Baja Autoestima	150.43	149.48	10999.5	-0.095 (0.924)	0.00637
Somático-vegetativo	152.91	146.47	10593.5	-0.645 (0.519)	0.04304
Factor escolar	157.62	140.74	9820.0	-1.775 (0.076)	0.11292
Sintomatología depresiva	152.67	146.76	10632	-0.589 (0.556)	0.040

Nota. r_s = correlación biserial; EEVC= expresiones vinculadas a la cólera

En base a la tabla 10, se visualiza la ausencia de diferencias significativas entre las dimensiones cohesión, adaptabilidad y las variables sintomatología depresiva junto a sus dimensiones (p-valor>0.05) de acuerdo con el nivel de estudio de cada adolescente.

En cuanto a la dimensión cohesión se determinó un mayor rango promedio en primero de secundaria; mientras que en adaptabilidad se identificó un mayor rango promedio en segundo de secundaria.

Por otro lado, se muestra un mayor rango promedio en la variable sintomatología depresiva y sus dimensiones (Desmoralización, Anhedonia, Baja autoestima, Somático-vegetativo y Factor Escolar) en tercero de secundaria; sin embargo, se halló un mayor rango promedio en la dimensión EEVC en la población de primero de secundaria.

Además, se señala la existencia de no efecto para el tamaño de la variable sintomatología depresiva y las dimensiones cohesión y adaptabilidad.

Tabla 10

Comparación de la funcionalidad familiar y sintomatología depresiva según el nivel escolar en adolescentes de secundaria (n= 300)

Variable	Rango Promedio					Chi-cuadrado (p-valor)	ϵ^2
	1ro (n=76)	2do (n=46)	3ro (n=55)	4to (n=58)	5to (n=65)		
Cohesión	162.38	154.63	153.52	147.95	133.42	4.17 (0.383)	0.014
Adaptabilidad	149.49	162.67	142.63	160.93	140.42	3.09 (0.542)	0.010
Desmoralización	155.21	142.30	165.93	150.74	137.52	3.84 (0.429)	0.013
EEVC	165.69	134.36	165.18	141.97	139.35	7.16 (0.128)	0.024
Anhedonia	140.18	138.67	170.93	157.09	147.78	5.53 (0.237)	0.018
Baja Autoestima	155.51	141.54	156.58	142.51	152.96	1.57 (0.813)	0.005
Somático- Vegetativo	153.14	153.54	156.84	149.94	140.40	1.32 (0.858)	0.004
Factor-Escolar	150.47	153.33	165.97	145.96	139.50	3.35 (0.500)	0.011
Sintomatología depresiva	157.57	139.28	167.12	147.12	139.13	4.50 (0.343)	0.015

Nota. ϵ^2 = Épsilon cuadrado; EEVC= expresiones vinculadas a la cólera

Por otro lado, en la tabla 11, se visualiza diferencias significativas en las dimensiones Cohesión, Adaptabilidad y Anhedonia (p -valor<0.05), sin embargo, en cuanto a la variable de sintomatología depresiva en general y en sus dimensiones (Desmoralización, EEVC, Baja autoestima, Somático- vegetativo y factor escolar)

encontramos ausencia de una diferencia significativa de acuerdo con la estructura familiar de cada adolescente.

Se demuestra que la población con la estructura familiar nuclear presenta un mayor índice de la variable sintomatología depresiva y las dimensiones Cohesión, Desmoralización, EEVC, Anhedonia y Somático-vegetativo). En cambio, en las dimensiones Adaptabilidad y Baja Autoestima se determinó un mayor rango promedio en la categoría otros, tales como tutores y apoderados no consanguíneos. En cuanto a la dimensión factor escolar se identificó un mayor rango promedio en familias monoparentales.

Por otro lado, el tamaño del efecto de la dimensión cohesión es de efecto pequeño, mientras que la magnitud del efecto para adaptabilidad familiar y sintomatología depresiva es inexistente.

Tabla 11

Comparación de la funcionalidad familiar y sintomatología depresiva según la estructura familiar en adolescentes

Variable	Rango Promedio				Chi-cuadrado (p-valor)	ϵ^2
	Familia nuclear (biparental) (n=102)	Familia monoparental (n=110)	Familia extendida (n=61)	Otros (n=27)		
Cohesión	169.90	139.97	144.66	133.31	7.96 (0.019) *	0.2663
Adaptabilidad	165.46	137.15	141.58	168.54	7.37 (0.025) *	0.02464
Sintomatología depresiva	159.62	146.33	145.91	143.43	1.73 (0.421)	0.00579
Desmoralización	159.53	143.85	147.54	150.13	1.75 (0.416)	0.00587
EEVC	159.61	145.71	148.53	140.06	1.85 (0.397)	0.00618
Anhedonia	166.22	150.18	135.65	125.98	6.36 (0.042)*	0.02128
Baja autoestima	152.91	147.26	148.45	159.22	0.58 (0.765)	0.00179
Somático-Vegetativo	154.85	148.90	148.98	144.02	0.47 (0.791)	0.00157
Factor Escolar	145.54	157.50	144.84	153.48	0.56 (0.754)	0.00189

Nota. () p valor < 0.05; ϵ^2 : épsilon cuadrado; EEVC= expresiones vinculadas a la cólera*

CAPÍTULO IV

Discusión

La razón de la presente investigación fue el análisis de las correlaciones entre la funcionalidad familiar y sintomatología depresiva en el alumnado de 1ro a 5to de secundaria en una unidad escolar del distrito de Villa María del Triunfo; cuya muestra tuvo la participación de 300 estudiantes seleccionados según los criterios de inclusión determinados en la presente tesis. Para continuar, se exponen los resultados hallados con el fin de contrastar la teoría y las investigaciones mencionadas previamente.

Conforme a los resultados, según la dimensión de cohesión se puede observar que el 48.3% presentó una prevalencia en familias de tipo desprendida; lo que indica que existe una carencia de afecto entre los integrantes de la unidad familiar, percepción de una lealtad familiar casi inexistente y falta de espacios recreativos en común, en donde una mayor autonomía e individualismo conlleva a una toma de decisiones independiente (Camacho et al., 2009). Estos resultados concuerdan con la tesis llevada a cabo por Güere y Balvin (2019), Palacios (2019) y García (2019) donde el tipo de cohesión que predominó fue desprendida con un 42.71%, 71.6% y un 56% respectivamente en cada estudio. Ello se respalda con lo hallado por Matejevic et al. (2015), quienes encontraron que los adolescentes en una población de Serbia presentan sintomatología depresiva y provienen de hogares donde el grado de cohesión es significativamente menor, percibiéndose una falta de calidez emocional, atención y rechazo.

Por otro lado, con respecto a la dimensión de adaptabilidad se visualiza que el 46% pertenece a un tipo de familia rígida, lo que representa un modo de crianza de tipo autoritario es decir con un control excesivo de los padres, además del ejercicio de una disciplina con alta rigidez donde los roles y normas del hogar se cumplen estrictamente, puesto que los resultados de las dimensiones que predominan en cohesión y adaptabilidad (54.6% y 52.7%) indican disfuncionalidad en las familias puesto que se encuentran en los extremos del Modelo Circumplejo de los sistemas familiares y maritales propuestos por Olson. Guardando relación con lo encontrado por Matejevic et al. (2015) en una población de adolescentes en Serbia, donde predominaban las familias rígidas; denotando sobreprotección, alto niveles de control, contribuyendo a problemas de conducta en los adolescentes y afectando su autonomía e independencia. En contraste con los resultados obtenidos por Hernández e Iparraguirre (2020) en adolescentes peruanos, donde predominó la presencia de la familia tipo caótica con un 56.1%.

En cuanto a los niveles de la sintomatología depresiva se determinó una prevalencia del nivel severo en un 42.7%, es decir la manifestación de los siguientes síntomas con mayor intensidad; los adolescentes deprimidos pueden mostrarse irritables, retraídos, con autoestima baja además de presentar ideas de inutilidad o de culpa, dificultad para concentrarse y problemas con el rendimiento escolar llegando incluso a presentarse manifestaciones de ideación e intentos suicidas. En contraste con Monasterio (2019) cuyos resultados indican que predomina con un 38.5% los niveles de sintomatología depresiva leve.

En base al objetivo general, se planteó precisar el vínculo entre la funcionalidad familiar y sintomatología depresiva, para ello se hizo uso del coeficiente de correlación de Rho, el cual a través de la clasificación de Martínez y

Campos (2015) se estableció una correlación significativa baja para funcionalidad familiar y depresión, admitiendo la hipótesis general establecida y rechazando la hipótesis nula; por ello se considera que a mayores puntajes en la prueba de funcionalidad familiar serán mayores los niveles de depresión, dado que las familias con mayor disfuncionalidad puntúan muy alto o muy bajo ubicándose en los extremos de cada dimensión, como los resultados obtenidos en esta tesis; mientras que las familias con un mejor funcionamiento se ubican en niveles medios o moderados (Olson, 2000).

En ese sentido, Bustillos – Cotrados et al. (2018) concluyeron que la funcionalidad familiar es un pilar crucial para la depresión en adolescentes junto a la imagen corporal distorsionada. En esta misma línea Miranda (2021) y Panuera (2018) mencionan que la depresión en algún miembro de la unidad familiar desemboca en vínculos inadecuados entre estos, lo cual, puede generar en el adolescente la pérdida del rumbo de su vida y como consecuencia presentar ideación suicida, llegando a la conclusión que, a mayor índice de depresión, menor será el índice de funcionalidad familiar. Por otra parte, García (2019) llegó a la conclusión de que, en su estudio las variables carecen de correlación, considerando a estas como independientes.

Sin embargo, se estableció una correlación significativa baja entre adaptabilidad familiar y sintomatología depresiva; no obstante, entre las dimensiones de cohesión y depresión la correlación fue positiva significativa moderada (Martínez y Campos, 2015). En contraste con Miranda (2021) quien encontró una asociación negativa baja entre la cohesión en la familia y la depresión; además de no hallar una asociación significativa entre la adaptabilidad en la familia y la depresión. Sumado a ello Hernández et al. (2020) exponen la falta de una

correlación significativa entre la cohesión en la familia y la depresión, del mismo modo que para adaptabilidad familiar y depresión.

De acuerdo con el objetivo que busca precisar las diferencias significativas entre funcionalidad familiar y sintomatología depresiva según el sexo, se identificaron diferencias no significativas según el sexo respecto a cohesión y adaptabilidad; a diferencia de la depresión cuyos resultados determinaron que los varones presentan mayores rangos de depresión. Aquello difiere con lo señalado por Bustillos – Cotrado et al. (2018) quienes hallaron que las damas presentaron mayores niveles de depresión por encima de los caballeros guardando concordancia con los resultados de Rojo (2009), quien llega a la conclusión que el género femenino durante la adolescencia comienzan a predominar en las tasas de depresión en comparación con los varones quienes presentan en su mayoría trastornos de tipo déficit de atención.

En cuanto el objetivo específico que busca determinar las diferencias significativas entre las variables de funcionalidad familiar y sintomatología depresiva en adolescentes según la edad, se halló la ausencia de diferencias significativas en las variables. Del mismo modo, se identificó en los adolescentes de 12 a 14 años un mayor rango de cohesión en la familia y depresión, en cambio, para la adaptabilidad el mayor grupo etario fue de 15 a 18 años. De lo referido en base a la depresión, la OMS (2021) indica que el 1.1% de los adolescentes de 10 a 14 años manifiestan depresión. En contraste con lo encontrado por Serna – Arbeláez et al. (2020) en Colombia, quienes indican que el 85% de los escolares que evidencian mayores índices de depresión se ubican entre los 15 a 17 años. De igual manera en China, Deng et al. (2021), determinaron que los adolescentes de 15 a 18 años con el 69.2 % tenían mayor riesgo de padecer depresión grave.

En cuanto al objetivo específico que busca determinar las diferencias significativas entre las variables cohesión, adaptabilidad y sintomatología depresiva según el nivel de estudio, se observó la ausencia de diferencias significativas en las variables. Resaltando que la población de 3^{ro} de secundaria presenta un mayor nivel de depresión, en contraste con lo hallado por Monasterio (2019), quien encontró que el alumnado de 4^{to} de secundaria presentaban más alta sintomatología depresiva.

Referente al objetivo específico que busca establecer las diferencias significativas entre la funcionalidad familiar y sintomatología depresiva según la estructura familiar de cada adolescente, se hallaron diferencias significativas en las dimensiones de Cohesión y Adaptabilidad, sin embargo, en cuanto a Depresión encontramos ausencia de una diferencia significativa de acuerdo con la estructura familiar de cada adolescente, teniendo en cuenta que la población con la estructura familiar nuclear presenta un mayor índice de depresión, así mismo, predominó un mayor porcentaje de familias monoparentales guardando relación con lo encontrado por Serna – Arbeláez et al. (2020) quienes hallaron mayores rangos de depresión en familias Nucleares con un 44.2%, además de lo hallado por Bustillos – Cotrado et al. (2018), quienes indican que las familias disfuncionales y monoparentales son uno de los motivos del desarrollo de la depresión en adolescentes.

Por consiguiente, respecto a las implicancias teóricas este estudio aporta información actual sobre las variables y comprueba la significancia en la relación de estas; enfatizando el funcionamiento familiar como componente de riesgo para la sintomatología depresiva y demostrando la influencia del núcleo familiar del adolescente en su salud mental, dando lugar a futuras investigaciones con el fin de contribuir a la comunidad científica.

Además, referente a las implicancias prácticas, los resultados hallados en este estudio sirven para la planificación de escuelas para padres, talleres vivenciales, programas de promoción y prevención de situaciones de riesgo, beneficiándose a los adolescentes y sus familias; fomentando así la atención primaria.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se identificó una baja confiabilidad interna en la prueba de FACES III para medir la dimensión de adaptabilidad, donde se obtuvo una confiabilidad de $\alpha = 0.600$, lo que resulta en una dificultad para la precisión de resultados con respecto a esta dimensión; sin embargo, Tuapanta et al. (2017) indica que los valores comprendidos de 0.5 a 0.70 corresponden a una buena confiabilidad, para propósitos de investigación; no obstante, se recomienda la validación de esta escala en la muestra. Finalmente, al aplicar el muestreo no probabilístico y realizar el estudio en una única institución, se limitó la generalización de los resultados a todas las poblaciones.

CONCLUSIONES

Respaldado en lo expuesto en resultados, se da pie a las presentes conclusiones:

Se identificó una correlación positiva significativamente baja entre funcionalidad familiar y sintomatología depresiva.

Se evidenció una correlación positiva, moderada y significativa entre cohesión familiar y sintomatología depresiva.

Se evidenció una correlación positiva, baja y significativa entre adaptabilidad familiar y sintomatología depresiva.

Se halló ausencia de diferencias significativas en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar según el sexo, por otro lado, para la sintomatología depresiva, se delimitaron diferencias significativas según el sexo; siendo los varones quienes presentan mayores rangos de sintomatología depresiva.

Se reveló la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en las variables de funcionalidad familiar y sintomatología depresiva, de acuerdo con el grupo de edad.

Se identificó la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en las variables de funcionalidad familiar y sintomatología depresiva, según el nivel escolar.

Se reveló diferencias significativas entre cohesión y adaptabilidad familiar, en base a la estructura familiar. No obstante, para la sintomatología depresiva se halló

ausencia de diferencias significativas de acuerdo con la estructura familiar, siendo la familia de tipo nuclear, la que mayores índices de depresión presenta.

RECOMENDACIONES

A modo de cotejar los resultados adquiridos, se sugiere extender la muestra de manera aleatoria incluyendo alumnos que cursen primaria y secundaria para obtener una generalización en los resultados.

Validar la consistencia interna del cuestionario FACES III para la variable adaptabilidad en adolescentes y ser considerado en futuros estudios.

Elaborar, efectuar y analizar programas donde se fortalezca la integración entre los miembros del hogar, ya que ello influenciará favorablemente en el nivel de educación de los escolares.

Se sugiere impulsar y llevar a cabo un plan de prevención para la depresión en la institución educativa, puesto que el porcentaje de depresión obtenido en este estudio indicó rangos elevados de sintomatología depresiva.

Se propone para próximos estudios incluir a los progenitores o apoderados, con el fin de contrastar los índices de depresión y las percepciones del funcionamiento familiar entre los miembros de la familia.

REFERENCIAS

- Albán, C. (2021). *Funcionamiento familiar y su relación con la depresión en adolescentes*. [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio PUCESA <https://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/3398>
- Altuzarra, R. (2021). Funcionamiento familiar y tendencia al riesgo suicida en estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano, turno tarde, de la ciudad de Tarija. *Humanidades*, 3(3), 2707 – 4072. <http://dicyt.uajms.edu.bo/revistas/index.php/humanidades/article/view/895/896>
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ª ed.). Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Bazo, J., Bazo, O., Águila, J., Peralta, F., Mormontoy, W., & Bennett, I. (2016). Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar FACE-III: un estudio en adolescentes peruanos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 462–470. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2299>
- Beck, A. (1967). *Depresión: Aspectos clínicos, experimentales y teóricos*. Harper & Row.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*.

Desclée de Brouwer

Benítez, M. (2017). La familia: Desde lo tradicional a lo discutible. *Revista Novedades en Población*, 13(26), 58-68.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782017000200005

Birleson, P. (1981). The validity of Depressive Disorder in childhood and the development of a self-rating scale: a research report. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 22(1), 73-88. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Bustillos-Cotrado, A. & Laguna-León, E. (2018). Depresión y factores asociados en adolescentes de un colegio de la ciudad de Huánuco, Perú. *Revista Peruana de Investigación en Salud*, 2 (2), 10-15.

<https://www.redalyc.org/journal/6357/635767693002/635767693002.pdf>

Caballo, V. (Ed.). (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo Veintiuno de España.

Camacho, P., León, L. & Silva, I. (2009). Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en adolescentes. *Revista Enfermería Herediana*, 2(2), 80–85. <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2009/febrero/Olson.pdf>

Campos-Arias, A., & Oviedo, H. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Revista de salud pública*, 10(5), 831-839. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000500015

Campoverde, W. (2015). *Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de*

Olson. [Tesis doctoral, Universidad de Cuenca]. Repositorio Universidad de Cuenca <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21878>

Di Silvestre, C. (1998). Somatización y Percepción Subjetiva de la Enfermedad. *Cinta de Moebio, Revista de epistemología de Ciencias Sociales*, (4). <https://boletincorteidh.uchile.cl/index.php/CDM/article/view/26466>

Dominguez-Lara, S. (2018). Magnitud del efecto, una guía rápida. *Educación Médica*, 19(4), 251-254. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.002>

Figueras-Masip, A., Amador-Campos, J., & Però-Cebollero, M. (2008). Características psicométricas de la Reynolds Adolescent Depression Scale en población comunitaria y clínica. *International journal of clinical and health psychology*, 8(1), 247-266. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33780117>

Ferrer Honores, P. Miscán Reyes, A., Pino Jesús, M. & Pérez Saavedra, V. (2013). Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. *Revista enfermería Herediana*, 6(2), 51-58. <https://pdfs.semanticscholar.org/2a25/fe0e9db9f373549ddbc9bdd1740882065ca3.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021, octubre). *Estado Mundial de la infancia 2021 en mi mente, promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia. Resumen ejecutivo.* <https://www.unicef.org/peru/media/11331/file/EMI%202021%20-%20Resumen%20Ejecutivo.pdf>

García, B. (2020). *Funcionalidad Familiar y Depresión en los estudiantes de quinto grado de educación secundaria de la institución educativa julio cesar olivera*

paredes - Tumbes, 2019. [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Los
Ángeles Chimbote]. Repositorio ULADECH
<https://hdl.handle.net/20.500.13032/16949>

García-Soriano, G. & Barreto, P. (2008). Trastornos del estado de ánimo al final de la vida: ¿desmoralización o depresión?. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 13(2), 123–133. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.2.2008.4055>

Güere, J. A., & Balvin, S. Á. (2019). *Funcionalidad familiar y depresión en adolescentes de una institución educativa estatal de Huancayo 2019.* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Los Andes]. Repositorio UPLA.
<https://hdl.handle.net/20.500.12848/1398>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación.* McGraw-Hill.

Hernández, R., Fernández, C & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación.* McGraw-Hill.

Hernández, J. & Iparraguirre, G. (2020). *Funcionalidad Familiar y depresión en un grupo de adolescentes de una institución educativa del distrito de Baños del Inca – Cajamarca.* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo]. Repositorio UPAGU.
<http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/1262>

Herrera, P. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(6), 591-595.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es&tling=es

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018, agosto). *Perfil Sociodemográfico del Perú 2017. Informe Nacional*. INEI.

Jelkić, M., Mandić-Gajić, G., Stojanović, Z., Đokić, M., Eror, A. & Kolundžija, K. (2018). The characteristics of family functioning with mentally ill children and adolescents. *Vojnosanitetski pregled*, 75 (1), 23-29.
<https://doi.org/10.2298/VSP160426283J>

Martínez, A. & Campos W. (2015). Correlación entre actividades de interacción social registradas con nuevas tecnologías y el grado de aislamiento social en los adultos mayores. *Revista Mexicana de Ingeniería Biomédica*, 36(3), 181 – 191.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/rmib/v36n3/v36n3a4.pdf>

Matejevic, M., Jovanovic, D., & Ilic, M. (2015). Patterns of family functioning and parenting style of adolescents with depressive reactions. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 185, 234-239. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.460>

Medina Sánchez, A. M., & Ttito Chipana, S. (2021). *Depresión y su relación con la funcionalidad familiar en adolescentes del colegio Virgen del Carmen en Arequipa, Perú*. Universidad Autónoma de Ica (tesis de licenciatura).
<http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/1404>

Ministerio de Salud (2018, diciembre). *Carga de enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016*.
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/315254/1.pdf>

Ministerio de Salud (2022, enero). *Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021. Nota de prensa*. <https://www.gob.pe/es/n/575899>

- Miranda, J. H. (2021). *Funcionalidad familiar y depresión en estudiantes del nivel secundaria de una institución educativa estatal de Puente Piedra, 2021* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. *Repositorio UNP*.
<https://hdl.handle.net/11537/28871>
- Monasterio, A. (2019). *Depresión en adolescentes de una institución educativa pública de Lima Metropolitana*. [Tesis de licenciatura, Universidad San Ignacio de Loyola]. *Repositorio USIL*.
<https://repositorio.usil.edu.pe/server/api/core/bitstreams/9b9c5ead-5be3-4149-8cdc-3b7f779bfeb1/content>
- Moscoso, M., Merino-Soto, C., Oblitas-Guadalupe, L., Puerta-Morales, L., & León - Jacobus, A. (2018). Validez de constructo de un instrumento de evaluación de la depresión y regulación emocional. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 10(1), 1-16.
<http://mail.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/index.php/RMIP/artic le/view/317/188>
- Moscoso, M., Lengacher, C., & Knapp, M. (2012). Estructura factorial del inventario multicultural de la depresión, estado-rasgo: Rol de las emociones positivas de la depresión. *Persona*, (015), 115-136.
<https://doi.org/10.26439/persona2012.n015.129>
- Nogueira, A., Salguero del Valle, A., Molinero, O., & Márquez, S. (2021). Evaluación del uso de métodos de recuperación entre los corredores populares españoles. *Retos*, 41, 823-833. <https://n9.cl/mqd79>
- Núñez-Ariza, A., Reyes-Ruiz, L., Sánchez-Villegas, M., Alvarado, F., Acosta-López, J.,

& Salas, E. (2020). Ideación suicida y funcionalidad familiar en adolescentes del caribe colombiano. *Archivos Venezolanos De Farmacología y Terapéutica*, 39(1), 80-87.

<https://www.proquest.com/scholarly-journals/ideación-suicida-y-funcionalidad-familiar-en/docview/2407570409/se-2?accountid=14747>

Oliva, E., & Villa, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris.* 10(1), 11–20.

<http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>

Olson, D.H. (2000). Circumplex model of Marital and Family Systems, *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>

Organización Panamericana de la Salud. (2017, marzo) *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales.*

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2020, noviembre). *Salud Mental del Adolescente.*

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Mundial de la Salud. (2021, noviembre). *Depresión.* <https://n9.cl/2jy94>

Palacios, M. (2019). *Funcionamiento familiar real e ideal en adolescentes de una institución educativa pública de la Región Callao.* [Tesis de licenciatura,

Universidad Federico Villarreal], Repositorio UNFV

<https://doi.org/http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2772>

Panuera, M. (2018). *Funcionalidad familiar, estilos parentales y sintomatología*

depresiva en adolescentes de tercero, cuarto y quinto año de secundaria de una institución educativa estatal en Chorrillos. [Tesis de licenciatura, Universidad Mayor de San Marcos]. Repositorio UNMSM http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/10133/Panuera_zm.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Papalia, D. (2009). *Desarrollo Humano.* McGraw-Hill. ://www.moodle.utecv.esiaz.ipn.mx/pluginfile.php/29205/mod_resource/content/1/libro-desarrollo-humano-papalia.pdf

Pascual, J. & Rodríguez, L. (2022). *Propiedades psicométricas de la escala de depresión para adolescentes de Reynolds – segunda versión (EDAR-2) en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Universidad de Lima]. Repositorio institucional de la Universidad de Lima. <https://hdl.handle.net/20.500.12724/15858>

Gorwood, P. (2008). Neurobiological mechanisms of anhedonia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(3), 291-299. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2008.10.3/pgorwood>

Rangel J., Valerio L., Patiño J. & García M. (2004). Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 47(1), 24-27. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un041g.pdf>

Reynolds, W. (1992). *Depression in children and adolescents.* John Wiley & Sons. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9780470777954>

Reynolds, W.M. (1994). Depression in adolescents. Contemporary issues and perspectives. *Advances in Clinical Child Psychology* (16), 261-316. Nueva York:

Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9041-2_9

Risco, L., Silva, H., Correa, E., Arancibia, P., & Barroilhet, S. (2006). Disforia en el trastorno bipolar: 2 casos representativos. *Trastornos del ánimo*, (54).

<http://cpuuchile.cl/web/wp-content/uploads/2019/06/RTA-2006-1.pdf#page=53>

Rivadeneira, J. (2013). *El Funcionamiento familiar, los estilos parentales y el estímulo al desarrollo de la teoría de la mente efectos en criaturas sordas y oyentes* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Valencia]. Repositorio de la Universidad Autónoma de Valencia.

https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2013/hdl_10803_117201/jrv1de1.pdf

Rojo, N. (2009). Diferencias de género en la psicopatología de adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud*, (84), 11-25.

https://www.researchgate.net/publication/41019053_Diferencias_de_genero_en_la_psicopatologia_de_adolescentes

Saenz, S. (2022). *Funcionalidad familiar y depresión en estudiantes de una Institución Educativa Particular de Huancayo*. [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana de los Andes]. Repositorio de la Universidad Peruana de los Andes.

<https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/4406>

Serna-Arbeláez, D., Terán-Cortés, C., Vanegas-Villegas, A., Medina-Pérez, Ó., Blandón-Cuesta, O., & Cardona-Duque, D. (2020). Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(5).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000600016&lng=es&tlng=es.

- Tuapanta, J, Duque, M., & Mena, A. (2017). Alfa de Cronbach para validar un cuestionario de uso de TIC en Docentes Universitarios. *Revista mktDescubre*, (10), 37-48. <https://core.ac.uk/download/pdf/234578641.pdf>
- Ugarriza, N., & Escurra, M. (2002). Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Persona: Revista de la Facultad de Psicología*, (5), 83-130. <http://200.11.53.159/handle/ulima/2104>
- Vásquez, R. (2021). *Depresión y Funcionalidad Familiar en Estudiantes del Nivel Secundario de la Institución Educativa Privada Científico Sairy, Ayacucho-2021*. [Tesis de licenciatura, Universidad Privada de los Andes]. Repositorio Universidad Privada de los Andes. <http://hdl.handle.net/20.500.11936/199>
- Villarreal-Zegarra, D, & Paz-Jesús, A. (2017). Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú. *Propósitos y Representaciones*, 5(2), 21-64. <https://dx.doi.org/10.20511/pyr2017.v5n2.158>
- Verástegui, C. (2019). *Maltrato infantil y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa N 0003" Nuestra señora del Carmen" San Miguel, Lima 2018*. [Tesis de licenciatura, Universidad Privada de los Andes]. Repositorio Universidad Privada de los Andes. <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1238>
- World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. (1ra ed.)*. Editorial Médica Panamericana.
- Deng, J., Zhou, F., Hou, W., Silver, Z., Wong, C. Y., Chang, O., & Huang, E. (2021).

The prevalence of depressive symptoms, anxiety symptoms and sleep disturbance in higher education students during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 301, 113863. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113863>

ANEXOS

ANEXO A

CARTA DE PRESENTACIÓN

ANEXO B



Surquillo, 01 de junio de 2022

Señora Directora
Nilda Huarcaya Inga
I.E N°7226-562 JOSÉ OLAYA BALANDRA
Ciudad. -

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarla cordialmente y presentarle a las señoritas **CLAUDIA SOFÍA CHUQUIHUAMANÍ PEDEMONTTE**, con código de matrícula 2015213016 y **ANITA FRESHDLY CHUQUILLANQUI SALDAÑA**, con código de matrícula 2015131533, egresadas de la Escuela Profesional de Psicología, de la Facultad de Ciencias de la Comunicación, Turismo y Psicología, de la Universidad de San Martín de Porres.

Las señoritas **CLAUDIA SOFÍA CHUQUIHUAMANÍ PEDEMONTTE** y **ANITA FRESHDLY CHUQUILLANQUI SALDAÑA**, desean recopilar información de su prestigiosa institución para la elaboración de su tesis "**Funcionalidad familiar y Depresión en adolescentes de un Colegio Estatal de Lima Metropolitana - Perú**", para la obtención del Título Profesional; por lo que solicito a usted les brinde las facilidades del caso.

Valga la ocasión para expresarles las muestras de mi consideración.

Atentamente,

AMYBEL NILA Firmado digitalmente
SANCHEZ por AMYBEL NILA
TELLO DE SANCHEZ TELLO DE
WALTHER
WALTHER Fecha: 2022.06.02
22:44:51 -05'00'

Dra. Amybel Sánchez Tello de Walther
DECANA

AST/soc/mj

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Consentimiento Informado

El propósito de este consentimiento es proveer a los participantes de este estudio con una clara explicación de la naturaleza de este.

El proceso será dirigido por las alumnas Anita Chuquillanqui y Claudia Chuquihamaní. El objetivo es identificar la relación entre la depresión y la Funcionalidad Familiar en adolescentes de una institución de Lima.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar los datos generales y dos cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es voluntaria y usted podrá retirarse del mismo cuando lo desee sin que esto lo perjudique.

La información que se recoja es de carácter confidencial.

Si tiene alguna duda sobre este proceso, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación.

Muchas gracias por su participación

Yo (Nombres y Apellidos) acepto participar del presente proceso de investigación, asimismo conozco el objetivo y las condiciones de dicha investigación.

Firma: _____

Fecha : _____

Al terminar de llenar sus datos, arrancar esta primera hoja y entregarla a la persona que está dirigiendo la prueba. (La prueba es anónima, por ello se le pide responder con total sinceridad los siguientes cuestionarios)

ANEXO C

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: _____ años

Sexo: MASCULINO

FEMENINO

Grado de Instrucción: 1ro

2do

3ro

4to

5to

¿Con quién vives en tu casa?

Con ambos padres ()

Con mi mamá ()

Con mi papá ()

Con alguno de mis abuelos ()

Con mis tíos ()

Familia extendida (papás, abuelos, tíos, etc) ()

Otros ()

ANEXO D

ESCALA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR FACES - III

FACES III				
Nombre: _____			Sexo: M() F()	
I.E.: _____		Grado: _____	Sección: _____	Edad: _____

Por favor, responda a los siguientes planteamientos marcando con una "X" según la siguiente escala:

NUNCA O CASI NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	FRECUENTE MENTE	SIEMPRE O CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

¿CÓMO ES SU FAMILIA?

1	2	3	4	5		
1	Los miembros de la familia se piden ayuda cuando lo necesitan.	1	2	3	4	5
2	Cuando surge un problema, se tienen en cuenta las opiniones de los hijos.	1	2	3	4	5
3	Se aceptan las amistades de los demás miembros de la familia.	1	2	3	4	5
4	A la hora de establecer normas de disciplina, se tiene en cuenta la opinión de los hijos.	1	2	3	4	5
5	Preferimos relacionarnos con los parientes más cercanos.	1	2	3	4	5
6	Hay varias personas que mandan en nuestra familia.	1	2	3	4	5
7	Los miembros de nuestra familia nos sentimos más unidos entre nosotros que entre otras personas que no pertenecen a nuestra familia.	1	2	3	4	5
8	Frente a distintas situaciones, nuestra familia cambia su manera de manejarlas.	1	2	3	4	5
9	A los miembros de la familia nos gusta pasar nuestro tiempo libre juntos.	1	2	3	4	5
10	Padres e hijos conversamos sobre los castigos.	1	2	3	4	5
11	Los miembros de la familia nos sentimos muy unidos.	1	2	3	4	5
12	Los hijos toman decisiones en nuestra familia.	1	2	3	4	5
13	Cuando nuestra familia realiza una actividad todos participamos.	1	2	3	4	5
14	En nuestra familia las normas o reglas se pueden cambiar.	1	2	3	4	5
15	Es fácil pensar en actividades que podemos realizar en familia.	1	2	3	4	5
16	Entre los miembros de la familia nos turnamos las responsabilidades de la casa.	1	2	3	4	5
17	En la familia consultamos entre nosotros cuando vamos a tomar una decisión.	1	2	3	4	5
18	Es difícil saber quién manda en nuestra familia.	1	2	3	4	5
19	En nuestra familia es muy importante el sentimiento de unión familiar.	1	2	3	4	5
20	Es difícil decir qué tarea tiene cada miembro de la familia.	1	2	3	4	5

Por favor, no deje ninguna pregunta sin responder. Mil gracias por su participación.

ANEXO E

ESCALA DE DEPRESIÓN PARA ADOLESCENTES DE REYNOLDS (EDAR)

ANEXO F

Ugarriza, Ecurra

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

Nombre: _____
 Edad: _____ Sexo: _____
 Colegio: _____ Grado: _____
 Fecha: _____

Instrucciones

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

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

RS	
TOTAL %	
%	

CI	

PERMISO PARA USO DE LOS INSTRUMENTOS

Escala de Funcionalidad familiar FACES III, adaptación en Perú



Juan Carlos Bazo Alvarez <juan.bazo.a@gmail.com>

Para: ANITA FRESHDLY CHUQUILLANQUI SALDANA

CC: claudiasofia194@gmail.com



Vie 12/08/2022 21:11



Estimada Anita,

Gracias por tu correo. Tienes nuestra autorizacion para usar los materiales devengados de nuestros estudios con el FACES-III, con fines estrictamente academicos (no comerciales).

Te recomendamos revisar el adjunto y esta pagina que hemos preparado ([aquí](#)). También puedes darle like a la página FB de PSYCOPERU ([aquí](#)) para recibir novedades.

Exitos en vuestra tesis,

JC



ANEXO G

Escala de Depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR)

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA EL USO DEL ESCALA DE DEPRESIÓN PARA ADOLESCENTES DE REYNOLDS (EDAR)

El que suscribe Mg. Luis Miguel Ecurra Mayaute, Profesor Principal de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) y de la Universidad de Lima, con DNI 08034362 y Colegiatura del Colegio de Psicólogos del Perú N° 11323, Informa que:

Claudia Sofía Chuquihuamaní Pedemonte y Anita Chuquillanqui, egresadas de Psicología de la Universidad San Martín de Porres, están realizando la investigación, para su tesis, por lo que solicitan el permiso respectivo para hacer uso de la adaptación de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR), desarrollada por Nelly Ugarriza de Grimaldo y Luis Miguel Ecurra Mayaute

Por lo tanto:

Autorizo la aplicación de dicho instrumento para realizar su estudio, sin ejecutar ningún cambio en la prueba, dado que servirá para propósitos de investigación.

Atentamente



Mg. Luis Miguel Ecurra Mayaute
DNI: 08034362