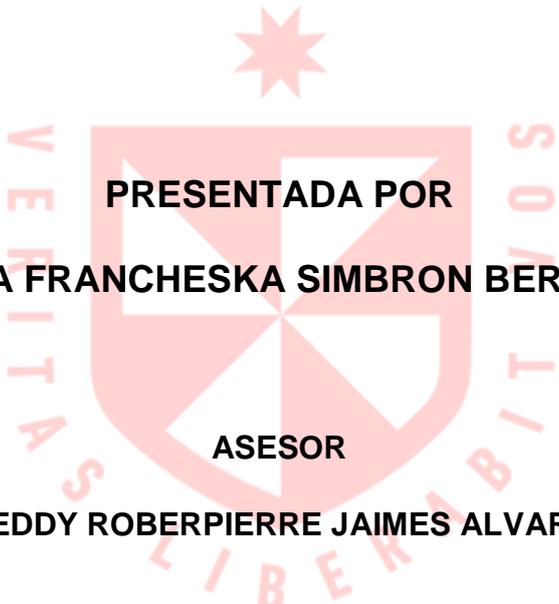


FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SÍNTOMAS
PSICOPATOLÓGICOS EN ADOLESCENTES DE UNA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA DEL DISTRITO DE
BARRANCO**



**PRESENTADA POR
ROMINA FRANCHESKA SIMBRON BERNAOLA**

**ASESOR
FREDDY ROBERPIERRE JAIMES ALVAREZ**

TESIS

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

LIMA – PERÚ

2023



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

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

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



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

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

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS
EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA
DEL DISTRITO DE BARRANCO**

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

**PRESENTADA POR:
ROMINA FRANCHESKA SIMBRON BERNAOLA**

**ASESOR:
DR. FREDDY ROBERPIERRE JAIMES ALVAREZ
ORCID: 0000-0002-7128-6830**

**LIMA, PERÚ
2023**

A mis padres por su apoyo incondicional.

Índice de contenido

Portada.....	i
Dedicatoria.....	ii
Índice de contenido.....	iii
Índice de tablas.....	v
Resumen	vi
Abstract	vii
Introducción.....	ix
Capítulo I: Marco teórico	11
1.1 Bases teóricas.....	11
1.1.1 Funcionamiento familiar.....	11
1.1.2 Síntomas psicopatológicos	14
1.1.3. Psicopatología en la adolescencia.....	18
1.2 Evidencias empíricas	18
1.2.1 Nacionales.....	18
1.2.2 Internacionales	20
1.3 Planteamiento del problema	21
1.3.1 Formulación del problema	23
1.4 Objetivos de la investigación.....	23
1.4.1 Objetivos generales	23
1.4.2 Objetivos específicos.....	24
1.5 Hipótesis	24

1.5.1 Formulación de hipótesis.....	24
1.5.2 Variables de estudios y definición operacional.....	24
Capítulo II: Metodología	26
2.1 Tipo y diseño de investigación	27
2.2 Participantes	27
2.3 Medición.....	28
2.3.1 FACES III.....	28
2.3.2 SCL-R 90.....	29
2.4 Procedimientos	30
2.5 Aspectos éticos.....	30
2.6 Análisis de datos.....	31
Capítulo III: Resultado	34
Capítulo IV: Discusión	40
Conclusiones.....	44
Recomendaciones.....	45
Referencias	46
Anexos	53

Índice de tablas

<i>Tabla 1</i> Definiciones operacionales	25
<i>Tabla 2</i> Características sociodemográficas	28
<i>Tabla 3</i> Análisis de correlación entre síntomas psicopatológicos y funcionamiento familiar.....	35
<i>Tabla 4</i> Análisis de correlación entre síntomas psicopatológicos y cohesión familiar.	37
<i>Tabla 5</i> Análisis de correlación entre la flexibilidad familiar y síntomas psicopatológicos.....	38
<i>Tabla 6</i> Prueba de normalidad K-S de las variables síntomas psicopatológicos y funcionamiento familiar.....	39

Resumen

Este estudio explora la relación entre funcionamiento familiar y síntomas psicopatológicos en adolescentes de una Institución educativa pública del distrito de Barranco. La muestra estuvo conformada por 232 participantes de los cuales 161 (69.4 %) fueron hombres y 71 (30.6 %) mujeres, cuyas edades oscilan entre los 13 a 18 años ($m=15$). Los instrumentos utilizados fueron: la Escala de Funcionamiento Familiar (FACES III) y el Cuestionario de 90 síntomas revisado (SCL-90 R). Para establecer la correlación se utilizó la Prueba de Correlación Pearson. Los resultados indican que existe correlación inversa entre Funcionamiento Familiar y Síntomas Psicopatológicos ($p<.05$; $r =-.308^{**}$), es decir a mayor funcionamiento familiar, menor presencia de síntomas psicopatológicos; se obtuvo un resultado similar al correlacionar la variable síntomas psicopatológicos y la subdimensión cohesión familiar ($p<.05$; $r =-.339^{**}$). Asimismo, se encontró correlación entre flexibilidad familiar y síntomas psicopatológicos. ($p<.05$; $r =-.171^{**}$)

Palabras claves: Funcionamiento familiar, Síntomas psicopatológicos, Cohesión Familiar, Flexibilidad Familiar, adolescentes, correlacional.

Abstract

This study explores the relationship between family functioning and psychopathological symptoms in adolescents from a public educational institution of the district of Barranco. The sample consisted of 232 participants, of whom 161 (69.4%) were men and 71 (30.6%) women, with ages ranging from 13 to 18 years ($m=15$). The instruments used were the Family Functioning Scale (FACES III) and the Revised 90 Symptom Questionnaire (SCL-90 R). The Pearson Correlation test was used to establish the correlation. The results indicate that there is an inverse correlation between Family Functioning and Psychopathological Symptoms ($p<.05$; $r =-.308^{**}$), which means, that the greater the family functioning, the less presence of psychopathological symptoms; the same was evidenced between the variable Psychopathological Symptoms and the family cohesion subdimension ($p<.05$; $r =-.339^{**}$). Likewise, a correlation was found between family flexibility and psychopathological symptoms. ($p<.05$; $r =-.171^{**}$)

Keywords: Family functioning, Psychopathological symptoms, Family Cohesion, Family Flexibility, adolescents, correlational.

NOMBRE DEL TRABAJO

Reporte_Tesis Romina Simbrón.docx

AUTOR

Romina Simbrón Bernaola

RECuento DE PALABRAS

11262 Words

RECuento DE CARACTERES

63206 Characters

RECuento DE PÁGINAS

61 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

787.1KB

FECHA DE ENTREGA

Jan 31, 2023 1:06 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jan 31, 2023 1:08 PM GMT-5

● **18% de similitud general**

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

- 16% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 14% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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

Resumen



Freddy Jaimes Alvarez
Asesor de informe de tesis - Psicología

Introducción

A pesar del estado crítico de salud mental a nivel internacional y nacional (Fondo de las Naciones Unidas, 2021a; Ministerio de Salud, 2017) y el esfuerzo de disciplinas, instituciones, profesionales y ciudadanos, la salud mental no tiene un lugar de visibilidad e importancia. Como se volverá a mencionar en el texto, ausencia de síntomas psicopatológicos no es sinónimo de salud mental, así como, presencia o ausencia de síntomas psicopatológicos no es lo único a considerar cuando se usa el concepto salud mental. La salud mental es comunitaria, no individual. Cualquier pregunta por el sufrimiento humano no puede excluir el contexto y sus efectos. Aunque este trabajo se centrará en analizar la interacción de dos elementos del sistema: la familia y el adolescente, no significa la negación de la importancia de las condiciones históricas, sociales, políticas y económicas. La familia es un elemento particularmente importante del entramado social en el que está inmerso el adolescente, puede actuar como factor de riesgo o factor protector (Papalia et al., 2009; Ezpeleta y Toro, 2014). Siendo el objetivo de esta tesis determinar si hay relación entre funcionamiento familiar y síntomas patológicos.

Este trabajo es de diseño empírico y de estrategia asociativa correlacional (Ato et al., 2013). La población de estudio estuvo conformada por estudiantes del tercero, cuarto y quinto año del nivel secundario de ambos sexos. La muestra es no probabilística y estuvo conformada por 232 participantes.

En el primer capítulo se desarrolló el marco teórico, este contempló las variables a estudiar y su fundamento teórico, el diagnóstico de la situación actual y los objetivos e hipótesis de investigación. En el segundo capítulo se describió: el diseño de investigación y su justificación, las características de los participantes de la

muestra, los instrumentos de medición utilizados y sus propiedades psicométricas, las consideraciones éticas y las técnicas utilizadas para procesar los datos. En el tercer capítulo se expusieron los resultados de la investigación. En el cuarto capítulo se interpretaron los resultados en relación con los objetivos de la investigación, se analizó y comparó los resultados de esta investigación y otros estudios con variables de estudios y objetivos similares.

Capítulo I: Marco teórico

1.1 Bases teóricas

1.1.1 Funcionamiento familiar

Funcionamiento familiar: Modelo circumplejo de Olson

Modelo creado por David H. Olson que mide psicométricamente el funcionamiento familiar a través de tres dimensiones: cohesión, flexibilidad y comunicación, estas dimensiones fueron elegidas tras el análisis de literatura sobre familia y terapia familiar. Sin embargo, la versión FACES III solo trabaja con las dos primeras dimensiones en cuatro niveles cada una (Olson, 2004, citado en Bazo et al., 2016).

Flexibilidad familiar

Es la capacidad del sistema familiar para hacer frente a las vicisitudes propias de la vida, para lo cual requiere modificar tres aspectos en los modos de interacción: los roles, el poder y las reglas. Esta dimensión por lo general puede adoptar cuatro modos: caótica, flexible, estructurada y rígida; lo que define el modelo es el tipo de liderazgo y disciplina, el manejo de roles y la apertura al cambio instaurado (Olson et al., 1985).

Cohesión familiar

Esta dimensión contempla dos elementos para su definición, la relación emocional establecida entre los miembros del grupo familiar y el grado de dependencia y decisión del miembro en el contexto familiar. Distintas familias generan distintos modos de cohesión, como la desprendida que se caracteriza por la preponderancia del yo sobre los vínculos afectivos entre los miembros; habiendo

mayor autonomía personal. En la cohesión separada también prepondera la individualidad, habiendo tendencia a la autonomía de sus integrantes; no obstante, se conservan ciertos vínculos. Por otro lado, está la cohesión unida, donde prevalece el nosotros sobre la individualidad; existiendo vínculos significativos. Tanto en la cohesión separada y unida se mantiene cierta orientación a la dependencia; esta es ligeramente mayor en la primera que la segunda. En cuanto a la cohesión enredada, presenta el mayor grado de unión afectiva entre los miembros, y por lo tanto de codependencia (Olson et al.,1985).

La familia

Para el antropólogo Levi-Strauss, la familia posee un carácter universal, al estar presente en la mayoría de las sociedades independientemente de la distancia geográfica y cultural (Lévi-Strauss et al., 1984). Es necesario un acercamiento a la familia visualizándola desde su particular y universal, para el autor todas las familias son semejantes y todas las familias son diferentes; la familia está inmersa en una cultura y un momento histórico específico, pero este aspecto no desestima su carácter universal, ya que comparten patrones que trascienden singularidades y suponen una guía útil y necesaria para la intervención clínica (Minuchin et al., 1998).

Papalia et al. (2009) plantean:

Los seres humanos somos seres sociales. Desde el principio se desarrollan dentro de un contexto social e histórico. Para un lactante, el contexto inmediato es normalmente su familia y la familia, a su vez, está sometida a las influencias más amplias y siempre cambiantes del vecindario, comunidad y sociedad. (p.13)

El enfoque sistémico define a la familia como un sistema que trasmite elementos biológicos, psicológicos y sociales, esta se encuentra contextualizada en una cultura que la particulariza. La familia puede ser un agente normalizador, influye significativamente en lo que para sus miembros se erige como normal. El grupo familiar no determina al ser humano, sin embargo, tiene un rol fundamental en la organización de su experiencia, su constitución, desarrollo y cambio; de la gama de elementos proporcionados por su familia el sujeto elige algunos y otros no, le sean funcionales o no. Es decir, de la familia se pueden aprender pautas de interacción interpersonal asentadas en determinadas creencias y valores, que condicionan futuras relaciones interpersonales (Garibay, 2013).

Desde la perspectiva sistémica estructural “la familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo” (Minuchin, 2013, p. 39) que la apremia a adaptarse y reestructurarse. La familia cumple dos objetivos diferentes: a nivel interno se encarga de resguardar psicosocialmente a sus miembros, a nivel externo de socializarlos, transmitirle cultura y posibilitar la adaptación a esta (Minuchin, 2013).

Clavijo (2011) desde un enfoque sistémico-integrativo considera a la familia como:

el conjunto de personas vinculadas por lazos estables de tipo consanguíneo, maritales, afectivos, socioculturales, económicos, legales y de convivencia, con el propósito de satisfacer necesidades fundamentales al grupo y cumplir con las funciones que le vienen encomendadas a través del devenir histórico-social. Es un sistema de intersatisfacción mutua de necesidades humanas, materiales y espirituales, que permite la reproducción biológica de la especie, la

reproducción de la cultura de la cual ella misma es expresión y la reproducción del sistema de relaciones económicas y sociales de la comunidad en que vive, para convivir adaptativamente en la cual debe preparar a sus miembros. (p. 95)

La familia en la adolescencia

Para Papalia et al. (2009) en la adolescencia, así como en otras etapas del desarrollo la familia supone un factor protector, aquellos adolescentes que reciben soporte emocional en sus hogares tienen mayor posibilidad de soslayar riesgos de salud frecuentes en esta etapa.

Nardone et al. (2013) a través del trabajo con numerosas familias con miembros adolescentes proponen una serie de modelos familiares interaccionales específicos a esta etapa:

Modelo hiperprotector: los padres sobreprotegen y facilitan soluciones a los hijos, invisibilizando las vicisitudes y dificultades propias de la vida.

Modelo democrático permisivo: no existen jerarquías, ni autoridad; a menudo genera tiranía por parte de los hijos.

Modelo sacrificante: es el sacrificio lo que consolida y sostiene las relaciones, se hacen un lado las propias necesidades y se satisfacen las de otros.

Modelo intermitente: no hay un modelo fijo, se transita de un modelo a otro.

Modelo delegante: la nueva familia o pareja aún no se ha independizado, otorgando responsabilidades a otros miembros de un grupo familiar estructurado y cercano como abuelos, tíos etc.

Modelo autoritario: es poco frecuente en nuestra época y se caracteriza por la rigidez, el dominio y la disciplina por parte de los progenitores sobre los hijos.

En la adolescencia “los problemas familiares pueden centrarse en la diferenciación de roles y en asuntos relacionados con la separación ... las dificultades en la relación padres-hijos, pueden ocurrir principalmente alrededor de tres áreas la autoridad, la sexualidad y los valores” (Mendizábal y Anzures,1999, p.195) es decir, por un lado, los adolescentes tratan de independizarse de los padres, y por otro los padres se ven convocados a reestablecer y flexibilizar la dinámica.

Minuchin y Fishman (2004) afirman que en la adolescencia el grupo familiar es relegado a un segundo lugar, siendo el grupo de pares las nuevas referencias y puntos de comparación, esto requiere replantear tópicos como la facultad del adolescente para autogestionarse y los límites propuestos por los padres.

1.1.2 Síntomas psicopatológicos

Es el malestar particular que vivencia y comunica el evaluado que por lo general es egodistónico; es decir incongruente al yo.

Somatización

Se puede definir como la percepción del funcionamiento irregular del cuerpo, que puede comprometer distintos sistemas como el respiratorio (disnea), cardiovascular (aceleración del ritmo cardiaco), muscular (dolor muscular) y digestivo (malestar estomacal). Se manifiesta también como síntomas físicos como cefalea y otras expresiones fisiológicas características de la ansiedad (Esteban et al., 2006). Lo particular de esta condición es la tendencia a no encontrar una explicación médica que justifique la sintomatología (Vallejo, 2011).

Obsesiones y compulsiones

Las obsesiones “se caracterizan por ser cogniciones o imágenes mentales intrusas, parásitas, repetitivas y egodistónicas” (Vallejo, 2011, p. 332), en otras palabras, no se tiene control sobre ellas y el sujeto tiene conciencia de enfermedad generándole aflicción. En cuanto a las compulsiones “son formas de conductas estereotipadas que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas” (Organización Mundial de la Salud, 1992, p. 179). En ambos síntomas quien los padece intenta abstenerse de realizarlos de forma fallida.

Según Belloch et al. (2009) la relación funcional de ambos síntomas no puede establecerse con precisión, hay obsesiones que son independientes a actos compulsivos; así como hay compulsiones que sirven para descargar la ansiedad producida por la obsesión.

Sensibilidad interpersonal

Casullo y Pérez (2008) afirman que este índice identifica si el sujeto se compara con otras personas, es decir, si tiene sentimientos de inferioridad y falta de adecuación en sus relaciones interpersonales.

Chacaltana (2017) agrega que lo mencionado puede leerse desde dos perspectivas, la positiva “se refiere a la capacidad de comprender las necesidades y emociones de los demás y responder a ellas ... el polo negativo se refiere a los sentimientos de timidez, vergüenza, hipersensibilidad en las relaciones interpersonales” (p.14).

Depresión

Se caracteriza por estados anímicos disfóricos, desmotivación, sentimientos de desesperanza, ideación suicida, pérdida de interés en actividades que en algún momento fueron placenteras y de la energía vital (Lara et al., 2005; Casullo y Pérez, 2008).

Para Vallejo (2011) el concepto depresión tiene tres acepciones, como síntoma, síndrome y enfermedad. El instrumento usado para la presente investigación explora la depresión como síntoma (Zarragoitía, 2013).

Ansiedad

Belloch et al. (2009) definen la ansiedad como un estado emocional dónde el individuo experimenta miedo anticipatorio sintiéndose vulnerable y provocándole respuestas fisiológicas involuntarias.

Se expresa en signos como tensión, nerviosismo, ataque de pánico y síntomas como miedo (Casullo y Pérez, 2008). Con prevalencia en las mujeres, quienes tienden a presentar sintomatología ansiosa clasificada como internalizante (Alarcón y Bárrig, 2015).

Hostilidad

Hostilidad es una forma de comportarse que implica sentimientos negativos a partir de una interpretación negativa de las personas y situaciones; esta puede ser explícita e implícita (Buss, 1961, citado en Blanco et al., 2015).

Esta dimensión reconoce manifestaciones cognitivas, emocionales y conductuales propios de un estado emocional negativo de enojo como proclividad a

la irritabilidad, cólera e ira; impulso de agredir físicamente a otros o de romper cosas (Casullo y Pérez, 2008).

Fobia

Fobia según Marks (1969) citado en Belloch et al. (2009) requiere en su definición cinco características: el miedo experimentado es desproporcionado, se evita la situación u objeto aversivo, es irracional, quien lo experimenta no ejerce control sobre la misma y genera malestar.

Incluye diversos síntomas característicos de la agorafobia expresada en el miedo a estar en espacios abiertos, utilización de transporte público; siendo la respuesta al estímulo desmesurada (Casullo y Pérez, 2008).

Ideación paranoide

La ideación paranoide es una “sospecha o creencia no delirante de que se está siendo perjudicado, perseguido o tratado injustamente” (Belloch et al., 2009, p. 392).

Considera principalmente alteraciones del pensamiento (mecanismos proyectivos), evidenciadas en comportamientos paranoides, actitud suspicaz y miedo a la dependencia (Casullo y Pérez, 2008).

Psicoticismo

Esta dimensión recoge síntomas que por lo general se manifiestan en un cuadro psicótico como comportamiento solitario, alucinaciones, control del pensamiento y hábitos esquizoides (Casullo y Pérez, 2008).

1.1.3. Psicopatología en la adolescencia

Papalia et al. (2009) identifica que las dificultades más frecuentes en la adolescencia son la anorexia y bulimia nerviosa con mayor recurrencia en las mujeres; en esta etapa suele iniciar el consumo de drogas como la marihuana, el alcohol y el tabaco. Una de las principales causas de muerte adolescente es el suicidio.

Para el Instituto Nacional de Salud Mental (2012a) los adolescentes de Lima Metropolitana y el Callao con edades que oscilan entre los 15 y 18 años suelen presentar los mayores índices de dificultades emocionales y conductuales, lo cual varía según el género; siendo más frecuente en las mujeres las conductas internalizantes y en los hombres externalizantes; por otro lado, los adolescentes de edades entre 11 y 14 ocupan el segundo lugar en la sintomatología descrita anteriormente. Asimismo, hay “mayor porcentaje el trastorno de ansiedad generalizada, episodios depresivos y trastorno negativista desafiante en adolescentes de 15 a 18 años” (INSM, 2012a, p. 166).

Los trastornos más frecuentes en los adolescentes de la sierra y selva rural del Perú son la fobia social y la depresión severa a moderada, son altos los niveles de violencia a la que están expuestos, en el caso de la sierra cerca del 50% de adolescentes reporta haber sido abusado de alguna manera, en la región selva se expresa haber vivenciado mayor abuso psicológico (INSM, 2012b).

1.2 Evidencias empíricas

1.2.1 Nacionales

Pérez-Bringas (2022) tuvo como objetivo explorar la relación entre clima social familiar y síntomas psicopatológicos, la muestra estuvo conformada por 103

estudiantes de ambos sexos de la carrera de psicología que cursaban del segundo al séptimo ciclo. Para medir las variables se usaron los siguientes instrumentos: la Escala de Clima Social Familiar (FES) y el Cuestionario de 90 síntomas revisado (SCL-90-R). Los resultados evidenciaron correlación negativa entre ambas variables, es decir, a mayor el nivel de clima social familiar menor presencia de síntomas psicopatológicos. La desorganización familiar en cuanto al establecimiento de normas favorece el desarrollo de síntomas psicopatológicos como depresión, ansiedad y hostilidad, mientras que la comunicación confusa se relaciona con el desarrollo de paranoia y esquizofrenia.

Rodríguez-Arista et al. (2021) realizaron un estudio correlacional cuyo objetivo fue determinar la relación entre las variables: disfunción familiar, trastorno de ansiedad e ideación suicida en una muestra de 237 estudiantes que usaron el servicio ofrecido por el consultorio integral de salud perteneciente a la Institución Educativa Francisco Lizarzaburu. Los instrumentos aplicados fueron: la Escala APGAR familiar, la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) y la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB). Los resultados indicaron que un 43.5% percibía la dinámica familiar como disfuncional, 13.1% presentaba ideación suicida y el 11.4% ansiedad. En cuanto a la correlación de las variables: existe relación positiva débil entre disfunción familiar e ideación suicida, así como, entre disfunción familiar y trastorno de ansiedad.

Bustillos-Cotrado y Laguna-León (2018) investigaron la relación entre depresión y tres factores relacionados (disfunción familiar, imagen corporal distorsionada y acoso escolar) en una muestra aleatoria estratificada de 169/203 adolescentes pertenecientes al tercero, cuarto y quinto de secundaria. Los instrumentos aplicados fueron: la Escala de Depresión en Adolescentes de Reynolds (EDAR), el APGAR familiar, La Escala de siluetas (CDRS) y La Escala de Bullying.

Los resultados evidenciaron que el 18.9% presentaba depresión, 75.7% percibía a su familia como disfuncional, 68% percibía distorsionadamente su imagen corporal y el 18.9% tuvo experiencia de acoso escolar. A partir de los datos se concluyó que tanto la imagen corporal distorsionada como la disfunción familiar son factores asociados de relevancia para el desarrollo de un cuadro depresivo.

1.2.2 Internacionales

Santa Cruz et al. (2022) realizó un trabajo de investigación cuyo objetivo era explorar la relación entre funcionamiento familiar y síntomas psicopatológicos en personas de la tercera edad, de los cuales 84 eran violentados en el contexto familiar y 67 no. Las variables fueron medidas a través de la Escala de Funcionamiento Familiar (FACES III) y el APGAR familiar. Los resultados evidenciaron diferencias entre los dos grupos: quienes son víctimas de violencia presentan mayor sintomatología depresiva y somática; así mismo, los resultados demostraron haber mayor disfuncionalidad familiar en aquellas familias donde el adulto mayor era víctima de violencia.

Olivera et al. (2019) realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar la influencia del funcionamiento familiar en la depresión en 91 adolescentes pertenecientes a una institución educativa particular. Los instrumentos utilizados fueron: la Escala de Funcionamiento familiar (FACES IV) y el Inventario de Depresión de Beck (IDB-II). Los resultados evidenciaron que aquellos adolescentes con niveles bajos de funcionamiento familiar presentan mayor sintomatología depresiva, es decir, se evidencia cómo el funcionamiento de la familia influye significativamente en la sintomatología depresiva de los adolescentes.

Sarabia (2017) realizó una tesis en la cual evalúa el funcionamiento familiar y la actitud hostil en adolescentes cuyas edades oscilaban entre 12 y 16 años, con el

objetivo de determinar la relación entre las variables. Esta investigación fue cuantitativa de tipo correlacional y los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de funcionamiento familiar (FFSIL) y el Cuestionario de agresividad de Buss y Perry. Los resultados confirmaron la correlación; por otro lado, las familias percibidas con niveles moderados de funcionabilidad tienen menor porcentaje de adolescentes con características agresivas mientras las disfuncionales presentan una prevalencia significativamente mayor.

1.3 Planteamiento del problema

Se estima que en 2020 más del 14% de los 1200 millones de adolescentes que vivían en el mundo, cuyas edades oscilaban entre 10 a 19 años padecían un trastorno de salud mental (UNICEF, 2021a). En América Latina y el Caribe casi 16 millones de niños y adolescentes viven con un trastorno mental (UNICEF, 2021b). En Perú, en el año 2017 fueron atendidos 52612 casos en salud mental de los cuales 18 405 fueron por violencia familiar (MINSa, 2017). En un estudio posterior realizado por el INSM (2021) a una muestra de 1537 en Lima Metropolitana se demuestra que el contexto pandémico y de confinamiento ha producido las condiciones para que se incremente hasta en un 50% los problemas clínicos en la población infanto-juvenil, así como la violencia familiar.

La salud mental no se reduce a ausencia o presencia de psicopatología, su estado depende de la interacción de diversos factores, desde el macrosistema y exosistema como la coyuntura social, políticas públicas y el sistema de salud; el mesosistema: la familia, el centro educativo y el vecindario; hasta el microsistema. El adolescente forma parte de distintos contextos sociales, a los que responde y desde los cuales se comporta; que la psicopatología no sea localizada en un solo elemento amplia las posibilidades de intervención (Minuchin, 2013). En esta investigación nos

detendremos en la interacción de dos elementos: síntomas patológicos y funcionamiento familiar, haciendo especial énfasis en este último por su rol fundamental en esta etapa del desarrollo.

Es por esto por lo que, son distintos enfoques los que concuerdan en la importancia de la experiencia vincular temprana en el origen de psicopatología. La psicopatología de desarrollo al identificar factores de riesgos: “herencia biológica, alteraciones perinatales, características temperamentales de riesgo, vinculación socioafectiva insegura y situaciones de estrés (experimentadas en el medio familiar)” (Ezpeleta y Toro, 2014, p. 101) afirma que estos influyen sobre el sujeto por medio de la familia, es por eso, que en la coincidencia de todos, varios o algunos factores la familia puede considerarse como la fuente principal de vulnerabilidad psicopatológica (Ezpeleta y Toro, 2014).

Otto Kernberg señala una serie de criterios que en su análisis pueden dar cuenta del estado de salud mental de un sujeto, estos se relacionan principalmente con las características de las relaciones interpersonales, cabe destacar que estas relaciones objetales o interpersonales tienen como cimiento el vínculo con los primeros cuidadores o cuidadores significativos (Kernberg, 1993). En la misma línea, una investigación reciente evidenció que el riesgo en salud mental en la muestra estudiada es más alto en niños y adolescentes cuyos padres presentan sintomatología depresiva; de los padres encuestados los que reportaron haber necesitado atención por problemas de salud mental o emocionales solo la tercera parte la recibió (MINSAs, 2021).

Ante lo expuesto, no es posible ignorar la importancia del sistema familiar en el estado de salud mental en la población infanto-juvenil y su intervención temprana.

En tal sentido, los programas preventivos y promocionales y políticas públicas necesitan datos, información actualizada y sensibilizada por la particularidad del contexto proporcionada por la investigación, así como, un diagnóstico del estado de la salud mental en niños y adolescentes a nivel local, nacional y mundial, para seguir disminuyendo la brecha en recursos que hay en esta población a diferencia de la población adulta (Barra, 2009).

1.3.1 Formulación del problema

Problema principal

¿De qué manera se relaciona el funcionamiento familiar y los síntomas psicopatológicos en adolescentes estudiantes de nivel secundario de una institución educativa pública del distrito de Barranco?

Problemas derivados

1. ¿De qué manera se relaciona la cohesión familiar y los síntomas psicopatológicos en adolescentes estudiantes de nivel secundario de una institución educativa pública del distrito de Barranco?

2. ¿De qué manera se relaciona la flexibilidad familiar y los síntomas psicopatológicos en adolescentes estudiantes de nivel secundario de una institución educativa pública del distrito de Barranco?

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivos generales

Determinar la relación entre funcionamiento familiar y la presencia de síntomas psicopatológicos en adolescentes de una institución educativa pública en el distrito de Barranco.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Determinar la relación entre la cohesión familiar y la presencia de síntomas psicopatológicos adolescentes estudiantes de nivel secundario de una institución educativa pública del distrito de Barranco.

2. Determinar la relación entre la flexibilidad familiar y la presencia de síntomas psicopatológicos adolescentes estudiantes de nivel secundario de una institución educativa pública del distrito de Barranco

1.5 Hipótesis

1.5.1 Formulación de hipótesis

Hipótesis principal

Existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y la presencia de síntomas psicopatológicos en adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Barranco.

Hipótesis específica

1. Existe relación significativa entre la cohesión familiar y síntomas psicopatológicos en adolescentes estudiantes de nivel secundario de una institución educativa pública del distrito de Barranco.

2. Existe incidencia significativa entre la flexibilidad familiar y síntomas psicopatológicos en adolescentes estudiantes de nivel secundario de una institución educativa pública del distrito de Barranco.

1.5.2 Variables de estudios y definición operacional

Tabla 1

Definiciones operacionales

Variables	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Funcionamiento familiar	El funcionamiento familiar se midió mediante la aplicación del instrumento Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III), la suma de los ítems impares mide la cohesión familiar y la suma de ítems pares la flexibilidad familiar	Flexibilidad familiar	Normas	2, 4, 6,
			Disciplina	8, 10,
			Roles	12, 14,
			Liderazgo	16, 18,
			Cambios	20
		Cohesión Familiar	Vinculación afectiva	1, 3, 5, 7,
			Lealtad	9,11,
			Interdependencia	13,15 17, 19
Síntomas psicopatológicos	Esta variable se mide a través de la aplicación del Inventario de Síntomas SCL-R 90, para obtener el índice de severidad global se suma el valor de cada ítem entre la	Somatización	Síntomas corporales.	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48,49, 52, 53, 56, 58
		Obsesión-compulsión	Ideas obsesivas.	3, 9, 10, 28,
			Conductas obsesivas.	38, 45, 46,51, 55, 65

Variables	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems
	cantidad de ítem respondidos. La medición de cada dimensión sigue un método similar, se suman los valores asignados a cada ítem de la dimensión entre el número de ítems respondidos de esa dimensión.	Sensibilidad interpersonal	Ideas de inferioridad. Timidez. Dificultad interpersonal	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61,69, 73
		Depresión	Anhedonia. Tristeza. Baja autoestima	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 ,79
		Ansiedad	Miedo. Síntomas Fisiológicos	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72,78, 80, 86
		Hostilidad	Ira. Impulsividad.	11, 24, 63, 67, 74,81
		Ansiedad fóbica	. Fobia específica. Agorafobia. Evitación.	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82, 79
		Ideación paranoide	Desconfianza hacia los otros	8, 18, 43, 68, 76, 83
		Psicoticismo	Control de pensamiento. Alucinaciones.	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85,87, 88, 90

Capítulo II: Metodología

2.1 Tipo y diseño de investigación

Esta investigación se enmarcó en un diseño empírico, de estrategia asociativa correlacional y estudio predictivo, puesto que, teniendo como referencia a Ato et al. (2013) tuvo como objetivo examinar la relación funcional entre las variables estudiadas.

2.2 Participantes

En el estudio participaron 232 adolescentes escolares de una I.E. de Lima. De la muestra total, 161 fueron hombres (69.4%) y 71 mujeres (30.6%). En relación con las edades, 13 años con un (3.4%), 14 años (35.3%), 15 años con (28.4%), 16 años con un (24.6%), 17 años (6.5%), 18 y 19 (0.9%) respectivamente, siendo la edad promedio 15 años. En relación con el grado de secundaria al que pertenecen, se tuvo en cuenta los de 3ero, 4to y 5to, siendo 124 escolares de 3ro (53.4%), 56 escolares de 4to (24.1%) y 52 escolares de 5to (22.4%).

Por otro lado, con respecto a convivencia, es decir con quién vive el participante, 132 viven con ambos padres (56.9%), 52 solo con madre (22.4%), 11 solo con padre (4.7%), 6 con tíos-abuelos (2.6%) y 31 con otros (13.4 %).

La técnica de muestreo fue no probabilística de tipo accidental, se eligieron sujetos de forma casual en un lugar específico hasta que el tamaño de la muestra esté completo (Otzen y Manterola, 2017). Además, se consideraron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: de ambo sexos, estudiantes matriculados.

Criterios de exclusión: estudiantes bajo tratamiento psiquiátrico o medicados con fármacos que afecten el sistema nervioso.

Tabla 2

Características sociodemográficas en una muestra de estudiantes pertenecientes a una institución educativa en Barranco (n= 232)

	<i>f</i>	%		<i>f</i>	%
Sexo			Grado		
Hombres	161	69.4%	3ero	124	53.4%
Mujeres	71	30.6%	4to	56	24.1%
			5to	52	22.4%
Edad			Convivencia		
13 años	8	3.4%	Ambos padres	132	56.9%
14 años	82	35.3%	Madre	52	22.4%
15 años	66	28.4%	Padre	11	4.7%
16 años	57	24.6%	Tíos-abuelos	6	2.6%
17 años	15	6.5%	Otros	31	13.4%
18 años	2	0.9%			
19 años	2	0.9%			

Nota. f, frecuencia. %, porcentaje.

2.3 Medición

2.3.1 FACES III

El FACES III tiene como autores a David Olson, Joyce Potner y Yoav Lavee, esta versión consta de 20 ítems en escala Likert que miden funcionamiento familiar real; puede ser aplicada a sujetos de 12 años en adelante de manera individual o colectiva, siendo el tiempo de aplicación 15 minutos aproximadamente. El instrumento consta de dos dimensiones: cohesión y flexibilidad, la dimensión de cohesión refiere en qué medida los miembros comparten vínculos emocionales, así como el grado de autonomía en el contexto familiar y es la suma de los reactivos impares; mientras que

la flexibilidad está relacionada con la apertura al cambio de roles y reglas ante las vicisitudes propias de la vida o situaciones estresantes y se obtiene sus resultados a partir de la suma de los ítems pares (Olson et al., 1985).

En cuanto a la validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados, en su versión original el FACES III presenta confiabilidad total de .68, mientras que en la escala de cohesión .77 y adaptabilidad .68. Su adaptación a la realidad peruana fue realizada por Rosa Reusche en 1994. Un estudio psicométrico posterior del instrumento en nuestra realidad determinó que la confiabilidad en la escala de cohesión real es de .85 mientras que la adaptabilidad real .74 (Olson et al., 1985; Bazo-Alvarez et al., 2016).

2.3.2 SCL-R 90

El SCL-R 90 fue creado por Leonard R. Derogatis contiene 90 ítems en escala de Likert que evalúan la presencia de síntomas psicopatológicos en individuos de mínimo 13 años; puede ser aplicado individual y colectivamente, teniendo una duración aproximada de 12 a 15 minutos (Derogatis, 1994).

Este instrumento posee 9 dimensiones sintomáticas: somatización (ítems 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48,49, 52, 53, 56 y 58), obsesión-compulsión (ítems 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46,51, 55 y 65), sensibilidad interpersonal (ítems 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61,69 y 73), depresión (ítems 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 y 79), ansiedad (ítems 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72,78, 80 y 86), hostilidad (ítems 11, 24, 63, 67, 74 y 81), ansiedad fóbica (ítems 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82 y 79), ideación paranoide (8, 18, 43, 68, 76 y 83) y psicoticismo (ítems 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85,87, 88 y 90). Además, cuentas con dos índices, el Índice sintomático general (GSI) y el Índice de distrés de síntomas positivos (PSDI) (Casullo y Pérez, 2008).

El SCL-R 90 presentaba en su versión original validez de constructo, validez convergente y validez de criterio sensible. La adaptación peruana realiza por Kely Quiroz, presenta confiabilidad a través del análisis de ítems siendo los coeficientes de correlación de Pearson superiores a .20. En cuanto a validez presenta validez de contenido con un coeficiente de V de Aiken superiores a .80 en todos los ítems, en validez congruente presenta índices altos de correlación con la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) con .717 y el Inventario de Personalidad para Niños (JEPI) con .676 (Derogatis, 1994; Quiroz, 2017).

2.4 Procedimientos

Se obtuvo la autorización de las autoridades de la institución educativa para llevar a cabo el estudio, es importante especificar que la institución autorizó la aplicación de instrumentos en el horario de tutoría de cada sección, por lo tanto, los horarios de aplicación tuvieron variaciones en función a la particularidad del horario de cada sección. En cuanto a la organización de las sesiones de aplicación, esta se hizo con previa y constante coordinación entre el área de psicología, la autora y los docentes de cada sección. Cada sección tuvo una sesión de aplicación de aproximadamente 45 minutos, se realizaron un total de doce sesiones a un total de doce secciones. Asimismo, los recursos materiales usados para la recolección fueron los protocolos de evaluación impresos.

2.5 Aspectos éticos

Este estudio toma como referencia los Principios Éticos de los Psicólogos y Código de conducta de la Asociación Americana de Psicológica (American Psychological Association, 2017) como lo son: la autorización de las instituciones

pertinentes, el consentimiento informado y la elaboración de este texto que siguió la normativa APA; la práctica de estos principios será descrita a continuación.

Los estudiantes fueron comunicados sobre la naturaleza y propósito del estudio, se les informó que la participación es estrictamente voluntaria. Asimismo, firmaron un consentimiento informado, en el cual se les explicó los objetivos de la investigación, su carácter confidencial, la posibilidad de rechazar ser participe y la posibilidad de solicitar la devolución personalizada de resultados.

Mediante una serie de preguntas formuladas con fines investigativos, se recogió información de cada participante. Así se pudo obtener datos que permitieron precisar las características de la muestra, así como establecer más correlaciones, por ejemplo, datos sociodemográficos como sexo, edad, fecha y lugar de nacimiento, lugar de residencia, estado sentimental, grado de instrucción, personas con quienes vive, si ha repetido algún grado, si se ha autolesionado o tiene algún familiar diagnosticado con alguna condición de salud mental.

Se presentó los resultados de forma clara y objetiva de acuerdo con los datos recogidos a través de la aplicación de instrumentos adaptados a nuestra realidad. Se solicitó un consentimiento informado a los padres a través del cual se les informó el propósito de la investigación, asimismo, también se confirmó la participación voluntaria de los adolescentes. Posteriormente se les facilitó los resultados a quienes estuvieron interesados.

2.6 Análisis de datos

El análisis y procesamiento de los datos se ejecutó a través del paquete estadístico de IBM SPSS versión 26. Se inició con un análisis descriptivo a efectos de conocer cómo se presenta la información (medición central y de dispersión).

Posteriormente se realizó el examen de prueba de normalidad, de acuerdo con los resultados el estadístico más idóneo era Pearson para pruebas paramétricas. Se llevó a cabo un análisis de fiabilidad con el Alfa de Cronbach para determinar si los resultados son generalizables a otras poblaciones. Por último, se hizo el análisis inferencial con el estadístico Pearson lo que permitió someter a prueba las hipótesis.

Capítulo III: Resultado

Análisis de confiabilidad

Se trabajó la fiabilidad de consistencia interna haciendo uso del estadístico Alfa de Cronbach para la variable de Funcionamiento Familiar, obteniéndose en la dimensión cohesión familiar una categoría buena (.857) mientras que en la dimensión de flexibilidad se obtuvo una categoría inaceptable (.629). En cuanto a la escala Total Funcionamiento familiar esta se ubica en la categoría buena (.838).

Con respecto a la variable Síntomas Psicopatológicos se hizo uso del mismo estadístico para el análisis; en el Índice Global se obtuvo un coeficiente de Cronbach de categoría excelente (.979). En la dimensión de Somatización el coeficiente fue de (.876) así como en Obsesión y compulsión (.839), Sensibilidad interpersonal (.861), Depresión (.896), Ansiedad (.869), Ansiedad fóbica (.807) Hostilidad (.874) y Psicoticismo (.855); todas las dimensiones mencionadas ocupan la categoría bueno. Por otro lado, se obtuvo una categoría aceptable en la dimensión Escala Adicional (.779), mientras en la dimensión Ideación Paranoide se obtuvo (.764).

Hipótesis general

Hipótesis nula (H_0): No existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y la presencia de síntomas psicopatológicos en adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Barranco.

Hipótesis alterna (H_1): Existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y la presencia de síntomas psicopatológicos en adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Barranco.

Regla de contraste:

Sig< .05 Rechaza la H0

Sig> .05 Acepta la H1

Como se evidencia en la Tabla 3 el coeficiente de correlación de Pearson indica que entre Síntomas psicopatológicos y Funcionamiento familiar se obtuvo un valor de significancia $p=.000<.05$, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna; se puede concluir que existe correlación inversa entre Síntomas psicopatológicos y Funcionamiento familiar.

Tabla 3

Análisis de correlación entre síntomas psicopatológicos y funcionamiento familia

		Funcionam iento familiar	Síntomas psicopatológicos
Pearson	Funcionamiento familiar	1	-.308"
		Coeficiente de correlación	
		Sig. (bilateral)	.000
		N	231
Síntomas psicopatológicos		-.308"	1
		Coeficiente de correlación	
		Sig. (bilateral)	.000
		N	228

"Correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral).

Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

H₀: No existe relación significativa entre la cohesión familiar y síntomas psicopatológicos en adolescentes estudiantes de nivel secundario de una institución educativa pública del distrito de Barranco.

H₁: Existe relación significativa entre la cohesión familiar y síntomas psicopatológicos en adolescentes estudiantes de nivel secundario de una institución educativa pública del distrito de Barranco.

Regla de contraste:

Sig < .05 Rechaza la H₀

Sig > .05 Acepta la H₁

En la Tabla 4, con la aplicación del coeficiente de correlación de Pearson entre la dimensión síntomas psicopatológicos y cohesión familiar, se obtuvo un valor de significancia $p = ,000 < 0.05$; se demuestra que existe correlación inversa entre ambas variables, rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis alterna. Por lo tanto, a mayor cohesión familiar y menor presencia de síntomas psicopatológicos.

Tabla 4

Análisis de correlación entre síntomas psicopatológicos y cohesión familiar.

			Síntomas psicopatológicos	Cohesión familiar
Pearson	Síntomas psicopatológicos	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	1	-.339 ^{**}
		N	228	228
	Cohesión familiar	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	-.339 ^{**}	1
		N	228	231

“Correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).”

Hipótesis específica 2

H₀: No existe incidencia significativa entre la flexibilidad familiar y síntomas psicopatológicos en adolescentes estudiantes de nivel secundario de una institución educativa pública del distrito de Barranco.

H₁: Existe incidencia significativa entre la flexibilidad familiar y síntomas psicopatológicos en adolescentes estudiantes de nivel secundario de una institución educativa pública del distrito de Barranco.

Regla de contraste:

Sig < .05 Rechaza la H₀

Sig > .05 Acepta la H₁

Como se puede observar en la tabla 5, el coeficiente de correlación Pearson, entre la dimensión flexibilidad familiar y síntomas psicopatológicos, se obtuvo el valor de significancia de $p=.010 < .05$ demostrando que existe correlación entre ambas variables, lo cual significa que se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 5

Análisis de correlación entre la Flexibilidad familiar y síntomas psicopatológicos.
 “Correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral).”

			Flexibilidad familiar	Síntomas psicopatológicos
Pearson	Flexibilidad	Coeficiente de correlación	1	-.171”
		Sig. (bilateral)	.	.010
		N	231	228
	Síntomas psicopatológicos	Coeficiente de correlación	-.171”	1
		Sig. (bilateral)	.010	.
		N	228	228

Prueba de normalidad

Se ha evaluado la normalidad de los datos con el propósito de identificar si los datos resultantes pueden considerarse de distribución normal, haciendo uso de la prueba Kolmogorov- Smirnov ya que la muestra está conformada por 232 participantes (>50). La muestra obtuvo resultados estadísticamente no significativos ($p > .05$) que se aproximan a una distribución normal. Por otro lado, para el análisis inferencial se aplicaron pruebas paramétricas; específicamente Prueba de Correlación Pearson.

Tabla 6

Prueba de normalidad K-S de las variables síntomas psicopatológicos y funcionamiento familiar

	Estadístico	gl	Sig.
Funcionamiento familiar	.057	228	.073
Cohesión familiar	.085	228	.000
Flexibilidad familiar	.059	228	.055
Síntomas psicopatológicos	.099	228	.000
Somatización	.114	228	.000
Obsesión-compulsión	.055	228	.089
Sensibilidad interpersonal	.116	228	.000
Depresión	.097	228	.000
Ansiedad	.141	228	.000
Ansiedad fóbica	.174	228	.000
Ideación paranoide	.122	228	.000
Psicoticismo	.148	228	.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Capítulo IV: Discusión

Esta investigación tuvo como objetivo principal determinar si existe relación entre funcionamiento familiar y síntomas psicopatológicos en adolescentes de un colegio en Lima Metropolitana, la muestra estuvo compuesta por 232 participantes pertenecientes al tercero, cuarto y quinto de secundaria. Los instrumentos usados para la medición fueron la Escala de Funcionamiento Familiar (FACES III) y el Cuestionario de 90 síntomas revisado (SCL-R 90). A continuación, se discutirán los resultados según los objetivos propuestos, así como, se contrastará los resultados con otras investigaciones.

Los resultados evidenciaron que existe correlación inversa entre funcionamiento familiar y síntomas psicopatológicos, la significancia obtenida es de ($p = .000$) siendo este valor menor al $.05$ ($p < .05$) lo que implica que existe una correlación inversa de magnitud muy baja ($r = -.308$) entre estas variables, por lo tanto, se acepta la hipótesis de investigación; lo cual implica que a mayor funcionamiento familiar menor presencia de síntomas psicopatológicos. Son pocas las investigaciones que tienen objetivos similares a los objetivos de este trabajo, sin embargo, los resultados de estas han confirmado su hipótesis, es decir, la correlación entre síntomas psicopatológicos y funcionamiento familiar (Santa Cruz-Espinoza et al., 2022; Pérez-Bringas, 2022; Jara y Saona, 2020). Por lo general se han estudiado diversas formas de medir y organizar el funcionamiento familiar y su correlación a diversos cuadros clínicos específicos, en esa línea hay muchos estudios que encontraron relación entre funcionamiento familiar y algunas de las subdimensiones estudiados como depresión, ansiedad y hostilidad. Montes y Vera (2018) concluyeron que aquellos hogares disfuncionales son un factor de riesgo en el desarrollo de

trastornos de ansiedad y depresión; asimismo, Gonzáles-Poves et al. (2013) encontraron relación entre la dinámica familiar y sintomatología depresiva. Sarabia (2017) concluye que son los adolescentes pertenecientes a familias disfuncionales son los que presentan mayores índices de hostilidad. Ezpeleta y Toro (2014) afirman que es por y a través de la familia que muchos de los factores de riesgo para el desarrollo de psicopatología alcanzan al sujeto. En Perú, una investigación reciente concluye que el índice de violencia familiar se ha incrementado significativamente en el año 2021 (INSM, 2021).

Con respecto a las variables de psicopatología y flexibilidad en la familia, la significancia obtenida es de ($p = .010$) siendo este valor menor a $.05$, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula, como consecuencia se concluye que existe correlación entre ambas variables. La flexibilidad familiar es la capacidad del sistema familiar para afrontar las vicisitudes propias de la vida, siendo convocada a modificar tres aspectos en los modos de interacción: los roles, el poder y las reglas. La construcción del instrumento FACES III requirió la revisión rigurosa y sistemática de la teoría sistémica, por lo tanto, la variable flexibilidad familiar puede traducirse a ciertos conceptos estudiados por la teoría sistémica como adaptabilidad al cambio y los límites establecidos (Minuchin et al., 1998), la cual establece que la particularización y dinámica de estos elementos posibilita el inicio y principalmente el mantenimiento de ciertas patologías. (Jarne y Talarn, 2006). No hay investigaciones previas que examinen las variables en mención; no obstante, se ha estudiado los estilos parentales y la relación con la alexitimia en una población de pacientes diagnosticadas con anorexia, identificándose una alta frecuencia de familias con normas rígidas e inflexibles (Murillo, 2017).

En cuanto a cohesión familiar y síntomas psicopatológicos, se encontró que a mayor cohesión menor presencia de síntomas psicopatológicos. No se han estudiado directamente dichas variables, sin embargo, hay una investigación (Buitrago et al., 2016) que relaciona cohesión y sintomatología depresiva, encontrando también una correlación inversa; es decir a mayor cohesión, menor presencia de síntomas depresivos. Es importante señalar que la cohesión familiar puede definirse como la relación emocional establecida entre los miembros del grupo familiar en contraste al grado de dependencia y decisión del miembro en el contexto familiar. Según Papalia et al. (2009) es muy importante que el adolescente cuente con la presencia y soporte de algún miembro familiar; siendo esto vital para afrontar el surgimiento de alguna dificultad en salud mental. Asimismo, Kernberg (1993) afirma que el vínculo con los progenitores configura las características de vínculos posteriores; aspecto fundamental ya que según esta teoría las relaciones interpersonales son un indicador del estado de salud mental de un individuo. Chacaltana (2017) indica que la presencia de síntomas psicopatológicos en la madre se relaciona con las actitudes de la madre hacia el niño, por ende, matiza de determinada manera el vínculo niño-madre.

En cuanto a las limitaciones del estudio encontramos la disponibilidad en los horarios de los participantes, lo cual pudo resolverse gracias al apoyo del departamento de psicología. Así mismo, debido a las características de la población evaluada y la extensión de los protocolos, la aplicación satisfactoria de los instrumentos de evaluación fue una tarea compleja.

Conclusiones

Teniendo como referencia los objetivos de la investigación, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

Existe una correlación inversa significativa entre funcionamiento y síntomas psicopatológicos; por lo tanto, a más funcional la familia menos significativa la presencia de psicopatología.

En cuanto a flexibilidad familiar y síntomas psicopatológicos, se ha encontrado relación inversa entre las variables; es decir, a mayor flexibilidad menor presencia de síntomas psicopatológicos.

Con respecto a cohesión familiar y síntomas psicopatológicos la correlación es inversa y negativa; es decir a mayor cohesión, menor psicopatología.

.

Recomendaciones

Diseñar e implementar programas, talleres y conferencias para padres, alumnos y docentes, en los que se desarrolle la importancia del grupo familiar como elemento protector ante riesgo en salud mental.

Diseñar e implementar programas, talleres y conferencias que tengan como temática la optimización de los vínculos entre los miembros del grupo familiar; desarrollar temas como la comunicación, negociación y asertividad.

Se recomienda motivar y sensibilizar a la población sobre la aplicación de instrumentos psicológicos para fines investigativos, resaltar el rol que ejercen como informadores de lo que acontece con ellos mismos y sus coetáneos; y cómo a partir de la recolección de dicha información puede haber una mejor comprensión e intervención.

Se sugiere investigar la relación entre psicopatología, flexibilidad del grupo familiar y reglas establecidas por los progenitores; ya que es un aspecto de la dinámica familiar poco estudiado, a excepción de su correlación con trastornos de conducta alimentaria y trastorno obsesivo compulsivo.

Se sugiere realizar versiones abreviadas de este instrumento o validar a nuestro contexto la versión abreviada del Cuestionario sobre el comportamiento de Achenbach mexicano.

Referencias

- Alarcón, D., & Bárrig, P. (2015). Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes. *Liberabit. Revista de psicología*, 21(2), p. 253-259.
<http://ojs3.revistaliberabit.com/index.php/Liberabit/article/view/269>
- American Psychological Association (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct. <https://www.apa.org/ethics/code/>
- Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059.
10.6018/analesps.29.3.178511
- Barra, F. (2009). Salud mental de niños y adolescentes. ¿Por qué es necesario investigar? *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* 2009, 47 (3), 175-177.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000300001>
- Bazo-Alvarez, JC., Bazo-Alvarez, OA., Aguila, J., Peralta, F., Mormontoy, W., & Bennett, IM. (2016). Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar faces-III: un estudio en adolescentes peruanos. *Rev. Pero Med Exp Salud Pública*, 33(3), 462-70.
<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2299>
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología*. Editorial McGraw-Hill.
- Blanco, Y., Matos, M., & Vallejo, D. (2015). *Hostilidad, ira, agresión y rasgos de trastornos de personalidad en estudiantes de psicología de una universidad privada en Cartagena*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de San Buena

Ventura]. Biblioteca Digital Universidad de San Buenaventura.
<http://bibliotecavirtualoducal.uc.cl:8081/handle/10819/3570>

Buitrago, J., Pulido, L., & Güichá-Duitama, Á. (2017). Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de Boyacá. *Psicogente*, 20(38), 296-307.
<http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2550>

Bustillos-Cotrado, A., & Laguna-León, E. (2018). Depresión y factores asociados en adolescentes de un colegio de la ciudad de Huánuco, Perú. *Rev Peru Investig Salud*, 2(2), 10-15 <https://doi.org/10.35839/repis.2.2>.

Casullo, M. & Pérez, M. (2008). *El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis*. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_sintomas.pdf

Chacaltana, B. (2017). *Síntomas psicopatológicos y la relación madre-hijo en internas de establecimientos penitenciarios de Lima*. [Tesis de maestría, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio USMP.
<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/3267>

Clavijo, A. (2011). *Crisis, familia y psicoterapia*. Editorial Ciencias Médica.

Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual*. Editorial National Computer System.

Esteban, F., Reyes, S., & Charcape, E. (2006). *Baremación del SCL 90-R en internos de EE.PP.* Editorial INPE.

Ezpeleta, L. & Toro, J. (2014). *Psicopatología del desarrollo*. Ediciones Pirámide.

Fondo de las Naciones Unidas. (2021a). *Resumen ejecutivo. Estado mundial de la infancia 2021. En mi mente. Promover, proteger y cuidar la salud mental en la infancia.*

<https://www.unicef.org/media/108171/file/SOWC%202021%20Resumen%20Ejecutivo.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas. (2021b). *Resumen regional: América Latina y el Caribe. Estado mundial de la infancia 2021. En mi mente. Promover, proteger y cuidar la salud mental en la infancia.*

<https://www.unicef.org/media/108166/file/Resumen%20regional:%20America%20Latina%20El%20Caribe%20.pdf>

Garibay, S. (2013). *Enfoque sistémico: una introducción a la psicoterapia familiar*. Editorial El Manual Moderno. <http://ebookcentral.proquest.com>

González-Poves, J., Macuyama-Aricari, T., & Silva-Mathews, Z. (2013). Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1° al 5° de secundaria de un colegio nacional mixto. *Revista de Enfermería Herediana*, 6(2), 66-77. <https://doi.org/10.20453/renh.v6i2.1795>

Instituto Nacional de Salud Mental. (17 de setiembre 2021). *Nota de prensa N° 037. La otra pandemia: trastornos de salud mental y violencia en niños y adolescentes se incrementan hasta en 50% por la covid-19.* <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2021/037.html>

Instituto Nacional de Salud Mental (2012a). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima Metropolitana y Callao 2007. Informe General.* Fondo editorial INSM.

- Instituto Nacional de Salud Mental (2012b). *Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Rural 2009*. Informe General. Fondo editorial INSM. <http://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>
- Jara, M., & Saona, K. (2020). *Síntomas psicopatológicos y funcionamiento familiar en adultos mayores víctimas y no víctimas de maltrato en el distrito de La Esperanza*. [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/47380>
- Jarne, A. & Talarn, A. (2006). *Psicopatología*. <https://ebookcentral.proquest.com>
- Kernberg, O. (1993). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Editorial Paidós.
- Lara, C., Espinosa, I., Cárdenas, M., Fácil, M., & Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*, 28(3), 42-50. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252005000300042&script=sci_arttext
- Lévi-Strauss, C., Spiro, M. & Gough, K. (1984). *Polémica sobre el Origen y la Universalidad de la Familia*. Editorial Anagrama.
- Mendizábal, J. & Anzures, B. (1999). La familia y el adolescente. *Revista Médica del Hospital General de México* 62 (3), p 191-197. <http://afly.co/xbk>
- Ministerio de Salud. (2021, abril). *La salud mental de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la Covid-19. Estudio en línea*. <https://www.unicef.org/peru/media/10616/file/Salud%20menta%20en%20contexto%20COVID19.pdf>

Ministerio de salud (2017). *Salud mental*. 2017.

<https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/minsa-salud-mental/resource/d920b7ad-4c75-43d7-9c8c-67b7dba4ce35#{}>

Minuchin, S., Lee, W. & Simon, G. (1998). *El arte de la terapia familiar*. Editorial Paidós.

Minuchin, S. & Fishman, C. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Editorial Paidós.

Minuchin, S. (2013). *Familias y terapia familiar*. Editorial Gedisa

<http://ebookcentral.proquest.com>

Montes, N., & Vera, A. (2018). *Familia disfuncional asociado a la ansiedad en estudiantes de secundaria de un colegio nacional de Lima Norte en el año 2016*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Sede Sapientiae].

Repositorio Institucional Digital UCSS.

<http://repositorio.ucss.edu.pe/handle/UCSS/512>

Murillo, L. (2017). *Alexitimia y funcionamiento familiar en mujeres con anorexia nerviosa de una clínica privada*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/9295>

Nardone, G., Giannotti, E., & Rocchi, R. (2013). *Modelos de familia: Conocer y resolver los problemas entre padres e hijos*. Editorial Heder.

Olivera, A., Rivera, E., Gutiérrez-Trejejo, M. & Méndez, J. (2019). Funcionalidad familiar en la depresión de adolescentes de la Institución Educativa Particular "Gran Amauta de Motupe" Lima, 2018. *Revista Estomatológica Herediana*, 29(3), 189-195. <https://dx.doi.org/10.20453/reh.v29i3.3602>

- Olson, DH., Portner, J., & Lavee, Y. (1985) *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (FACES III)*. Editorial University of Minnesota.
- O.M.S. (1992). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Editorial Organización Mundial de la Salud.
- Otzen, T. & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232.
<https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia*. Editorial McGraw Hill
- Pérez-Bringas, A. (2022). Clima social familiar y síntomas psicopatológicos en universitarios confinados por pandemia en Nueva Cajamarca. *CASUS. Revista De Investigación Y Casos En Salud*, 6(1), 31-38.
<https://doi.org/10.35626/casus.1.2022.272>
- Quiroz, K. (2017) *Estandarización del cuestionario SCL 90-R en adolescentes de educación básica regular de dos distritos de Lima-sur*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio Autónoma.
<https://hdl.handle.net/20.500.13067/432>
- Rodríguez-Arista, G., Rodríguez-Díaz, D., & Correa-Arangoitia, A.(2021) Relación entre disfunción familiar y trastorno de ansiedad e ideación suicida en escolares. *UCV Sci. Biomed*, 4(1), 7-14.
<https://doi.org/10.18050/ucvscientiabiomedica.v4i1.01>

- Santa-Cruz Espinoza, H., Saona-Carril, K., & Jara-Barrena, M. (2022). Relación entre síntomas psicopatológicos y funcionamiento familiar en adultos mayores víctimas de violencia familiar. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(1), 1-16
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4181/815>
- Sarabia, F. (2017). *Funcionalidad familiar y su relación con la hostilidad en adolescentes*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio UTA. <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/24809>
- Vallejo, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Editorial Elsevier Masson.
- Zarragoitía, L. (2013). Las diferencias de sexo y género en la depresión: proclividad en la mujer. *Medwave*, 13 (3),1-12. doi:10.5867/medwave.2013.03.5651

Anexos

ANEXO A

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA DEL DISTRITO DE BARRANCO

PROBLEMAS	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA
¿De qué manera se relaciona el funcionamiento familiar y los síntomas psicopatológicos en adolescentes estudiantes de nivel secundario de una institución educativa pública del distrito de Barranco?	GENERAL Determinar la relación entre funcionamiento familiar y la presencia de síntomas psicopatológicos en adolescentes de una institución educativa pública en el distrito de Barranco. ESPECÍFICOS 1. Determinar la relación entre la cohesión familiar y la presencia de síntomas psicopatológicos en adolescentes estudiantes de nivel secundario de una institución educativa pública del distrito de Barranco. 2. Determinar la relación entre la flexibilidad familiar y la presencia de síntomas psicopatológicos en adolescentes estudiantes de nivel secundario de una institución educativa pública del distrito de Barranco.	GENERAL Existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y la presencia de síntomas psicopatológicos en adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Barranco. ESPECÍFICAS 1. Existe relación significativa entre la cohesión familiar y síntomas psicopatológicos en adolescentes estudiantes de nivel secundario de una institución educativa pública del distrito de Barranco. 2. Existe incidencia significativa entre la flexibilidad familiar y síntomas psicopatológicos en adolescentes estudiantes de nivel secundario de una institución educativa pública del distrito de Barranco.	Funcionamiento familiar	Flexibilidad familiar: normas, disciplina, roles, liderazgo y cambios. Cohesión: familiar, vinculación afectiva, lealtad y interdependencia.	Estrategia de Investigación: Asociativa Nivel de Investigación: Empírica Diseño de Investigación: Descriptivo Correlacional Variables Funcionamiento familiar Síntomas psicopatológicos Enfoque de investigación Cuantitativa Instrumentos: Escala Cuestionario Unidad de investigación Estudiantes de una institución educativa pública que cumplen los criterios de inclusión. Muestra: No probabilística
			Síntomas psicopatológicos	Somatización: Síntomas corporales Obsesión-compulsión: Ideas y conductas obsesivas Sensibilidad interpersonal: Ideas de inferioridad, timidez y dificultad interpersonal. Depresión: Anhedonia, tristeza y baja autoestima Ansiedad: Miedo, síntomas fisiológicos Hostilidad: Ira y impulsividad. Ansiedad fóbica: Fobia específica, agorafobia y evitación Ideación paranoide: desconfianza hacia los otros Psicoticismo: Control de pensamiento y alucinaciones.	

ANEXO B

CODIGO: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es dar a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por Romina Simbrón de la Universidad San Martín de Porres. La meta de este estudio es conocer la relación que existe entre síntomas psicopatológicos y el funcionamiento familiar en adolescentes.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder dos cuestionarios de 90 y 20 preguntas y una ficha sociodemográfica. Esto tomará aproximadamente 50 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las respuestas, las pruebas se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en ella. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante el cuestionario le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas.

De tener preguntas sobre su participación en este estudio, puedo contactar a romina_simbron@usmp.pe

Desde ya le agradecemos su participación.

Firma del participante

CODIGO: _____

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Romina Simbrón. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer la relación que existe entre dimensiones psicopatológicas y el funcionamiento familiar en adolescentes.

Me han indicado también que tendré que responder dos cuestionarios de 90 y 20 preguntas, y una ficha sociodemográfica lo cual tomará aproximadamente 50 minutos.

Reconozco que la información que yo brinde en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme de la misma cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de esta investigación cuando ésta haya concluido. Para esto, puedo contactar a romina_simbron@usmp.pe

Firma del Participante

Fecha

ANEXO C

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

En esta primera parte, pedimos que registre algunos datos que serán importantes para el presente estudio.

1) Sexo:

Hombre Mujer

2) Fecha de nacimiento: _____

3) Edad: _____

4) Lugar de Nacimiento:

Lima Fuera de Lima

Sino naciste fuera de Lima ¿desde cuándo vives aquí? _____

5) Distrito de procedencia: _____

6) Grado académico:

1ero 2do 3ero 4to 5to

7) Estado sentimental:

En una relación Soltero(a)

8) Actualmente vive con

Papá y mamá Sólo Papá Sólo Mamá Tíos/abuelos

Otros (especificar): _____

9) Has repetido de año

Sí No ¿cuántas veces? _____

10) ¿Alguna vez te has autolesionado?

Sí No

11) ¿Tienes algún familiar con diagnóstico psiquiátrico?

Sí No ¿qué parentesco tiene contigo? _____

¿qué diagnóstico? _____

ANEXO D

FACES III

A continuación, encontrarás una serie de enunciados sobre cómo funcionan las familias. Lea atentamente cada afirmación y elija una alternativa que refleje su realidad familiar

1=NUNCA O CASI NUNCA

4= FRECUENTEMENTE

2= POCAS VECES

5=SIEMPRE O CASI SIEMPRE

3= ALGUNAS VECES

	NUNCA O CASI NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE O CASI SIEMPRE
1. Los miembros de tu 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 que tarea tiene cada miembro de la familia.	1	2	3	4	5

ANEXO E

SCL 90-R

A continuación, le presentamos una lista de problemas que presentan la gente. Lea cada uno de ellos y marque **UNA** respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante las últimas dos semanas. Tiene cinco opciones de respuesta: **NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO**. No hay respuestas buenas o malas. Todas sirven **NO DEJE FRASES SIN RESPONDER**.

	NADA	MUY POCO	POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Dolores de cabeza.	0	1	2	3	4
2. Nerviosismo o agitación interior.	0	1	2	3	4
3. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se le van de su mente.	0	1	2	3	4
4. Sensación de desmayo o mareo.	0	1	2	3	4
5. Pérdida del deseo o del placer sexual.	0	1	2	3	4
6. Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas.	0	1	2	3	4
7. La idea de que otra persona puede controlar sus pensamientos.	0	1	2	3	4
8. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás.	0	1	2	3	4
9. Dificultad para recordar las cosas.	0	1	2	3	4
10. Preocupaciones acerca del desaseo, el descuido o la desorganización.	0	1	2	3	4
11. Sentirse fácilmente irritado o enfadado.	0	1	2	3	4
12. Dolores en el corazón o en el pecho.	0	1	2	3	4
13. Sentir miedo de los espacios abiertos o de la calle.	0	1	2	3	4
14. Sentirse bajo de energías o decaído.	0	1	2	3	4
15. Pensamientos o ideas de acabar con su vida.	0	1	2	3	4
16. Oír voces que otras personas no oyen.	0	1	2	3	4
17. Temblores.	0	1	2	3	4
18. La idea de que no se puede confiar de la mayoría de las personas.	0	1	2	3	4
19. Falta de apetito.	0	1	2	3	4
20. Llorar por cualquier cosa.	0	1	2	3	4

	NADA	MUY POCO	POCO	BASTANTE	MUCHO
21. Timidez e incomodidad ante el otro sexo.	0	1	2	3	4
22. La sensación de estar atrapado o como encerrado.	0	1	2	3	4
23. Tener miedo de repente y sin razón.	0	1	2	3	4
24. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar.	0	1	2	3	4
25. Miedo a salir de casa solo.	0	1	2	3	4
26. Culparse a sí mismo de lo todo que pasa.	0	1	2	3	4
27. Dolores en la parte baja de la espalda.	0	1	2	3	4
28. Sentirse incapaz de lograr cosas o terminar las tareas.	0	1	2	3	4
29. Sentirse solo.	0	1	2	3	4
30. Sentirse triste.	0	1	2	3	4
31. Preocuparse demasiado por las cosas.	0	1	2	3	4
32. No sentir interés por nada.	0	1	2	3	4
33. Sentirse temeroso.	0	1	2	3	4
34. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad.	0	1	2	3	4
35. La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pensando.	0	1	2	3	4
36. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso.	0	1	2	3	4
37. La impresión de que la gente es poco amistosa o que usted no les gusta.	0	1	2	3	4
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien.	0	1	2	3	4
39. Que el corazón le palpita o le vaya muy deprisa.	0	1	2	3	4
40. Nauseas o malestar en el estómago.	0	1	2	3	4
41. Sentirse inferior a los demás.	0	1	2	3	4
42. Dolores musculares.	0	1	2	3	4
43. Sensación de que otras personas le miran o hablan de usted.	0	1	2	3	4
44. Dificultad para conciliar el sueño.	0	1	2	3	4
45. Tener que comprobar una y otra vez lo que hace.	0	1	2	3	4
46. Encontrar difícil el tomar decisiones.	0	1	2	3	4
47. Sentir temor a viajar en coches, autobuses, metro, trenes, etc.	0	1	2	3	4
48. Ahogos o dificultad para respirar.	0	1	2	3	4
49. Sentir calor o frío de repente.	0	1	2	3	4
50. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades por que le dan miedo.	0	1	2	3	4

	NADA	MUY POCO	POCO	BASTANTE	MUCHO
51. Que se le quede la mente en blanco.	0	1	2	3	4
52. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo.	0	1	2	3	4
53. Sentir un nudo en la garganta.	0	1	2	3	4
54. Sentirse desesperado con respecto al futuro.	0	1	2	3	4
55. Tener dificultad para concentrarse.	0	1	2	3	4
56. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo.	0	1	2	3	4
57. Sentirse tenso o agitado.	0	1	2	3	4
58. Pesadez en los brazos o las piernas.	0	1	2	3	4
59. Pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir.	0	1	2	3	4
60. El comer demasiado.	0	1	2	3	4
61. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted.	0	1	2	3	4
62. Tener pensamientos que no son suyos.	0	1	2	3	4
63. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien.	0	1	2	3	4
64. Despertarse de madrugada.	0	1	2	3	4
65. Tener que repetir las mismas acciones tales como tocar, contar, lavar, etc.	0	1	2	3	4
66. Sueño inquieto o desvelarse fácilmente.	0	1	2	3	4
67. Tener fuertes deseos de romper algo.	0	1	2	3	4
68. Tener ideas o creencias que los demás no comparten.	0	1	2	3	4
69. Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas.	0	1	2	3	4
70. Sentirse muy incómodo entre mucha gente, p.ej. en el cine, en las tiendas.	0	1	2	3	4
71. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo.	0	1	2	3	4
72. Ataques de terror o pánico.	0	1	2	3	4
73. Sentirse incomodo comiendo o bebiendo en público.	0	1	2	3	4
74. Tener discusiones frecuentes.	0	1	2	3	4
75. Sentirse nervioso cuando se encuentra solo.	0	1	2	3	4
76. Sentir que los demás no lo valoran como merece.	0	1	2	3	4
77. Sentirse solo aunque este con más gente.	0	1	2	3	4

	NADA	MUY POCO	POCO	BASTANTE	MUCHO
78. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo.	0	1	2	3	4
79. La sensación de ser inútil o de no valer nada.	0	1	2	3	4
80. Pensamientos de que va a pasar algo malo.	0	1	2	3	4
81. Tener deseos de gritar o de tirar cosas.	0	1	2	3	4
82. Tener miedo de desmayarse en público.	0	1	2	3	4
83. Sentir que se aprovechan de usted si los deja.	0	1	2	3	4
84. Pensar cosas sobre el sexo que me inquietan bastante.	0	1	2	3	4
85. Sentir que debo ser castigado por mis pecados o errores.	0	1	2	3	4
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.	0	1	2	3	4
87. La idea de que algo anda mal en su cuerpo.	0	1	2	3	4
88. No sentirse cercano o íntimo con nadie.	0	1	2	3	4
89. Sentimientos de culpabilidad.	0	1	2	3	4
90. La idea de que algo anda mal en su mente.	0	1	2	3	4

MUCHAS GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

Importante: Haber contestado todas las afirmaciones

Verificar haber marcado UNA sola opción

ANEXO F

Correo de autorización de instrumento (SCL-R 90)

Autorización instrumento (SCL-R 90)

🕒 Marca para seguimiento.



ROMINA FRANCHESKA SIMBRON BERNAOLA

Para: kely.marily28@gmail.com; rosimbron25@gmail.com



Lun 11/07/2022 23:13

Buenas noches

Le saluda Romina Simbrón, Bachiller en Psicología por la Universidad San Martín de Porres. Actualmente me encuentro realizando la tesis para optar por el grado de Licenciada en Psicología, como parte del trabajo de investigación estoy interesada en usar el cuestionario SCL-R 90 que usted estandarizó en Perú, me dirijo a usted para solicitar su autorización. Espero atenta su respuesta.

Gracias de antemano.

↩ Responder

↩↩ Responder a todos

➡ Reenviar



kely quiroz <kely.marily28@gmail.com>

Para: ROMINA FRANCHESKA SIMBRON BERNAOLA



Mar 12/07/2022 11:46

Buen día, le otorgo la autorización para el uso del cuestionario SCL90 estandarizado en adolescentes de educación básica regular de Lima Sur.

cabe resaltar que la estandarización no es a nivel nacional.

Espero pueda ser útil para su proyecto.

Atte

Kely Marilu Quiroz Iman

ANEXO G

Artículo dedicado a la autora (FACES-III)

JENNY QUEZADA ZÉVALLOS

UNA PROFESIONAL SINGULAR: ROSA MARÍA REUSCHE LARI

PERSONAS Y PERSONAJES DE LA PSICOLOGÍA EN EL PERÚ

Una profesional singular: Rosa María Reusche Lari

*Jenny Quezada Zevallos**

Es un honor, escribir una semblanza de Rosa María Reusche Lari. Ella, con su don de gentes, calidez personal y creatividad, hizo posible que la Facultad de Psicología y Humanidades de la Unife se consolide como una de las mejores en nuestro medio. Esta semblanza es producto de una entrevista, correos electrónicos y una semblanza de García, V. (2013)



VIDA PERSONAL Y PROFESIONAL

Nace en el Callao; de madre limeña y padre piurano, es la primera hija de una familia de 5 hijos: 2 mujeres y 3 hombres. Sus estudios de primaria y secundaria los realizó en el colegio Nuestra Señora Lourdes de la Congregación San Jose de Tarbes en Piura. Le gustaba la arqueología; su natural curiosidad la llevaba a preguntarse cómo había vivido la gente en tiempos ancestrales, qué significado

INTRODUCCIÓN

En arquitectura, se diseña considerando el terreno, la dirección del sol y de los vientos; la construcción de una institución social se inicia con la visión de sus fundadores y la búsqueda de colaboradores que, con sus talentos personales, abren nuevos rumbos a lo diseñado inicialmente. Es sabido que la riqueza de una institución está en su capital humano: esto se hace palpable en la historia profesional de Rosa María Reusche Lari; como estudiante y docente, estuvo 49 fructíferos años en la Unife, en donde su creatividad y tesón personal han dejado huellas.

tenían los diseños de sus cerámicas, sus creencias y ritos. Al terminar la secundaria, duda entre seguir Educación o Psicología; un familiar cercano le habla sobre una universidad nueva en Lima, a cargo de las Hermanas Religiosas del Sagrado Corazón; así, a los 16 años, en el año 1963, ingresa a la Unife y conforma la primera promoción de estudiantes de Psicología en el primer local de la Universidad: una casa antigua estilo Tudor en la Av. Benavides en Miraflores.

* Docente de la Facultad de Psicología y Humanidades de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón. jenquezada@unife.edu.pe