

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y
HUMANIDADES
ESCUELA PROFESIONAL DE HUMANIDADES
CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES
ESCOLARES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE CIUDAD NUEVA,
TACNA 2018”**

Tesis presentada por:

BACH. KERLY ARIANNA SANTOS JUANILLO

Para obtener el Título Profesional de

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

TACNA – PERÚ

2020

Dedicatoria

A Dios, por guiar mi camino y ser siempre un padre amoroso conmigo, la satisfacción de concluir este trabajo es para darle la gloria a Él, Él es el dueño de la sabiduría y la ciencia, y da a sus hijos lo que necesitan conforme a su voluntad.

A mis padres, Erly y Judith, por alentarme siempre a continuar y esforzarme por alcanzar mis metas, dándome la oportunidad de estudiar y madurar en todo aspecto.

A mis abuelos, por siempre darme ánimo para poder licenciarme, y brindarme sus mejores consejos.

A mis demás familiares y amigos, por su estima y aprecio, quiero que sepan que estoy feliz de tenerlos y compartir con ustedes cada logro.

A los adolescentes de mi ciudad, país y el mundo, quienes se merecen lo mejor para su presente y futuro.

Agradecimientos

A la Universidad Privada de Tacna, por forjarme como una profesional competente para aportar la mejor a mi comunidad y buscar su desarrollo.

A mis docentes de pre grado, por compartir sus conocimientos, buscar el mejor desarrollo profesional en mí y preocuparse por mi persona.

A los directores de las Instituciones Educativas de Ciudad Nueva por las facilidades para acceder a la muestra en estudio.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	i
Agradecimientos	ii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iii
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I	1
EL PROBLEMA	1
1.1. Determinación del problema	1
1.2. Formulación del problema	5
1.2.1. Pregunta general	5
1.2.2. Preguntas específicas	5
1.3. Justificación	5
1.4. Objetivos	7
1.4.1. Objetivo general	7
1.4.2. Objetivos específicos	7
1.5. Antecedentes del estudio	7
1.5.1. Antecedentes internacionales	7
1.5.2. Antecedentes nacionales	11
1.5.3. Antecedentes regionales	15
1.6. Definiciones operacionales	18
1.6.1. Familia	18
1.6.2. Funcionalidad familiar	18
1.6.3. Depresión	18
1.6.4. Adolescencia	19
CAPÍTULO II	20
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	20
2.1. La familia	20

2.1.1. Funciones de la familia	21
2.1.2. La familia como sistema	22
2.1.3. Estructura familiar	23
2.2. Funcionalidad familiar	25
2.2.1. Indicadores de la funcionalidad familiar	28
2.2.2. Dimensiones del funcionamiento familiar	30
2.2.3. Niveles del funcionamiento familiar	33
CAPÍTULO III	35
DEPRESIÓN	35
3.1. Depresión	35
3.1.1. Dimensiones de la depresión	38
3.1.2. Niveles de depresión	38
3.1.3. Enfoques teóricos y explicativos de la depresión	39
3.2. La adolescencia	45
3.2.1. La familia y el adolescente	45
3.2.2. Depresión en la adolescencia	46
CAPÍTULO IV	49
METODOLOGÍA	49
4.1. Enunciado de las hipótesis	49
4.2. Operacionalización de variables y escalas de medición	49
4.3. Enfoque, tipo y diseño de investigación	52
4.4. Ámbito de la investigación	52
4.5. Unidad de estudio, población y muestra	53
4.6. Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	55
4.7. Procesamiento y análisis de información	58
CAPÍTULO V	59
RESULTADOS	59
5.1. Trabajo de campo	59
5.2. Diseño de presentación de los resultados	59
5.3. Resultados	61
5.3.1. Resultados sobre funcionalidad familiar	61
5.3.2. Resultados sobre el nivel de depresión	63
5.3.3. Resultados sobre el nivel de funcionalidad familiar y el nivel de depresión	65

5.4. Contraste de hipótesis	67
5.4.1. Contrastación de la hipótesis específica 1	68
5.4.2. Contrastación de la hipótesis específica 2	70
5.4.3. Contrastación de la hipótesis específica 3	72
5.4.4. Contrastación de la hipótesis General	74
5.5. Discusión	76
CAPÍTULO VI	80
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	80
6.1. CONCLUSIONES	80
6.2. SUGERENCIAS	81
REFERENCIAS	83
APÉNDICE	93

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de la variable 1	50
Tabla 2 Operacionalización de la variable 2	51
Tabla 3 Distribución de frecuencia por factores sociodemográficos en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.	54
Tabla 4 Baremo Puntaje Directo e Interpretación de la Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar.....	56
Tabla 5 Nivel de funcionalidad familiar en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.	61
Tabla 6 Nivel de depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.	63
Tabla 7 Relación de la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.....	65
Tabla 8 Prueba estadística de normalidad	67
Tabla 9 Presentación de la prueba estadística no paramétrica chi cuadrada bondad de ajuste para una muestra de la variable funcionalidad familiar en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.	68
Tabla 10 Presentación de la prueba estadística no paramétrica chi cuadrada bondad de ajuste para una muestra de la variable depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.....	70
Tabla 11 Presentación de los coeficientes de correlación Tau c de kendall de la variable funcionalidad familiar y depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.....	72
Tabla 12 Presentación de los coeficientes de correlación Tau c de kendall de la variable funcionalidad familiar y depresión de los adolescentes de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama del nivel de funcionalidad familiar en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.....	61
Figura 2: Diagrama del nivel de depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.	63
Figura 3: Diagrama de relación del nivel de funcionalidad familiar y depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.	65

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la funcionalidad familiar y depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018. Teniendo un enfoque cuantitativo, según su finalidad es básica o pura y por el nivel de conocimientos es correlacional; el diseño es no experimental. Para su estudio, se utilizaron los instrumentos Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar por adjetivos FACES –III de los autores David H. Olson, Joyce, Yoav Lavee y el Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición Adaptado BDI-IIA de los autores Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown como muestra 313 estudiantes entre hombres y mujeres de 13 a 19 años de edad. Los resultados indican que el 64.22% de evaluados manifiesta un nivel de funcionalidad familiar medio. Así mismo el 41.53% de estudiantes presenta un nivel de depresión mínimo. Para demostrar la relación entre ambas variables se utilizó la prueba estadística de Tau c de Kendall donde se puede apreciar que el valor p es mayor a 0.05 por lo que no se demuestra relación entre ambas variables, esto quiere decir que el nivel de Funcionalidad Familiar no está relacionada con la presencia de Depresión en los estudiantes.

Palabras clave: Funcionalidad familiar, depresión y adolescencia.

ABSTRACT

This research aimed to determine the relationship between family functionality and depression in school adolescents of Educational Institutions of Ciudad Nueva, Tacna 2018. Having a quantitative approach, according to its purpose is basic or pure and by the level of knowledge is correlational; The design is not experimental. For their study, the instruments Family Cohesion Assessment and Adaptability Scale for FACES-III adjectives of the authors David H. Olson, Joyce, Yoav Lavee and the Beck Depression Inventory Second Edition Adapted BDI-IIA by the authors Aaron were used T. Beck, Robert A. Steer and Gregory K. Brown as shown 313 students between men and women from 13 to 19 years of age. The results indicate that 64.22% of those evaluated show a level of family functionality medium. Likewise, 41.53% of students have a minimum depression level. To demonstrate the relationship between the two variables, the Kendall Tau c statistical test was used, where it can be seen that the p-value is greater than 0.05, so no relationship between the two variables is demonstrated, this means that the level of Functionality Family is not related to the presence of Depression in students.

Key Words: Family functionality, depression and adolescence.

INTRODUCCIÓN

La depresión se encuentra entre los trastornos de mayor prevalencia a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que para el 2020, esta será la segunda causa principal de discapacidad. En países en vías de desarrollo como el Perú, ocupará el primer lugar, y aunque se trata de un trastorno mental tratable, una gran mayoría que la padece no solicita el tratamiento debido (Navarro-Loli, Moscoso y Calderón-De la Cruz, 2017).

La depresión también puede presentarse en la adolescencia, esta etapa es un período de transición acompañado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, en la que el adolescente debe afrontar grandes retos como el cumplimiento de nuevas tareas del desarrollo, la adaptación a cambios fisiológicos y anatómicos, la pubertad y la integración de la madurez sexual. Se hace evidente el establecimiento de una identidad individual, sexual y social, en medio de la relación con sus pares y adultos significativos, desarrollando habilidades de enriquecimiento personal, ocupacional y de esparcimiento (Alzuri, Hernández y Calzada, 2017). Por lo que, es favorable que el adolescente disponga de un ambiente familiar adecuado para afrontar todos estos cambios, y aprender a lidiar con sus propias emociones y sentimientos, o situaciones estresantes, que puedan sumirlo en la depresión.

Por lo anterior, se considera importante el estudio de la funcionalidad familiar como factor que influye en la aparición de la depresión en los adolescentes. Las familias desestructuradas han ido en aumento en el mundo entero, de manera especial en los países en vías de desarrollo, las causas principales son la crisis económica y el desempleo, lo que lleva a uno o ambos progenitores en búsqueda de mejores fuentes de trabajo. La desestructuración familiar tiene gran influencia en la génesis de las enfermedades psiquiátricas durante la adolescencia, específicamente de las diferentes formas de depresión. La ruptura conyugal es la forma más frecuente de separación de los hijos de sus respectivos padres, provocando cambios en el ámbito familiar, social y psíquico, y que afectan la percepción del adolescente acerca de su mundo circundante, generando crisis psicológicas y emocionales; la interacción es claramente

disfuncional dentro del ámbito funcional familiar como estructural (Hoyos, Lemos, Torres, 2012).

En esto radica la importancia de la presente investigación, ya que nuestro país no es ajeno a dicha problemática, se puede observar familias desestructuradas, debido a la ruptura conyugal, búsqueda de trabajo de uno o ambos padres en otras ciudades o países, cambios que pueden generar desde estados de tristeza hasta patologías a nivel emocional como la depresión clínica.

El objetivo principal de la presente investigación es demostrar si existe relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes escolares en Tacna. Para evaluar ambas variables se utilizó la técnica de encuesta; para medir la funcionalidad familiar se empleó la Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar, con 20 ítems y dos dimensiones; para la segunda variable depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición Adaptado, con 21 ítems y dos dimensiones. Ambos instrumentos fueron aplicados a una muestra no probabilística de carácter intencional de 320 estudiantes entre hombres y mujeres de 13 a 19 años de edad de Instituciones Educativas estatales de Ciudad Nueva.

La investigación se estructuró en seis capítulos, el Capítulo I está compuesto por el problema, donde se expone el motivo por el que se realizó la investigación; el cual se divide en la descripción del problema, formulación, justificación, objetivos, antecedentes del estudio y definiciones operacionales. El Capítulo II, contiene información sobre la funcionalidad familiar y el Capítulo III, sobre la depresión. El Capítulo IV, describe la metodología, donde se detalla el enunciado de las hipótesis, operacionalización de las variables, enfoque, tipo y diseño de la investigación, ámbito de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos y, el procesamiento y análisis de información. El Capítulo V, muestra los resultados, trabajo de campo, diseño de presentación de los resultados, resultados, contraste de hipótesis y discusión. En último lugar el Capítulo VI, contiene las conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos de la investigación.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Determinación del problema

La depresión es uno de los trastornos mentales más comunes en la población mundial, donde se experimenta “un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración”, esta puede ser duradera o recurrente, llegando a deteriorar la capacidad de desempeñar un trabajo, rendir en los estudios, o de hacer frente a la vida cotidiana. Las últimas estimaciones sanitarias mundiales puestas a disposición por la Organización Mundial de la Salud en el 2015, nos informan que 4.4% de la población mundial sufre depresión, siendo un total de 322 millones de personas. Habiendo aumentado la cifra en 18.4% entre el 2005 y el 2015 (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

La depresión es un trastorno que causa dolor y sufrimiento en la vida de quien la padece, muchas personas que manifiestan estos síntomas desconocen que esto podría ser evitado, por lo que en consecuencia no buscan ayuda en centros de salud u otras organizaciones encargadas del cuidado de la salud mental (Ministerio de Salud, 2005). Debido a esto hay una gran cantidad de personas que viven día a día con esta enfermedad, creyendo que forma parte de la vida atravesar por este sufrimiento y que podrán salir de él de forma independiente.

Este trastorno puede presentarse en diferentes etapas del desarrollo, para Vargas, Tovar y Valverde (2013) estudiar la depresión en la adolescencia es importante ya que de haber tenido uno o varios episodios depresivos en una etapa donde se define la formación académica, el inicio de la vida profesional u ocupacional, el comienzo de la vida sexual y la elección de pareja, podría tener consecuencias en la adultez, siendo más vulnerables a tener menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés, menor alcance educacional, laboral y económico.

Existen diversos estudios respecto de este trastorno y sus síntomas en la población adolescente en nuestro país, la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) indica la ideación suicida como uno de estos síntomas. En el 2009 el Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi, refirió que en la sierra del Perú el 2.9% de los adolescentes había intentado suicidarse alguna vez en su vida, en la selva fue el 1.7% y en Lima el 3.6% también lo ha intentado (Ministerio de Salud, 2009). En el 2012 en un estudio en Lima y Callao, se observó que el 25.9% de la población adolescente alguna vez en su vida había sentido deseos de morir, específicamente los adolescentes que alguna vez pensaron en quitarse la vida fueron el 11%, los que alguna vez tuvieron planes suicidas fueron el 4.9%, y los que intentaron suicidarse alguna vez en su vida fueron el 3.6%, presentándose una prevalencia mayor en el grupo de adolescentes de 15 a 17 años (Instituto Nacional de Salud Mental, 2013).

En nuestra región, según el Boletín estadístico, de la Dirección Regional de Salud Tacna (2017) se informó que en el 2016 se presentaron un total de 15 fallecimientos por lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio). De los cuales uno era un adolescente de entre 12 y 17 años y nueve de los casos eran jóvenes de entre 18 y 29 años.

Los estudios anteriormente mencionados nos advierten sobre la necesidad del estudio de las posibles causas de este problema. Se ha demostrado que la depresión tiene una naturaleza biológica con carga hereditaria, existiendo evidencia de alteraciones en neurotransmisores cerebrales como la serotonina, noradrenalina y dopamina principalmente como factores predisponentes. (Ministerio de salud, 2008). Existen además diversos factores determinantes relacionados como: la pérdida de seres queridos, los problemas en las relaciones sociales y personales tales como las humillaciones o discriminaciones, la violencia familiar, el maltrato persistente, abuso sexual, pérdidas materiales, problemas económicos o cualquier otra situación de gran tensión, pueden precipitar episodios de depresión (Ministerio de Salud, 2005).

En los adolescentes la depresión tiene múltiples factores influyentes, por ejemplo; la presencia de depresión en los padres, el alcoholismo familiar, disciplina punitiva, el contexto familiar con presencia de conflictos conyugales, el divorcio o separación conflictivos de los padres o sus dificultades emocionales, maltrato físico, emocional o sexual, negligencia en el cuidado, ambientes con estímulos positivos

insuficientes, pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo. (Cárdenas, Fera, Vásquez, Palacios y De la Peña, 2010).

Es así que diversos factores pueden influir en la pérdida de una vida, el Ministerio de Salud (2009) informó que los principales motivos por los cuales los adolescentes han intentado suicidarse son; en la costa, 59.1% por problemas con sus padres, 19.6% problemas con otros parientes y 16.1% por problemas de otra índole. En la sierra, por problemas con sus padres un 70%, problemas de otro índole 10% y 9.7% por problemas con otros parientes.

En un estudio realizado en el 2012 en Lima Metropolitana y Callao, se encontró que los motivos principales de las conductas suicidas en adolescentes de 12 a 14 y de 15 a 17 años, se hallan en el mismo hogar. Entre los motivos señalados para sentir deseos de morir, pensar, planear o intentar quitarse a vida, el 59.2% resaltan los problemas con los padres, luego el 10.5% señalan problemas con otros parientes y 7.9% problemas con los estudios (Instituto Nacional de Salud Mental, 2013). En consecuencia, los problemas con los padres y la familia tienen relación con la aparición de síntomas de depresión en los adolescentes.

La familia es un subsistema social conformado por relaciones familiares integradas, parte del macro sistema social denominado sociedad, estas relaciones son un elemento fundamental en el proceso de desarrollo de un individuo (Oliva y Villa, 2014). Es un sistema que intercambia información de manera continua con su entorno y que es modificada por este, al tiempo que lo modifica (Valdés, 2007).

Dentro de la sociedad, la familia es el grupo primario en el que se desenvuelven las personas, más allá de las diversas estructuras que pueda tener, sigue siendo la célula social básica (Hidalgo y Carrasco, 2002). Entre las funciones que cumple la familia se encuentran el cuidado y apoyo de sus miembros, la educación de los hijos, la satisfacción de sus necesidades y la procreación, además es el centro de la exploración, desarrollo, mantenimiento y modificación de conductas y aprendizaje para sus miembros (Garibay, 2013). La familia puede aportar las condiciones para un desarrollo sano o por el contrario, es la fuente principal de trastornos emocionales (Ares, 2002).

Por tanto, si la familia es funcional o disfuncional según la efectividad con que se desenvuelven sus miembros, hace posible o entorpece el bienestar y ajuste

emocional y social dentro de ella (Clavijo, 2002). El sistema familiar debe tener una estructura con la capacidad de modificarse al enfrentar distintas situaciones vitales. De esta manera se apreciará su funcionalidad, manteniendo su permanencia o ajustándose al cambio, dependiendo de lo que sea más útil para su adaptación (Valdés, 2007).

Una familia funcional es capaz de enfrentar las crisis y problemas, tomando decisiones constructivas, permite el crecimiento individual de sus miembros y a la vez produce un intercambio o interacción constante entre ellos, respetando la autonomía y el espacio del otro. La comunicación que utiliza es clara y directa, las funciones y responsabilidades de sus miembros están bien definidas, existirá flexibilidad dentro del sistema, asumiendo cambios en las reglas, los roles y jerarquías para adaptarse a los procesos críticos de vida, recurriendo a recursos externos y experiencias nuevas cuando lo necesite. Por último, crea un clima de armonía, comunicación, afecto, unión, respeto y solidaridad que proporcionará el bienestar y satisfacción de sus miembros (Cid, Montes de Oca y Hernández, 2014).

Según el modelo circumplejo de sistemas familiares de Olson, el funcionamiento familiar se puede evaluar a través de dos funciones básicas del sistema familiar; la cohesión, que es el vínculo emocional entre los miembros de la familia y el nivel de autonomía que poseen en el ámbito familiar, y la adaptabilidad, que es la capacidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, roles y reglas, en respuesta al estrés de diversas circunstancias o por el desarrollo vital evolutivo de toda la familia (Olson, Portner y Lavee, 1985).

Diversos modelos de evaluación enfatizan la importancia de la estabilidad y el buen funcionamiento del sistema familiar para lograr un óptimo desarrollo de sus miembros. Este puede verse obstaculizado por la incapacidad de la familia para modificar sus patrones de funcionamiento en los momentos de crisis, por lo que quedan atrapadas en interacciones que no les permiten dar soluciones definitivas a los problemas que presenten (López, Barrera, Cortés, Guines y Jaime, 2011). Estos podrían ser problemas emocionales, donde no se presentan la cohesión o flexibilidad necesarias para afrontar dicha problemática.

La familia cumple un papel trascendente en el desarrollo y ajuste emocional del adolescente, que atraviesa una crisis de identidad, ya que sufre cambios físicos y a la vez va ampliando su contacto con el mundo externo, y se enfrenta al desafío de

transformarse en adulto, definir su identidad sexual y conquistar cierto grado de autonomía emocional y mental (García y Estremero, 2003).

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Pregunta general

¿Existe relación entre la funcionalidad familiar y depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018?

1.2.2. Preguntas específicas

¿Cuál es el nivel de funcionalidad familiar en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018?

¿Cuál es el nivel de depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018?

¿Cuál es el nivel de relación entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018?

1.3. Justificación

Encontrar la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes es uno de los temas más importantes, trascendentes y de prioridad en investigación en Tacna. En el 2016, la Dirección Regional de Salud Tacna (2017) informó de 15 fallecimientos por lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio), de los cuales uno era un adolescente y nueve eran jóvenes, dicho informe hace de conocimiento la necesidad de investigar las posibles causas que generaron la pérdida de estas vidas. Es así, que la investigación acerca de este tema permite el desarrollo de programas de intervención en diferentes niveles, promueve la salud mental no solo en

nuestra ciudad, sino también dentro de la región donde se encuentren poblaciones con características similares, en beneficio de niños, adolescentes, jóvenes, adultos, familias, instituciones educativas y centros laborales.

El Ministerio de Salud (2007) ha identificado los principales problemas de salud en el país, dentro de ellos se encuentra la deficiente salud mental en la población, donde existe una alta prevalencia de violencia intrafamiliar, pandillaje, violencia social, adicciones y enfermedades neuropsiquiátricas como la depresión, psicosis e intento de suicidio, indica además que no existe información epidemiológica completa acerca de la salud mental en el Perú. Por tal motivo, la presente investigación proporciona nueva información estadística sobre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes de Tacna, específicamente en estudiantes del Distrito de Ciudad Nueva.

Este estudio permite tomar conciencia de la salud mental de los estudiantes y el riesgo en el que se encuentran de desarrollar trastornos depresivos e incluso llevar a cabo conductas suicidas. Los beneficios son el planteamiento de objetivos dentro de proyectos de prevención actuando a favor de la salud mental de quienes serán el futuro de nuestra localidad, además; nos permite entender de forma específica un problema que es visible y conocido por muchos, pero con el que no se dispone de información teórica exacta. Por otro lado, aportamos información para la actualización y/o construcción de nuevos instrumentos de evaluación.

El impacto práctico permite poner en marcha programas que brinden información y herramientas para mejorar dicho funcionamiento en las familias, y otros dirigidos a los adolescentes que se ven afectados por dicha problemática, atendiendo a tiempo y con precisión a los más vulnerables y expuestos a presentar trastornos como lo es la depresión. De este modo ayudamos en la solución de problemas de salud mental que son de relevancia dentro de nuestra ciudad, evitamos la aparición de nuevos casos de depresión y disfunción familiar, además de otros cuadros relacionados como la ansiedad, el consumo de drogas, etc. Al mejorar la salud mental y bienestar psicológico de los adolescentes, también ayudamos en la eficiencia de su aprendizaje académico, su futuro desenvolvimiento personal, en pareja, familiar, laboral y dentro de la sociedad.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018

1.4.2. Objetivos específicos

Establecer el nivel de funcionalidad familiar en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

Establecer el nivel de depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

Determinar el nivel de relación entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

1.5. Antecedentes del estudio

1.5.1. Antecedentes internacionales

Leyva-Jiménez, Hernández-Juárez, Nava-Jiménez y López-Gaona (2007) estudiaron la *Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar*, en México, teniendo como objetivo determinar la frecuencia de depresión y disfuncionalidad familiar en adolescentes. Los resultados indicaron que la frecuencia de depresión fue de 29.8%, esta se observa con más frecuencia en las familias rígidamente dispersas, y en los adolescentes sin depresión fueron más comunes las familias flexiblemente aglutinadas, estructuralmente aglutinadas y rígidamente aglutinadas. Los investigadores concluyeron que se identificó un porcentaje importante de depresión en los adolescentes. Este antecedente se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: se estudia el funcionamiento familiar y la depresión en una

población similar, además se utilizó la Escala de Funcionalidad Familiar de Olson; las diferencias radican en que la presente investigación se realizó en Tacna, el instrumento utilizado para medir la depresión fue el Inventario de Depresión de Beck Adaptado.

Zapata-Gallardo et al. (2007) estudiaron la *Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia*, en México, con el objetivo de conocer la frecuencia de depresión en el adolescente y su relación con las alteraciones de la funcionalidad familiar. Dentro de los principales resultados se encontró que el 33% de los encuestados fueron diagnosticados con disfunción familiar, clasificándose como moderada en 27.2% y grave en 5.9%. Treinta sujetos (4%) fueron diagnosticados con depresión y en 43.3% de los casos estuvo asociado a disfunción familiar. Concluyendo que, la frecuencia de depresión fue baja y no hubo asociación significativa con la disfunción familiar. Este antecedente se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: se estudia la depresión asociada a la disfunción familiar en una población similar, la diferencia radica en que la investigación se realizó en Tacna y los instrumentos utilizados son, para la depresión el Inventario de Depresión de Beck Adaptado y para el funcionamiento familiar la Escala de Funcionalidad Familiar de Olson.

Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez (2009) realizaron una investigación denominada *La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes*, teniendo por objetivo estimar la relación entre la depresión y los conflictos familiares en adolescentes que habitan en comunidades rurales y urbanas del Estado de Tlaxcala en la República Mexicana. Los resultados muestran que existe una correlación negativa moderada entre la depresión y la cohesión familiar en los participantes. Demostrando que, la carencia de redes de apoyo en el ambiente familiar de los adolescentes afecta en su proceso psicosocial, volviéndose un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión u otro tipo de conductas autodestructivas como la ideación suicida, las adicciones, embarazos precoces, etc. Este antecedente se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: se estudia la relación entre la depresión y una variable relacionada a la familia en una población similar, la diferencia radica en que la investigación se realizó en Tacna y los instrumentos utilizados son, para la depresión el Inventario de Depresión de Beck Adaptado y para el funcionamiento familiar la Escala de Funcionalidad Familiar de Olson.

Cogollo, Gómez, De Arco, Ruiz y Campo-Arias (2009) investigaron la *Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena*, en Colombia. Teniendo como objetivo establecer la asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica, en adolescentes estudiantes de un colegio en un sector de estrato bajo en Cartagena, Colombia. Como resultados encontraron que el 41% informaron disfuncionalidad familiar, y 41% presentaron síntomas depresivos con importancia clínica. Concluyendo, que la presencia de disfuncionalidad familiar y los síntomas depresivos con importancia clínica no guarda asociación significativa en estudiantes de estrato bajo. Este antecedente se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: se estudia la relación entre la disfunción familiar y la depresión en una población similar, la diferencia radica en que la investigación se realizó en Tacna y los instrumentos utilizados son, para la depresión el Inventario de Depresión de Beck Adaptado y para el funcionamiento familiar la Escala de Funcionalidad Familiar de Olson.

López, Fuentes, Palos y Oudhof (2012) estudiaron la *Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes*, en México. Teniendo como objetivo identificar la relación y el efecto de los sucesos vitales estresantes sobre los síntomas de depresión en adolescentes estudiantes de bachillerato, así como determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres. Se encontró una relación significativa entre síntomas de depresión y el grado de estrés de los sucesos vitales del área social. Además se encontró que el grado de estrés de las dimensiones de los sucesos vitales predice en 21% la presencia de síntomas de depresión en los adolescentes. Finalmente, concluyeron que el grado de estrés de los sucesos vitales se relaciona con la presencia de síntomas de depresión en los adolescentes. Además, el hecho de ser mujer y haber vivido algún suceso vital estresante se asocia a un mayor puntaje de síntomas de depresión. Este antecedente se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: se estudia la depresión en una población similar, la diferencia radica en que la investigación se realizó en Tacna, y se analizó la relación entre la variable depresión y funcionalidad familiar, los instrumentos utilizados son, para la depresión el Inventario de Depresión de Beck Adaptado y para el funcionamiento familiar la Escala de Funcionalidad Familiar de Olson.

Loján (2016) estudió la *Funcionalidad familiar asociada a depresión en adolescentes del Colegio Nacional Mixto 8 de Diciembre de la Parroquia San Pedro de la Bendita Loja en el periodo abril-agosto 2015*, en Ecuador. Teniendo por objetivo analizar la relación existente entre la funcionalidad familiar y la depresión en los adolescentes. Los resultados indicaron que 30.52% tiene una familia funcional; el 58.12% una familia moderadamente funcional; el 10.82% una familia disfuncional y el 0.32% una familia severamente disfuncional. Además, el 52.92 % no presenta depresión; 37.34% presenta depresión leve; 8.44% presenta depresión moderada y 1.30% severa. Concluyendo que no existe asociación significativa entre el nivel de funcionalidad familiar y la presencia de depresión. Este antecedente se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: se estudia la relación entre la variable depresión y funcionalidad familiar en una población similar, la diferencia radica en que la investigación se realizó en Tacna, y los instrumentos utilizados son, para la depresión el Inventario de Depresión de Beck Adaptado y para el funcionamiento familiar la Escala de Funcionalidad Familiar de Olson.

Díaz (2018) estudió la *Depresión y funcionamiento familiar en jóvenes universitarios*, en México. Su objetivo fue establecer la relación entre depresión y funcionamiento familiar en estudiantes universitarios de la Universidad Autónoma del Estado de México. Se encontró que los participantes presentaron niveles mínimos y nulos de depresión, mientras que el funcionamiento familiar es adecuado. Concluyendo que la relación entre la depresión y el funcionamiento familiar tiene una relación negativamente débil, entre mayor funcionalidad en la familia habrá mayor probabilidad de ausencia y niveles leves de depresión. Este antecedente se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: se estudia la funcionalidad familiar y la depresión, además se utilizó el Inventario de depresión de Beck; las diferencias radican en que la presente investigación se realizó en Tacna, en una población de adolescentes y el instrumento utilizado para medir el funcionamiento familiar la Escala de Funcionalidad Familiar de Olson.

1.5.2. Antecedentes nacionales

Arenas (2009) estudió la *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes*, en la ciudad de Lima, con el objetivo general de determinar la relación existente entre la funcionalidad familiar y la depresión en los y las adolescentes atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, encontrando que la presencia de depresión y la percepción de los niveles de funcionalidad familiar no se diferencian significativamente entre adolescentes varones y mujeres de la muestra, en cuanto a la presencia o ausencia de depresión en los adolescentes según sexo no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, no obstante la frecuencia de depresión en las mujeres se observó que era mayor que en los varones, respecto a los niveles de funcionalidad que perciben los adolescentes de ambos géneros no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, ya que la mayoría de los evaluados, independiente del género, perciben un nivel de rango medio en la funcionalidad familiar. Finalmente, se concluyó que la percepción de los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en adolescentes no presenta relación significativa en la muestra estudiada. Este antecedente se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: se estudia la relación entre la depresión y la funcionalidad familiar en una población similar, la diferencia radica en que la investigación se realizó en Tacna y los instrumentos utilizados son, para la depresión el Inventario de Depresión de Beck Adaptado y para el funcionamiento familiar la Escala de Funcionalidad Familiar de Olson.

Soria (2013) estudió la *Depresión asociada a interacción familiar y rendimiento académico en adolescentes universitarios*, con el objetivo de determinar los niveles de depresión en adolescentes universitarios y su relación con el nivel de funcionamiento familiar y su rendimiento académico. Dentro de los principales resultados se encontró que el 63% de adolescentes se clasificó en depresión moderada y 16% en severa, con funcionamiento familiar en nivel medio 55%, observándose igual comunicación con el padre y madre, predominando un rendimiento de nivel bueno 60.7% y entre ellos el 39.3% se clasificó en depresión moderada. La depresión (física, social y psicológica), la interacción familiar (cohesión y adaptabilidad) y los niveles de comunicación familiar no están relacionados. Llegando a las siguientes

conclusiones, existe una alta frecuencia de depresión en los adolescentes, independiente de su funcionamiento e interacción familiar y rendimiento académico. Este antecedente se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: se estudia la depresión y la interacción familiar (cohesión y adaptabilidad) en una población similar, la diferencia radica en que la investigación se realizó en Tacna y los instrumentos utilizados son, para la depresión el Inventario de Depresión de Beck Adaptado y para el funcionamiento familiar la Escala de Funcionalidad Familiar de Olson.

Cartagena (2014) investigó la *Dinámica familiar relacionada a la depresión rasgo-estado en adolescentes de 3ro a 5to de secundaria, en la I.E. Horacio Zeballos Gámez, Arequipa-2014*, con el objetivo de determinar la relación entre la dinámica familiar con la depresión rasgo-estado en los adolescentes de la Institución Educativa Horacio Zeballos Gámez. Los resultados indican que, a nivel global la dinámica familiar que predomina es la de rango medio con 51.2%, luego las familias de rango extremo en 37.8% y las familias balanceadas con 11%, con relación a la depresión rasgo-estado, en la sub escala estado el 62.2% se encuentra en un nivel medio de depresión, 32.9% en un nivel alto y 4.9% en nivel bajo; en la subescala rasgo el 55.4% se encuentra en un nivel alto; 39.7% en nivel medio y 4.9% en un nivel bajo. Finalmente se concluye que existe relación entre las variables dinámica familiar y depresión rasgo-estado. Este antecedente se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: se estudia la depresión en relación a la dinámica familiar en una población similar, utilizando la Escala de Funcionalidad familiar de Olson, y la diferencia radica en que la investigación se realizó en Tacna, y el instrumento utilizado para la depresión fue el Inventario de Depresión de Beck Adaptado.

Torrel y Delgado (2014) investigaron el *Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla-Tumbes, 2013*, cuyo objetivo era determinar la relación entre el funcionamiento familiar y la depresión, los principales resultados muestran que el 60.2% son familias disfuncionales; 26.1% son familias moderadamente funcionales y 13.6% familias severamente disfuncionales. En cuanto al nivel de depresión el 55.7% presenta niveles normales, 33% depresión ligera y el 11.4% depresión moderada. Finalmente se concluye que, si existe una relación significativa entre el nivel de funcionalidad familiar y la presencia o ausencia de depresión. Este antecedente se relaciona con la presente investigación en los siguientes

puntos: se estudia la funcionalidad familiar en relación a la depresión en una población similar, y la diferencia radica en que la investigación se realizó en Tacna, y los instrumentos utilizados fueron, para la depresión el Inventario de Depresión de Beck Adaptado y para el funcionamiento familiar la Escala de Funcionalidad Familiar de Olson.

Ochoa (2015) estudió la *Relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la academia preuniversitaria Alexander Fleming Arequipa 2015*, cuyo objetivo era determinar la relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la academia preuniversitaria Alexander Fleming. Los principales resultados que obtuvieron fueron los siguientes, respecto del funcionamiento familiar 25.6% son familias de tipo balanceada, 57.5% de rango medio y 16.9% familias de tipo extrema; en cuanto a los niveles de depresión 58.7% presentaron depresión entre leve y moderada, encontrando que sí existe relación entre el funcionamiento familiar y la depresión en adolescentes. Concluyendo, que mientras más extremo sea el tipo de familia mayor será el grado de depresión. Este antecedente se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: se estudia el funcionamiento familiar en relación a la depresión en una población similar, además del uso de la Escala de Funcionalidad Familiar de Olson, y la diferencia radica en que la investigación se realizó en Tacna, y el instrumento utilizado para la depresión fue el Inventario de Depresión de Beck Adaptado.

Araujo (2016) estudió la *Cohesión y adaptabilidad familiar y depresión en adolescentes de una I.E. de Lima*, su objetivo era describir la relación entre cohesión y adaptabilidad familiar y la presencia de depresión en adolescentes de una Institución Educativa de Lima, los resultados principales fueron los siguientes, en cuanto al tipo de cohesión familiar, el más frecuente fue el tipo conectada con 41%, en la dimensión de adaptabilidad la más frecuente fue la de tipo estructurada con 43%, y con respecto a la presencia de depresión, 53% no presenta indicadores de depresión, 36% si presentaba síntomas depresivos y 11% se encontraba con depresión mayor. Finalmente se concluye, que si existe una relación estadísticamente significativa entre los tipos de cohesión familiar y la depresión en los adolescentes. Este antecedente se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: se estudia la cohesión y adaptabilidad familiar, variable relacionada al funcionamiento familiar y la depresión en una población similar, además del uso de la Escala de Funcionalidad

Familiar de Olson, y la diferencia radica en que la investigación se realizó en Tacna, y el instrumento utilizado para la depresión fue el Inventario de Depresión de Beck Adaptado.

Cristobal (2017) investigó el *Funcionamiento familiar y la depresión en estudiantes de la Institución Educativa Héroes de Jactay, Huanuco-2016*, con el objetivo de conocer la relación entre el clima social familiar y los síntomas depresivos de los estudiantes de la Institución Educativa Héroes de Jactay. Es así que respecto a la funcionalidad familiar y depresión, los evaluados con una mejor funcionalidad familiar tienden a mostrar un menor grado de depresión. Concluyendo que, existe relación entre el funcionamiento familiar y los síntomas depresivos en los adolescentes. Este antecedente se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: se estudia la depresión en relación a funcionalidad familiar en una población similar, y la diferencia radica en que la investigación se realizó en Tacna, y los instrumentos utilizados son, para la depresión el Inventario de Depresión de Beck Adaptado y para el funcionamiento familiar la Escala de Funcionalidad Familiar de Olson.

Sánchez y Sánchez (2017) estudiaron la *Depresión y Funcionalidad Familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas secundaria de menores N°6010227 San Juan Bautista 2016*, con el objetivo de determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes de las instituciones educativas públicas de menores N°6010227 del distrito de San Juan Bautista. Encontrando que, el 17.2% de adolescentes tiene un nivel de depresión leve a moderado, y el 14.4% un nivel de depresión moderado a intenso; en cuanto a la funcionalidad familiar, el 12.6% tiene un funcionamiento normal, 34.2% disfunción leve, disfunción moderada el 32.9% y disfunción severa 20.3%. Concluyendo que existe una relación significativa entre los niveles de depresión y la funcionalidad familiar. Este antecedente se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: se estudia la depresión en relación a la funcionalidad familiar en una población similar, la diferencia radica en que la investigación se realizó en Tacna, los instrumentos utilizados son, para la depresión el Inventario de Depresión de Beck Adaptado y para el funcionamiento familiar la Escala de Funcionalidad Familiar de Olson.

Vargas (2018) estudió el *Funcionamiento familiar y su relación con la depresión en adolescentes internados en el hospital de emergencias pediátricas, octubre-diciembre, año 2017*, en Lima, con el objetivo de determinar la relación entre el funcionamiento familiar y depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, obtuvo como resultados que el 67.9% presentaba funcionalidad familiar en rango medio, 19.8% funcionalidad extrema y 12.3% funcionalidad balanceada, en cuanto a la depresión, 66.7% no presentaba depresión, 19.8% presentaba depresión leve, 11.1% depresión moderada y 2.5% depresión grave. Concluyendo que si existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión, observando que a mayor depresión las familias son extremas, y con depresión leve o sin depresión corresponde a familiar balanceadas o de rango medio. Este antecedente se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: se estudia la depresión en relación a la funcionalidad familiar en una población similar, y los instrumentos utilizados para la depresión fueron el Inventario de Depresión de Beck Adaptado y para el funcionamiento familiar la Escala de Funcionalidad Familiar de Olson, la diferencia radica en que la investigación se realizó en Tacna.

1.5.3. Antecedentes regionales

Valverde (2011) realizó una investigación denominada *Violencia escolar o bullying relacionado con el funcionamiento familiar, adolescentes de la I.E. "Mariscal Cáceres" Tacna 2011*, con el objetivo de determinar la relación entre la violencia escolar o bullying con el funcionamiento familiar en adolescentes de educación secundaria de la Institución Educativa "Mariscal Cáceres", donde obtuvo como resultados que existe una relación significativa entre el bullying y el funcionamiento familiar, el nivel de violencia escolar predominante es el moderado (42%), seguido del severo (38%). Además se encontró que la mayoría de los adolescentes provienen de familias disfuncionales (50%) y severamente disfuncionales (24%), encontrando mayor dificultad en la comunicación, permeabilidad y armonía. Concluyendo que existe una relación significativa entre las variables bullying o violencia familiar con el funcionamiento familiar de los adolescentes. Este antecedente se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: se estudia la funcionalidad familiar en una población similar y en la

misma ciudad, la diferencia radica en que la investigación busca la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión y los instrumentos utilizados fueron, para la depresión el Inventario de Depresión de Beck Adaptado y para el funcionamiento familiar la Escala de Funcionalidad Familiar de Olson.

Cruz (2013) estudió los *Factores de riesgo y su relación con la salud mental de las estudiantes del quinto grado de educación secundaria de la I.E. María Ugarteche de Mac-Lean de Tacna 2012*, con el objetivo de determinar la relación de los factores de riesgo con la salud mental de las estudiantes del quinto grado de educación secundaria de la I.E. María Ugarteche de Mac – Lean de Tacna 2012, obteniendo como resultado que los factores de riesgos más relevantes son el tipo de familia y funcionalidad familiar, y que estos tienen relación significativa con la alta probabilidad de padecer un trastorno depresivo; por otro lado, el enamoramiento y lugar de procedencia presentan una leve relación con el consumo de alcohol, mientras que el trastorno convulsivo y psicótico no evidenciaron asociación a los factores de riesgo. Este antecedente se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: se realizó el estudio en una población similar y en la misma ciudad, la diferencia radica en que se estudia específicamente las variables funcionalidad familiar y depresión, los instrumentos utilizados son, para la depresión el Inventario de Depresión de Beck Adaptado y para el funcionamiento familiar la Escala de Funcionalidad Familiar de Olson.

Flores (2014) estudió el *Funcionamiento familiar y su relación con las conductas de riesgo en adolescentes del nivel secundario, Institución Educativa Enrique Pallardelle Tacna-2013*, cuyo objetivo era determinar la relación entre el funcionamiento familiar y las conductas de riesgo en adolescentes. Los principales resultados mostraron que, en cuanto al funcionamiento familiar, el 37.2% percibe a su familia como moderadamente funcional, 26.8% como funcional, 30% familia disfuncional y 6% familia severamente disfuncional; y en cuanto a las conductas de riesgo, 63.7% no consume bebidas alcohólicas y el 36.3% si consume, en relación al consumo de tabaco, el 74.4% no consume y el 25.6% si consume. También se observa que 91.1% no consumen drogas ilegales y un 8.9% si consume. Por otro lado se observa que el 71.4% de los adolescentes no iniciaron sus relaciones sexuales y el 28.6% si las han iniciado. Concluyendo que, si existe una relación significativa entre el funcionamiento familiar y las conductas de riesgo, es decir que a mayor

funcionalidad familiar menor es la aparición de conductas de riesgo en el adolescente. Este antecedente se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: se estudia la funcionalidad familiar en una población similar y en la misma ciudad, la diferencia radica en que la investigación busca la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión y los instrumentos utilizados fueron, para la depresión el Inventario de Depresión de Beck Adaptado y para el funcionamiento familiar la Escala de Funcionalidad Familiar de Olson.

Salinas (2017) estudió el *Análisis del porcentaje de familias funcionales de adolescentes gestantes en el distrito Gregorio Albarracín de Tacna 2016*, con el objetivo de analizar el porcentaje de familias funcionales de adolescentes gestantes que acudieron al Centro de Salud San Francisco del distrito Gregorio Albarracín de Tacna en el período 2016, los resultados muestran que, el 91.18% de adolescentes gestantes tienen una familia de tipo disfuncional, con respecto al área de adaptación 76.47% presentaban disfuncionalidad familiar; de las cuales 38.24% era de grado leve, en el área de participación el 82.35% tiene disfunción familiar, donde 38.24% fue leve. En el área de crecimiento el 67.65% poseía disfuncionalidad familiar, de las cuales el 44.12% fue leve. En el área de afecto el 88.24% presentaba disfuncionalidad familiar, el 32.35% fue leve y 32.5% moderada. En el área de recursos el 88.24% presento disfuncionalidad familiar, el 35.29% fue moderado. Concluyendo que la mayoría de las adolescentes embarazadas percibe disfunción familiar presente en las cinco áreas, siendo el grado de disfuncionalidad leve el de mayor frecuencia. Este antecedente se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: se estudia la funcionalidad familiar en una población similar y en la misma ciudad, la diferencia radica en que la investigación busca la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión y los instrumentos utilizados serán, para la depresión el Inventario de Depresión de Beck Adaptado y para el funcionamiento familiar la Escala de Funcionalidad Familiar de Olson.

1.6. Definiciones operacionales

1.6.1. Familia

La familia es el conjunto de personas vinculadas por lazos estables de tipo consanguíneo, marital, afectivo, sociocultural, económico, contractual y de convivencia. Su objetivo es el de satisfacer necesidades fundamentales del grupo y cumplir con funciones que le son encomendadas histórica y socialmente (Clavijo, 2002). Entonces, la familia es el grupo de personas con las que se comparten vínculos, es el medio por el cual se satisfacen necesidades y se cumplen funciones, por lo tanto será de influencia en el desarrollo de la persona. Para la investigación este concepto está implícito con la percepción de la funcionalidad familiar de los estudiantes que han sido parte de este estudio.

1.6.2. Funcionalidad familiar

La funcionalidad familiar es definida por el cumplimiento de las funciones básicas necesarias para generar individuos válidos para la sociedad en que viven, respetando la estructura creada y siendo capaces de superar con éxito las diferentes etapas del ciclo vital, a través de la comunicación abierta en la que prevalezca el respeto y el manejo adecuado de las emociones (Bermúdez y Brik, 2010). La funcionalidad familiar es el conjunto e interacción de las funciones que cumple cada miembro de la familia, la estructura que se forma con cada uno y la capacidad de avanzar a través de diferentes etapas. Para la presente investigación se han considerado los siguientes niveles: rango balanceado, rango medio y rango extremo.

1.6.3. Depresión

La depresión es un tipo de alteración del estado de ánimo, caracterizado por su disminución, donde se presentan distintos niveles de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer al realizar actividades habituales, acompañado de diversos

síntomas psíquicos (tristeza, alteraciones de la concentración, memoria, etc.) y físicos (disminución de la libido, aumento o descenso de peso, etc.) (Retamal, 1998). Esta alteración del estado de ánimo puede estar presente en los adolescentes, afectando su desenvolvimiento en diferentes áreas como la académica, cuidado personal, recreacional y social. Para la presente investigación se han considerado los siguientes niveles: depresión mínima, depresión leve, depresión moderada y depresión grave.

1.6.4. Adolescencia

Es una etapa de transición entre la niñez y la adultez, aproximadamente desde los 11 hasta los 19 o 20 años, implica cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales, adoptando formas variadas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos (Papalia, Duskin y Martorell, 2012). Para la investigación, este concepto nos ayuda a definir la población de estudio de la presente investigación, además de considerar características específicas de tal población.

CAPÍTULO II

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Para comprender el significado de la funcionalidad familiar es necesario analizar que es la familia, cuáles son sus funciones, sus características como sistema y estructura.

2.1. La familia

La familia es el conjunto de personas vinculadas por lazos estables de tipo consanguíneo, marital, afectivo, sociocultural, económico, contractual y de convivencia. Su objetivo es el de satisfacer necesidades fundamentales del grupo y cumplir con funciones que le son encomendadas histórica y socialmente (Clavijo, 2002).

Así mismo, se puede entender como la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia que se quiere duradero, donde se generan fuertes sentimientos de pertenencia, un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia (Rodrigo y Palacios, 2009).

Y también, es comprendida como una unidad social y un sistema abierto en constante transformación, que hace frente a etapas y tareas del desarrollo, según los parámetros de las diferentes culturas (Minuchin, 1974).

En este sentido Valdés (2007) destaca los siguientes criterios para definir la familia:

- Consanguinidad o parentesco, son aquellas personas que tienen lazos consanguíneos, viviendo o no en la misma casa.
- Cohabitación, son aquellos que viven bajo el mismo techo, independientemente de sus vínculos consanguíneos o no.
- Lazos afectivos, son aquellos que tienen una relación afectiva estrecha, sin necesidad de consanguinidad, parentesco o que vivan bajo el mismo techo.

2.1.1. Funciones de la familia

Existen diversos puntos de vista acerca de las funciones de la familia, dichas funciones pueden ser indicadores en la evaluación de la funcionalidad o disfuncionalidad de familia.

Es importante tener en cuenta que las funciones de la familia cambian a medida que se modifica la sociedad, por esto asume dos objetivos distintos; la protección y el desarrollo psicosocial de sus miembros y la acomodación a la sociedad, garantizando la continuidad de esa cultura (Minuchin, 1974).

Respecto de esto, Palacios y Rodrigo (2009) consideran que todos los miembros de la familia deben cumplir las siguientes funciones:

- Construir personas adultas con autoestima, sentido de sí mismo y cierto nivel de bienestar psicológico.
- Enseñar a afrontar retos, asumir responsabilidades y compromisos.
- Ser un punto de encuentro intergeneracional.
- Servir de apoyo para las diversas transiciones vitales: búsqueda de pareja, de trabajo, de vivienda, de nuevas relaciones sociales, jubilación, vejez, etc.

En cuanto a la familia como agente de crianza y socialización de los hijos, hacen referencia a lo que significa ser padre y madre:

- Poner en marcha un proyecto vital educativo, que empieza con la transición a la paternidad y la maternidad, continúa con la crianza y socialización de los hijos pequeños, luego el sostenimiento y apoyo de los hijos durante la adolescencia, la salida de los hijos del hogar, y finalmente un nuevo encuentro con los hijos a través de los nietos.
- Centrarse en una intensa implicación personal y emocional, además de invertir esfuerzo en el proyecto vital educativo.
- Añadir contenido a ese proyecto educativo durante el proceso de crianza y educación de los hijos.

Y en cuanto a las funciones básicas en relación con los hijos, hasta el momento en que se puedan desarrollar independientemente son:

- Asegurar su supervivencia, su sano crecimiento y socialización a través de la comunicación, diálogo y simbolización.
- Aportar un clima de afecto y apoyo sin los cuales el desarrollo psicológico no resulta posible.
- Aportar la estimulación que genere en ellos la capacidad para relacionarse eficazmente con su entorno físico y social, y así responder a las demandas y exigencias de su entorno.
- Decidir sobre la apertura hacia otros contextos educativos, con quienes se comparte la educación de los niños.

Por otro lado, Valdés (2007) refiere que una de las funciones esenciales de la familia es permitir la aparición de cambios que permitan la expansión y el desarrollo vital de sus integrantes; en general estos cambios abarcan:

- Cambios en los límites, reglas, alianzas y normas entre los miembros de la familia.
- Cambios entre miembros de la familia, que ocurren en relación con límites, reglas, alianzas, y normas.
- Cambios determinados por factores sociales, que facilitan el ajuste de la familia a su contexto.

2.1.2. La familia como sistema

Desde esta perspectiva, la familia funciona como un sistema abierto, que intercambia información con su entorno y que es modificada por este, al mismo tiempo que lo modifica (Valdés, 2007). Es una totalidad y no solo la suma de sus miembros; es decir, los cambios que tenga algún miembro del sistema afectarán a los demás, ya que sus acciones están conectadas por pautas de interacción (Feixas y Miró, 1993 citado en Valdés, 2007).

Además, Valdés explica que existen conceptos involucrados en la comprensión de la familia como sistema:

- La permeabilidad, es el grado de apertura de la familia a los contextos que lo rodean.
- La circularidad, es la interacción de los miembros de la familia, y explica los cambios que genera un miembro de la familia en los demás.
- La retroalimentación, es la búsqueda del equilibrio entre mantener ciertas pautas y estructuras, y la necesidad de modificarse ante las demandas por los cambios dentro del sistema o por el ambiente.
- La equifinalidad, explica que diversas causas pueden generar un mismo efecto, ya que los cambios de un sistema pueden ser generados por las características de la relación entre sus componentes, que por la naturaleza misma del cambio.

2.1.3. Estructura familiar

Es vital entender la estructura familiar ya que es el conjunto de demandas funcionales (expectativas explícitas o implícitas) que organizan el modo en que interactúan los miembros de la familia. (Minuchin, 1990 citado en Garibay, 2013). La familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales, regulando la conducta de los miembros de la familia. Dicha estructura es relativamente fija y estable, proporciona una base para la familia en sus tareas y funciones, la protege de fuerzas externas y les da sentido de pertenencia a sus miembros. Al mismo tiempo debe ser variable y flexible, acomodándose a diversas situaciones y distintas etapas del desarrollo de la familia, facilitando el desarrollo familiar y la individuación (Minuchin, 1977 citado en Hidalgo y Carrasco, 2002).

Las familias deben tener una estructura con la capacidad de modificarse al enfrentar las distintas situaciones vitales. De esta manera se aprecia la funcionalidad de una familia, observando la permanencia o el cambio, dependiendo de lo que sea más útil para su adaptación. La familia es más competente si además de poseer pautas transaccionales habituales, posee pautas alternativas que le permitan una reestructuración más rápida ante nuevas demandas (Valdés, 2007).

A continuación se describen conceptos que nos ayudarán a entender el sistema y la dinámica familiar:

2.1.3.1. Autoridad y poder en la familia. Para el buen funcionamiento familiar es necesaria una estructura de autoridad bien delimitada, en las estructuras familiares los padres ejercen esta autoridad y poder, su origen se debe a la legitimización social, el conocimiento, las habilidades, la posibilidad de otorgar recompensas y castigos, así como las características de personalidad (Kreitner et al, 1998 citado en Valdés, 2007). Para ejercer eficientemente su autoridad deben apoyar la autoridad del otro, además deben entender que la autoridad es totalmente asimétrica mientras los hijos son pequeños, y a medida que los hijos crecen dicha autoridad será más simétrica como resultado del desarrollo físico, emocional e intelectual de los hijos y de su necesidad de individuación (Valdés, 2007).

2.1.3.2. Reglas y límites. Las reglas son acuerdos que limitan los comportamientos individuales, organizando su interacción en un sistema (Jackson, 1957 citado en Valdés, 2007). Estas reglas se construyen para mantener la “homeostasis familiar”, que además requiere de una larga y cuidadosa observación. Otro elemento esencial para entender la estructura de la familia son los límites entre los subsistemas que la componen, son las reglas de quienes participan y la manera en que regulan las pautas de proximidad y jerarquía entre sus miembros. Es la frontera psicológica que pauta los modelos de relación, de comunicación y vínculo emocional.

2.1.3.3. Alianzas y coaliciones. Las alianzas son nexos no patológicos entre los integrantes de la familia, para dar solución a problemas, estos nexos son flexibles, cambian con relación al contexto y las necesidades de los integrantes, no tienen como propósito el enfrentamiento aunque en algunos casos lo provoquen. La coalición es una relación entre al menos tres personas que forman parte de un sistema, donde hay una alianza de dos de ellos contra un tercero (Valdés, 2007). Las coaliciones se originan no solo para obtener ganancias, sino también por un “interés” de mantener el equilibrio dentro del sistema familiar (Caplow, 1968 citado en Valdés, 2007).

2.2. Funcionalidad familiar

Al estudiar el funcionamiento de la familia, es necesario dejar de lado la generalización; pues existen diversos tipos de familia, y el concepto de funcionalidad se va modificando y adaptando a los cambios sociales que esta enfrenta. Por lo tanto, la funcionalidad no es un estado permanente, pues la familia frecuentemente está expuesta a disfunciones o desequilibrios. La categorización funcional o disfuncional son para seleccionar que familias deben estar sujetas o no a intervención.

Desde la concepción de la familia como sistema que se desenvuelve en contextos sociales específicos, se considera a la familia un sistema sociocultural abierto, en proceso de transformación, a través de diversas etapas, que se adapta a las circunstancias, manteniendo una continuidad y fomentando el crecimiento psicosocial de cada miembro. Por estas razones todas las familias enfrentan situaciones de tensión, y tanto las familias saludables como las familias enfermas enfrentan problemas (Minuchin, 2013, citado por Sánchez y Sánchez, 2017).

El análisis del funcionamiento familiar está relacionado con la evaluación de la estructura familiar y la claridad de sus límites, es decir las reglas que protegen la diferenciación del sistema y sub sistemas al interior de la familia (Minuchin y Fischman, 1984 citado en Hidalgo y Carrasco, 2002). El funcionamiento normal de la familia implica como mínimo tres aspectos: un grado de claridad o difusión de los límites, la existencia de una jerarquía y la diferenciación suficiente entre los miembros (Minuchin, 1974 citado en Garibay, 2013).

Entonces, se entiende que la familia es funcional en la medida que establece vínculos afectivos entre sus miembros y promueve el desarrollo progresivo de la autonomía (cohesión); además de ser capaz de cambiar su estructura ante las dificultades evolutivas (adaptabilidad) (Olson, Sprenkle y Russel, 1989). Estas dos dimensiones son facilitadas u obstaculizadas por la forma de comunicarse (Olson, Portner y Lavee, 1985). Así mismo, Romero y Solano (2005), refieren que el sistema familiar debe permitir el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros; además de la flexibilidad de las reglas y roles para la solución de conflictos. De igual forma es importante que exista una comunicación clara, coherente y afectiva

que permita compartir los problemas; pues la familia debe ser capaz de adaptarse a los cambios, ya que funciona adecuadamente cuando no existe rigidez.

Es así que, el funcionamiento familiar saludable hace posible la satisfacción de las necesidades afectivas y emocionales, promueve el proceso de socialización de sus miembros y el establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales, junto con las condiciones adecuadas para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual (Ares, 2002).

La unión entre los miembros de la familia, proporciona un sentido de unidad y pertenencia, a través de la internalización del respeto, amor, interés de unos por otros, compartiendo valores y creencias. Estos vínculos emocionales son necesarios para la sobrevivencia del sistema (Ramírez, 2004). Y esta unión física y emocional permitirá enfrentar diferentes situaciones y tomar decisiones sobre las tareas cotidianas (Herrera, 1997).

Por otro lado, la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (Soriano, De la Torre, Soriano, 2003). Dichas etapas se inician con la formación de la pareja y terminan con la muerte de ambos miembros, estas contienen diversos momentos en los cuales pueden aparecer tensiones y conflictos entre sus miembros (Duvall, 1988, citado por Sánchez y Sánchez, 2017).

En cada situación, la efectividad de los miembros de la familia para cumplir con sus funciones básicas y satisfacer sus necesidades individuales y colectivas es crucial (Clavijo, 2002). En el grado que la familia cumpla o deje de cumplir sus funciones se habla de familia funcional o disfuncional, siendo además un factor determinante en la conservación de la salud o aparición de la enfermedad entre sus miembros (Soriano, De la Torre, Soriano, 2003).

Los procesos de cambio que faciliten la adaptación familiar ante cualquier tipo de tensión, sea interna o externa repercutirán en la funcionalidad del sistema; la familia requiere de estos procesos, para transformar reglas e interacciones (Coates, 1997, citado por Álvarez y Maldonado, 2017). Y que estas no sean rígidas, ni se impongan, sino que sean claras, se complementen y se cumplan a conciencia por los miembros (Ares, 2002).

Este proceso de adaptación mantendrá la continuidad del sistema y el crecimiento de sus miembros, ocurriendo mediante la homeostasis familiar y su capacidad de transformación (Coates, 1997, citado por Álvarez y Maldonado, 2017). La homeostasis familiar está relacionada con el medio donde se instaura e interactúa, por lo que pueden encontrarse frecuentemente familias disfuncionales en contextos también disfuncionales (Espinal, Gimeno y González, 2004).

Por otro lado, la funcionalidad familiar se caracteriza por un modo de comunicación abierto, que le permite a la familia afrontar conflictos y diferencias, alcanzando un grado de intimidad que favorezca la unidad del sistema, los miembros de la familia se manifiestan sin temor por la confianza que existe, pues saben que ante los problemas obtendrán el apoyo del resto de la familia (Bermúdez y Brik, 2010). La comunicación en el sistema familiar tiende a ser clara, directa y congruente, lo que ayuda en la búsqueda de soluciones de los problemas comunes, y no para agredirse mutuamente (Sánchez y Sánchez, 2017). Además, permite el intercambio de información, facilita la retroalimentación entre los miembros y determina el modo de funcionamiento familiar (Fuentes y Merino, 2016).

Así también, el deterioro del funcionamiento familiar, está relacionado con la acumulación de tensiones y estresores familiares (Duvall, 1988, citado por Sánchez y Sánchez, 2017). Cuando la estructura familiar es inadecuada, y el grupo familiar o alguno de sus miembros afronta un momento de estrés que rebasa sus fuerzas, la familia se estanca en su desarrollo, se repliega sobre sí misma y se cierra a la posibilidad de experimentar nuevas formas de interacción más adecuadas para el momento por el que atraviesan (Fuentes y Merino, 2016). La escasa comunicación entre los miembros de la familia, es también uno de los factores que provoca la disfuncionalidad, pues la comunicación es autoritaria y dictatorial (Ruiz, 2001 citado por Molleda y Rodríguez, 2016).

La disfuncionalidad se puede hacer evidente a través del desajuste social, donde existe con frecuencia sufrimiento psicológico, demostrado a través de emociones, sentimientos y conductas negativas (Clavijo, 2002). También puede significar dolor y agresión, ausencia de bienestar, deterioro y posible desintegración (Cari y Zeballos, 2017). Incluso puede producir síntomas de enfermedad, desencadenar crisis, agravar algún trastorno e incluso convertirlo en crónico, hasta influir desfavorablemente en la

evolución de cualquier tipo de tratamiento y rehabilitación (Revilla, 1991, citado por Ortiz, 1999).

2.2.1. Indicadores de la funcionalidad familiar

Hay diversas perspectivas acerca de la evaluación del funcionamiento de la familia, algunos indicadores se han mantenido a largo del tiempo, mientras que otros han cambiado con la finalidad de lograr una mejor comprensión y aportar en el desarrollo de instrumentos que puedan medirla.

En este sentido, Friedemann (1995 citado en Castilla, Caycho, Shimabuhuro y Valdivia, 2014) afirma que un sistema familiar es funcional si hay congruencia en cuatro procesos familiares:

- Coherencia, es el sentido de unidad y pertenencia familiar, a través de la internalización del respeto, amor, interés de uno por otros, valores y creencias.
- Individuación, es el desarrollo de la identidad personal, mediante la comunicación con otros sistemas, el cumplimiento de roles y responsabilidades, favoreciendo el desarrollo de talentos, iniciativas, conocimientos y la apertura al entendimiento.
- Mantenimiento del sistema, son las estrategias de la vida familiar y personal que proveen de un sentido de seguridad y autonomía.
- Cambios del sistema, comprende la incorporación de nuevos conocimientos para asumir diferentes conductas frente a presiones personales, familiares y del ambiente.

Dentro del sistema familiar, Herrera (1997) plantea los siguientes indicadores para medir el funcionamiento:

- Cumplimiento eficaz de sus funciones (económica, biológica y cultural-espiritual).
- Promueve el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros.

- Permite la flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos.
- Posee una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas.
- Cuenta con la capacidad de adaptarse a los cambios.

Por otro lado, Ares (2002) afirma que los siguientes indicadores nos proporcionan un análisis efectivo de la funcionalidad:

- Presencia de límites y jerarquías claras
- Respeto al espacio físico y emocional de cada miembro
- Reglas flexibles pero claras y precisas
- Capacidad de reajuste ante los cambios
- Posibilidad de expresar sentimientos
- Comunicación clara y directa
- Lealtad y pertenencia sin perder la identidad y autonomía
- Adecuada distribución de roles
- Adecuadas estrategias para resolver situaciones de conflicto

Para Clavijo (2002) la familia funcional presenta los siguientes indicadores:

- Satisface las necesidades esenciales de sus miembros, en lo que dependa de ella.
- Desarrolla adecuadamente sus funciones.
- Son compatibles en los intereses básicos de sus miembros en forma justa, y actúan de acuerdo con el rol de cada uno.
- El lenguaje racional y emocional fluyen sin grandes contradicciones, la comunicación es clara, directa, adecuada, oportuna y sincera.
- Facilita la expresión de las emociones y los sentimientos, se respeta el status, autoridad y jerarquía de cada uno.
- Existe armonía en la consecución de las metas, además de ser adecuadas y accesibles.
- Existe respeto mutuo, se promueve la autonomía y la espontaneidad
- Existen reglas familiares adecuadas que no interrumpen la individualidad y la autonomía.
- Estimula las relaciones humanas, el desarrollo personal y la creatividad.

- Favorece vínculos constructivos y armónicos con su medio ambiente natural y sociocultural.

2.2.2. Dimensiones del funcionamiento familiar

El funcionamiento familiar se puede evaluar a través de tres dimensiones que se consideran frecuentemente en diferentes enfoques de terapia familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación (Olson, Sprenkle y Russel, 1989).

2.2.2.1. Cohesión. Es una de las dimensiones centrales de la dinámica familiar, se refiere al vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí y el nivel de autonomía individual que tiene la persona en su familia. Algunas variables para medir y diagnosticar esta dimensión son: la vinculación emocional, apoyo, límites, tiempo, amigos, intereses, recreación, compromiso familiar, individualidad, toma de decisiones (Baquerizo, 2017; Cari y Zeballos, 2017; Olson, Portner y Lavee, 1985; Puente, 2013; Zambrano, 2011). Así mismo, es la dimensión mediante la cual las familias regulan la separación y unión emocional entre cada uno de sus miembros (Hendrie, 2015).

Dentro de esta dimensión se encuentran cuatro niveles de cohesión: desprendida, separada, unida y enredada (Olson, Portner y Lavee, 1985).

Desprendida. Se puede observar ausencia de unión afectiva entre los familiares, poca lealtad a la familia, poca interacción entre sus miembros, falta de cercanía parento-filial, alta independencia personal, rara vez pasan el tiempo juntos, necesidad y preferencia por espacios separados, toman decisiones independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales y recreación individual.

Separada. Presenta moderada unión afectiva entre los familiares, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con cierto sesgo hacia la independencia, separación emocional, lealtad familiar ocasional, se acepta el involucramiento pero se prefiere la distancia personal, los límites parento-filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos, se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados,

compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses son distintos, la recreación se lleva a cabo más separada que en forma compartida.

Unida. Existe cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada, se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros, con cercanía parento-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefieren los intereses comunes, se prefiere la recreación compartida más que la individual. Son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia.

Enredada. Se observa cercanía emocional extrema, se demanda fidelidad y lealtad hacia la familia, el involucramiento es altamente simbiótico, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común, se expresa la dependencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, se dan coaliciones parento-filiales, hay falta de límites generacionales, falta de separación personal, la mayor parte del tiempo lo pasan juntos, se permite poco tiempo y espacio privado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia más que los personales, los intereses conjuntos se dan por mandato.

Para Olson los niveles balanceados (separada y unida) tienen un funcionamiento familiar óptimo, mientras que los niveles desbalanceados (desprendida y enredada) son disfuncionales para las relaciones a largo plazo.

2.2.2.2. Adaptabilidad. Es la capacidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, roles y reglas ante los cambios. Para medir y diagnosticar esta dimensión se evalúan: el liderazgo, control, disciplina, roles y reglas (Olson, Portner y Lavee, 1985). Así mismo, son todas las estrategias y recursos utilizados en la vida diaria, donde el sistema es flexible y capaz de adaptarse a los cambios provocados de forma interna o externa a lo largo del ciclo vital (Hendrie, 2015).

También hay 4 niveles de adaptabilidad: caótica, flexible, estructura y rígida. (Olson, Portner y Lavee, 1985).

Caótica. Se refiere a la ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. Las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en los mismos, frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente.

Flexible. Se da un liderazgo y roles compartidos, disciplina algo severa y democrática negociándose sus consecuencias, el liderazgo es igualitario, permite cambios, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian.

Estructurada. El liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario así como los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan. La disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, los padres toman las decisiones, las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian.

Rígida. Hay liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios. Existe fuerte control parental, y su aplicación es severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio.

Los niveles extremos (caótica y rígida) tienden a ser problemáticos, los niveles moderados (flexible y estructurada) tienden al balance y estabilidad en forma funcional.

2.2.2.3. Comunicación. La comunicación es la interacción en la que se intercambia información con otras personas, donde existe un conjunto de precondiciones, conocimientos y reglas que la hacen posible. A la vez, influye en las personas que participan en ella, donde intercambian vivencias, sentimientos, ideales, valores, convicciones, actitudes y motivaciones (Sobrino, 2008, citado por Alfonso, Valladares, Rodríguez y Selín, 2017). Esta interacción tiene como objetivo la integración entre los sujetos, es así que la forma en que se comunican los integrantes

de una familia también puede determinar el funcionamiento del sistema familiar (Vázquez et al., 2012, citado por Molleda y Rodríguez, 2016).

La comunicación se considera fundamental para facilitar el movimiento de la cohesión y adaptabilidad familiar. Esta se mide en relación a los conceptos de habilidad para escuchar, hablar con otros, hablar de sí mismo, claridad y respeto. Los sistemas familiares equilibrados suelen tener buena comunicación, mientras que los sistemas desequilibrados tienen poca comunicación (Olson, Sprenkle y Russel, 1989). En el modelo de Olson no se encuentra graficada por ser facilitadora, ya que si se cambia el estilo comunicacional de las familias, muy probablemente se podría modificar el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar (Lorente y Martínez, 2003, citado por Sigüenza, 2015).

2.2.3. Niveles del funcionamiento familiar

De acuerdo a la evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar, se obtiene de forma general el nivel en el que se percibe el funcionamiento familiar, los que se describen a continuación (Olson, Portner y Lavee, 1985).

2.2.3.1. Rango balanceado. Las familias de esta categoría son centrales en ambas dimensiones (familia flexiblemente separada, flexiblemente unida, estructuralmente separada y estructuralmente unida). Es decir, tienden a estar conectados al miembro de la familia que deseen o estar solos, su funcionamiento es dinámico por lo que puede cambiar. Este tipo de familia se considera más adecuado.

2.2.3.2. Rango medio. En esta categoría las familias son extremas en una sola dimensión y moderada en otra (flexiblemente desprendida, flexiblemente enredada, caóticamente separada, caóticamente unida, estructuralmente desprendida, estructuralmente enredada, rígidamente separada, rígidamente unida). Estas familias presentan dificultades en una sola dimensión, debido probablemente a momentos de estrés.

2.2.3.3. Rango extremo. Dichas familias son extremas en ambas dimensiones (caóticamente desprendida, caóticamente enredada, rígidamente desprendida, rígidamente enredada). Su funcionamiento es el menos adecuado, además son una

forma exagerada de las de rango medio, ya que pertenecen a un continuo de características que varían en intensidad, cualidad y cantidad. Los grupos extremos pueden funcionar por el tiempo que deseen así todos los miembros de la familia.

CAPÍTULO III

DEPRESIÓN

3.1. Depresión

Para definir la depresión es preciso diferenciar entre la tristeza y la depresión, pues entre estos dos conceptos existen diferencias específicas.

La tristeza es uno de los sentimientos básicos de toda persona, y parte inherente de la vida de todo ser humano, de igual forma que otros sentimientos. Es ocasionada por algún evento previo, como la pérdida de una cosa, persona, o alguna pérdida física. Además, se encarga de la reestructuración o readaptación del individuo, y según el temperamento de este se vivenciara de manera distinta (Cruz, 2012). Es importante darse cuenta de que sentirse triste no es lo mismo que tener depresión, cuando las personas dicen que se sienten “deprimidos”, “con baja energía” o “abatido”, están experimentando un estado de ánimo de tristeza, estos sentimientos están basados en una situación temporal y desaparecen rápidamente cuando las circunstancias cambian, y aunque son desagradables, son bastante diferentes de la depresión (Sarason y Sarason, 2006).

La tristeza sin causa o motivo y que no guarda relación con factores desencadenantes, y en caso que los hubiera, no son proporcionales con la intensidad, la duración y la funcionalidad del individuo, se le conoce como tristeza patológica, o mejor conocida con el término de “depresión”. Estar deprimido no es solo un estado psíquico, sino una alteración física donde el sujeto se siente triste, y fundamentalmente, “se siente enfermo” (Benavides, 2017).

La duración, severidad e interferencia negativa en todos los aspectos de la vida del individuo es lo que distingue los síntomas clínicos de la depresión, de otros estados emocionales negativos, que no constituyen una enfermedad (Zarragoitía, 2011).

Para varios autores la depresión tiene distintas connotaciones, se puede presentar como síntoma único, otras veces puede acompañarse de otros síntomas no relacionados, también puede presentarse como síndrome, donde la tristeza es el

síntoma nuclear y le acompañan otros síntomas que le relacionan con un trastorno afectivo, o por último; puede ser una enfermedad, que tiene como síntoma característico la tristeza y que cuenta como cualquier otra con una etiología, patofisiología, curso, evolución y terapéutica propias (Soria, 2011, citado por Benavides, 2017).

Entonces, la depresión como síntoma afecta el estado de ánimo, englobando sentimientos negativos tales como tristeza, desilusión, frustración, desesperanza, debilidad, inutilidad, y puede formar parte de la clínica de otros trastornos psíquicos. Como síndrome, agrupa síntomas psíquicos y somáticos (tristeza patológica, inhibición, sentimientos de culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital) que configuran un diagnóstico clínico y psicopatológico. Por último, como enfermedad es definida a partir del síndrome clínico donde puede ser delimitada una etiología, clínica, curso, pronóstico y tratamiento específico (Estacio, 2015).

La depresión es un tipo de alteración del estado de ánimo, caracterizado por su disminución, donde se presentan distintos niveles de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer al realizar actividades habituales, acompañado de diversos síntomas psíquicos y físicos. Los síntomas y signos clínicos son los siguientes: alteraciones emocionales (tristeza patológica, angustia, irritabilidad); alteraciones del pensamiento (fallas de concentración y memoria, desinterés, indecisión, desesperanza, ideación delirante, ideación suicida); alteraciones somáticas (insomnio-hipersomnio, anorexia-hiperfagia, disminución o aumento de peso, disminución de la libido, fatiga, algias); alteraciones de los ritmos vitales (estar peor a ciertas horas del día, habitualmente en la mañanas, cambios menstruales, tendencia a la presentación estacional de los síntomas); alteraciones de la conducta (llanto, agitación, lentificación, aislamiento, mutismo) (Retamal, 1998).

Así también, la depresión es una afectación global de la vida psíquica, con énfasis en el área afectiva, que requiere la presencia de un grupo de síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) en mayor o menor grado, también se pueden presentar síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático (Alberdi, Taboada, Castro y Vázquez, 2006).

Desde su perspectiva, Arranz (s.f.) afirma que la depresión es un trastorno caracterizado por la alteración del humor o estado emocional negativo de forma prolongada y persistente, que presenta diversas características clínicas en las siguientes áreas: estado de ánimo (sentimientos de tristeza, preocupación, vacío, melancolía, sensación de infelicidad); cognoscitiva (dificultades en la concentración, pérdida de interés, pensamientos negativos, culpa, indecisión, ideas suicidas); conducta (retraso o agitación psicomotriz, aislamiento, relaciones de dependencia, llanto, suicidio) y somática (insomnio o hipersomnias, fatiga, aumento o disminución de apetito, pérdida o incremento del peso, molestias gástricas, falta de deseo sexual).

Para Gil (2007), la depresión es un trastorno del estado de ánimo, donde el individuo se encuentra en un estado de tristeza perdurable y llega hasta el desagrado por la vida. Se acompaña de dos síntomas: el sufrimiento moral, donde se sufre una hipertimia dolorosa, sintiendo incapacidad, indignidad, disminución de autoestima, con una sensación de culpabilidad, de fracaso y una visión pesimista del futuro; y la disminución de las ganas de vivir, expresada con apatía, anhedonia y desinterés por las actividades familiares, sociales y por todo interés habitual, profesional o de tiempo libre, siendo una carga para él mismo y los demás, y quizás invadido de una rumiación depresiva.

Por otro lado, para Sánchez (2008) la depresión como trastorno, es una enfermedad del cerebro que afecta el ánimo, cambia la motivación para hacer cosas y la manera de pensar, el paciente se vuelve negativo, pesimista y autoderrotista, afectando su autoestima. Un trastorno depresivo no es un estado pasajero de tristeza, no indica debilidad personal, ni depende de la voluntad de la persona para mejorar. Los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años, pero con el tratamiento adecuado la mayoría de pacientes puede mejorar.

Existe discusión acerca de cómo se considera la depresión, ya sea como síntoma, síndrome o enfermedad, o como le llaman actualmente, trastorno; pero lo cierto es que presenta características muy bien definidas para ser tratada en todas las formas y presentaciones, y permanecer como una enfermedad (Zarragoitía, 2011).

Es así que las características de la depresión no han sido bien definidas, a pesar de que las descripciones coincidan en síntomas nucleares como la tristeza, la desidia y el desgano de vivir. Esta alteración patológica del humor, es en realidad un grupo

heterogéneo de enfermedades o trastornos afectivos, que incluyen cuadros clásicos, atípicos y secundarios, presentes de forma crónica y en compañía de otros síntomas propios de la depresión, ocasionando la extrema disfuncionalidad o limitación de capacidades en el paciente. Esto ha dado lugar al establecimiento de un criterio categorial, donde cada entidad tiene su etiología, curso, evolución y tratamientos propios. La conceptualización de los trastornos afectivos, y la variedad de su expresión sintomatológica, son claves para entender la delimitación clínica y diferenciar la tristeza de la depresión (Benavides, 2017).

3.1.1. Dimensiones de la depresión

La depresión se puede evaluar a través de dos dimensiones: cognitivo-afectivo y somático-motivacional (Rodríguez y Farfán, 2015).

3.1.1.1. Cognitivo-afectivo. Es una dimensión que cuenta con los siguientes indicadores; tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimiento de culpa, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamiento o deseos suicidas, llanto, desvalorización.

3.1.1.2. Somático-motivacional. Es una dimensión que cuenta con los siguientes indicadores; agitación, pérdida de interés, indecisión, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios de apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga.

3.1.2. Niveles de depresión

De acuerdo a la evaluación de las dimensiones cognitivo-afectivo y somático-motivacional, se obtienen de forma general el nivel de depresión, los que se describen a continuación (World Health Organization, 2000).

3.1.2.1. Depresión mínima. Escasa presencia de síntomas que causen dificultad para continuar con actividades sociales, laborales o domésticas.

3.1.2.2. Depresión leve. Presencia de pérdida de interés, la capacidad de disfrutar y el aumento de la fatigabilidad son los síntomas más típicos, al menos dos de estos tres deben estar presentes, y dos del resto de síntomas. Los síntomas causan dificultad para llevar a cabo la actividad laboral y social, aunque es probable que no se dejen por completo.

3.1.2.3. Depresión moderada. Presencia de dos de los tres síntomas más típicos así como al menos tres de los demás síntomas. Varios de los síntomas podrían presentarse en grado intenso. Se presentan grandes dificultades para continuar desarrollando la actividad social, laboral o doméstica.

3.1.2.4. Depresión grave. Presencia de tres síntomas típicos y por lo menos cuatro de los demás síntomas, que deben ser de intensidad grave. El enfermo no es capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

3.1.3. Enfoques teóricos y explicativos de la depresión

Existen un amplio número de teorías que intentan explicar la etiología de la depresión, ya que es un problema de múltiples facetas caracterizado por un número amplio de síntomas que pueden, o no, estar presentes en cada paciente.

3.1.3.1. Modelo psicodinámico. La primera hipótesis de Freud sobre la Melancolía es que esta tenía su origen en la sexualidad y el autoerotismo, sin embargo, hoy esta teoría se considera de forma anecdótica. Influenciado por Freud, Abraham explicaba que existe una fuerte relación entre la depresión y los trastornos obsesivos, el comienzo de esta, estaba generalmente asociado a un desengaño amoroso y muchos depresivos comían para superar su depresión. Abraham consideraba que la depresión era una exacerbación constitucional y heredada del erotismo oral, que intensificaba las necesidades y frustraciones asociadas a conductas como chupar, beber, comer, besar, etc. (Vásquez y Sanz, 1991, citados por Jiménez, 2002).

En *Duelo y Melancolía* de 1917, Freud elabora una teoría que permite diferenciar ambos estados y sentar las bases de diferentes explicaciones teóricas de la depresión. El estado de melancolía se caracteriza por una desazón y profundo dolor, el

desinterés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de la productividad, pérdida de la autoestima y una tendencia pronunciada a la autocrítica y autodenigración (Korman y Sarudiansky, 2011). Tanto duelo como melancolía se deben a la pérdida de algo, pero la principal diferencia es que en el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío, mientras que en la melancolía esto le ocurre al Yo mismo; en el duelo la pérdida suele ser real y consciente, y su solución implica la sustitución del objeto perdido por uno nuevo, mientras que en la melancolía se relaciona más con una pérdida inconsciente, y el déficit en la autoestima le impide reemplazar el objeto perdido (Ayuso, 1992, citado por Jiménez, 2002).

Tanto Abraham como Freud pensaban que experimentar tempranas y repetidas frustraciones relacionadas con el amor en la fase preedípica, producía una asociación permanente de los deseos libidinales con los deseos destructivos hostiles. Y si en la vida adulta se repetían estas frustraciones amorosas, la persona orientaba su cólera hacia el objeto de amor, pero debido a su fijación oral, la persona busca destruir el objeto introyectándolo; finalmente dirigiendo la cólera hacia sí mismo, dando un giro en la pérdida del objeto de cariño hacia la pérdida de la autoestima, enfatizando la regresión de la libido y la identificación narcisista del yo con el objeto, por lo que la persona podría sufrir posteriormente episodios de melancolía (Jiménez, 2002).

Dentro del desarrollo del modelo psicodinámico y postfreudiano, Hugo Bleichmar (2003) afirma que la depresión se manifiesta dependiendo del elevado ideal narcisista del individuo, la imagen de sí desvalorizada o la agresividad de la autocrítica. Además, señala que estos factores causales se estructuran a lo largo de la vida del sujeto, y ciertos acontecimientos en sí no son determinantes, sino en un tiempo posterior donde estos adquieren un significado. Para este autor las características del estado depresivo son: a) Fijación a cierto deseo que ocupa un lugar central en el mundo interno del sujeto y que siente como no realizable, b) Una representación de sí mismo como impotente/indefenso para satisfacer ese deseo, c) Los componentes afectivos y motivacionales que acompañan a las dos condiciones mencionadas (el afecto depresivo y cierto grado de inhibición psicomotriz).

3.1.3.2. Modelo conductual. Los modelos conductuales enfatizan en la idea original de Skinner, donde la depresión es la reducción generalizada en la frecuencia de conductas del individuo (Vásquez y Sanz, 1991, citados por Jiménez, 2002). La

depresión es un fenómeno difícil de explicar desde el enfoque conductual debido a que su etiología y sintomatología son complejas, ya que se puede observar una conducta evidente, síntomas cognitivos y somáticos que afectan el funcionamiento, sin embargo aunque a veces se identifica al acontecimiento provocador, no siempre está ligada a un estímulo. (Rehm, 1993, citado por Jiménez, 2002).

Ferster, entendía la depresión como una disminución generalizada de respuestas a estímulos externos, de forma que la conducta no era reforzada, estableciendo como causa la ocurrencia de cambios en la frecuencia de las conductas. La depresión se podía generar a partir de tres posibles situaciones: baja tasa de refuerzo, alta tasa de castigo y alteración o pérdida de los estímulos discriminativos para la secuencia respuesta-refuerzo. Ferster explica así, que el fenómeno depresivo es un proceso no programado de extinción de conductas instrumentales. Para Ferster las principales pérdidas de la vida podían considerarse como de fuentes de refuerzo y los efectos que estas pérdidas provocaban se generalizaban porque había otras conductas encadenadas a la fuente principal de refuerzo. Estos cuatro procesos aislados o combinados podrían explicar el origen de la depresión: (a) Cambios inesperados y rápidos en el medio que impliquen pérdidas de fuentes de reforzamiento o de estímulos discriminativos importantes; (b) programas de refuerzo que impliquen grandes cambios de conducta para producir los cambios en el medio; (c) imposibilidad de desarrollar repertorios conductuales; y (d) repertorios de observación limitados que hacen que los deprimidos distorsionen la realidad y emitan conductas poco reforzadas. (Vásquez y Sanz, 1991, citados por Jiménez, 2002).

Peter Lewinsohn desarrolló un programa de investigación más completo y una teoría coherente de la depresión para aplicarla a la práctica clínica. Su teoría afirma que, la depresión surge como respuesta a la pérdida o falta de refuerzos positivos eventuales a la conducta. El reforzamiento insuficiente en las principales áreas de la vida, lleva a la depresión y por consecuencia a la reducción del número de conductas, que a la vez causan otros síntomas como la baja autoestima y la desesperanza. Esto podría ser resultado de los siguientes factores aislados o en combinación: a) no recibir el reforzamiento suficiente del entorno; b) no obtener el reforzamiento del entorno por falta de habilidades sociales, y c) no ser capaz de disfrutar de los reforzadores disponibles por altos niveles de ansiedad social, que a la vez interfiere en sus habilidades sociales. Finalmente, Lewinsohn señaló factores que mantenían la

depresión; a corto plazo, la conducta depresiva se mantiene al provocar refuerzo social positivo por parte de su entorno, recibiendo simpatía, atención, apoyo y afecto de las personas; pero a largo plazo, la conducta depresiva llega a ser desagradable para las personas, y empiezan a evitar al deprimido, como resultado, el reforzamiento social positivo se reduce y se establece una espiral patológica que agrava o mantiene en el tiempo los síntomas depresivos (Lewinsohn, 1976, citado por Belloch, Sandín y Ramos, 2009).

3.1.3.3. Modelo cognitivo. Las teorías cognitivas postulan la idea que determinados procesos cognitivos tienen un lugar fundamental en el inicio, el curso o la remisión de la depresión (Belloch, Sandín y Ramos, 2009). Las personas con depresión tienen pensamientos negativos, errores específicos de pensamiento que los llevan al pesimismo, una perspectiva negativa de sí mismos y sentimientos de desesperación (Emmelkamp, 2004, citado por Sue, Wing y Sue, 2010). Los individuos con depresión se perciben como ineptas, sin valor, incompetentes y alejadas de la realidad, su interpretación cognitiva conduce a patrones de pensamiento que reflejan sentimientos de culpa, autocrítica e ideas exageradas de deber y responsabilidad, estas creencias a menudo son exageradas e irracionales y pueden interpretarse de una manera catastrófica (Ellis, 1989, citado por Sue, Wing y Sue, 2010).

La teoría de Aaron Beck es la más conocida dentro de esta categoría, la idea principal de la teoría es que en los trastornos depresivos se puede hallar una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Después de pasar por un suceso vital que se considere una pérdida o fracaso, las personas depresivas tienen un sesgo o distorsión en el procesamiento de los sucesos, por lo que hacen valoraciones excesivas de dichos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando una visión negativa del yo, del mundo y del futuro o mejor conocida como la tríada cognitiva negativa. Esta triada nace de la amplificación de la duración, frecuencia o intensidad de los sentimientos de tristeza y abatimiento, hasta el punto de interferir con la capacidad adaptativa del individuo. Este procesamiento cognitivo distorsionado conduce a los demás síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos de la depresión, siendo el resultado de posibles factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y/o psicológicos. Cualquiera sea la etiología, el procesamiento distorsionado o sesgado es una parte característica del cuadro depresivo, siendo a la vez un factor de su prolongación. La teoría cognitiva de

Beck afirma que en los casos de depresión no endógena la etiología tiene que ver con la interacción de tres factores: a) actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de experiencias y actitudes que condicionan la interpretación de la realidad; b) una alta valoración subjetiva de esas experiencias como resultado de la personalidad del individuo, y c) la ocurrencia de un estresor o suceso que influye directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo (Belloch, Sandín y Ramos, 2009).

Beck utiliza los “esquemas” para explicar cómo afectan al procesamiento de la información. Los esquemas, son aquellas actitudes, supuestos o creencias que posee un sujeto, y que transforman los datos que percibe el individuo en cogniciones, de acuerdo a estos esquemas el sujeto desarrolla pensamientos adecuados o inadecuados (Oblitas, 2008). Estos contienen reglas, creencias y actitudes del individuo acerca de sí mismo y del mundo, poco realistas y disfuncionales, estableciendo alguna eventualidad inapropiada para determinar la propia autovalía, donde los sucesos normales de la vida diaria obstaculizan los intentos por cumplir tal evento. Frecuentemente, dichas creencias están conectadas con recuerdos relevantes del desarrollo y formación del individuo, con relación a experiencias tempranas de la infancia. Los esquemas disfuncionales en la depresión tienen una estructura más rígida, impermeable y concreta que los esquemas adaptativos y flexibles de los individuos normales. La activación de dichos esquemas depresógenos son los responsables del procesamiento distorsionado de la información, para su activación es necesaria la aparición de un suceso estresante (por ejemplo, fracaso laboral) similar a los sucesos que se vivieron durante el desarrollo y que formaron dichos esquemas (por ejemplo, fracaso académico en los primeros años de preescolar). La teoría tiene la hipótesis de que los esquemas depresógenos son un factor de vulnerabilidad para la depresión, pues antes de su activación, dichos esquemas están latentes y no influyen en el estado de ánimo del individuo o en sus procesos cognitivos, ni se encuentran fácilmente accesibles a la conciencia. Incluso Beck sugiere que el tipo de estresor está determinado por la estructura de la personalidad, proponiendo dos dimensiones de la personalidad como factores de vulnerabilidad a la depresión: sociotropía, donde los esquemas incluyen actitudes y creencias de consideración muy elevada de las relaciones interpersonales y una alta dependencia social a la hora de juzgar la propia valía; y los esquemas autónomos, que incluyen actitudes donde prima la

independencia, la libertad de acción, la vida privada y la autodeterminación. Cuando los esquemas depresógenos se activan, estos actúan como filtros para el procesamiento de la información, que se reflejan en errores cognitivos como (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983): inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximización y minimización, personalización, y pensamiento dicotómico y absolutista (Belloch, Sandín y Ramos, 2009).

Los acontecimientos que desencadenan la depresión en la teoría de Beck adoptan la forma del modelo de diátesis-estrés, donde aparecen espirales cognitivas depresivas, las distorsiones negativas o errores cognitivos que los individuos con depresión tienen, mantienen a su vez las creencias negativas acerca de sí mismo, el mundo y el futuro (Belloch, Sandín y Ramos, 2009).

3.1.3.4. Modelo biológico. La depresión al igual que otras enfermedades también puede tener una etiología orgánica. Según este modelo, la depresión es causada por la alteración bioquímica de tres sistemas de neurotransmisores: serotoninérgico, dopaminérgico y noradrenérgico. Un nivel bajo de serotonina, dopamina y noradrenalina ocasionaría los síntomas depresivos, y esto tendría su origen en la predisposición genética o bioquímica de algunos individuos (González, 2005, citado por Araujo, 2016). La depresión tiende a presentarse en varios miembros de una familia y, en general, se encuentra el mismo tipo de trastorno entre ellos (Goldberg, 2006, citado por Sue, Wing y Sue, 2010).

Además, la depresión puede ser una anomalía en la regulación en uno o más de los siguientes sistemas neuroconductuales: facilitación conductual; inhibición conductual; grado de respuesta al estrés; ritmos biológicos; y procesamiento ejecutivo cortical de la información. Estos déficits pueden ser heredados o adquiridos, también podría ser el caso que las anomalías en alguno de estos sistemas, se producen como consecuencia de la interacción entre sucesos estresantes y la vulnerabilidad biológica de un individuo (Post, 1992; Thase y Howland, 1995, citados por Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000).

3.2. La adolescencia

Es una etapa de transición entre la niñez y la adultez, aproximadamente desde los 11 hasta los 19 o 20 años, implica cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales, adoptando formas variadas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos (Papalia, Duskin y Martorell, 2012). El adolescente vive un período de cambios externos e internos (por ejemplo, endocrinos, de imagen corporal, valores, ambientales, etcétera) que dificultan y modifican su desenvolvimiento familiar, escolar y social (Mendizábal y Ansures, 1999).

Un cambio físico importante es el inicio de la pubertad, que es el proceso en el cual se alcanza la madurez sexual y la capacidad para reproducirse (Papalia, Duskin y Martorell, 2012). En cuanto al desarrollo cognoscitivo, inician el pensamiento operacional formal, empieza la construcción de una identidad ocupacional y sexual. A los 14 años se caracterizan por un razonamiento moral convencional, y a los 17 o 18 años, algunos adolescentes han alcanzado operaciones formales consolidadas por un razonamiento moral. Estos cambios se relacionan con su desarrollo social, de hecho surge un desequilibrio ya que se presentan problemas en las relaciones padre-hijo, mayor influencia de la presión de los compañeros y problemas de conducta. El adolescente empieza a cuestionar los antiguos valores, roles, normas e ideas de identidad (García, 2009).

3.2.1. La familia y el adolescente

En el desarrollo de las personas la familia desempeña un rol fundamental, en la etapa adolescente es de igual forma. Es un entorno básico e inmediato para superar tareas del desarrollo como la formación de la identidad, autonomía o el ajuste psicosocial (Lila, Van Aken, Musitu y Buelga, 2006, citados por Begoña, 2009).

También cumple un rol socializador relevante desde la infancia hasta la adolescencia de los hijos. A partir de las primeras experiencias con los padres, los hijos aprenden valores y conductas que favorecen o dificultan su desenvolvimiento familiar y social. Si crecen en un ambiente donde se estimule su intelectualidad e individualidad, además de brindarles amor y protección, entonces tienen mayor

probabilidad de desarrollarse intelectual, social y emocionalmente. La familia se mantiene como un contexto significativo durante toda la vida de sus miembros, los padres proporcionan estructuras de interacción de forma continua entre los miembros de la familia y de ellos con otros contextos que favorecen o no su desarrollo. Existen indicadores de calidad de la interacción familiar que están asociados a un adecuado desarrollo socioemocional de los hijos: vínculos de apego seguro y relaciones afectivas cercanas; estilo de crianza democrático; comunicación y solución positiva a situaciones de estrés y conflicto, y control, monitoreo y fomento de la autonomía (Valdés, 2007).

Algunos factores de riesgo para la salud mental del adolescente son: familias extremadamente rígidas con límites impermeables, enfermedad crónica en algún miembro del sistema, divorcio o discordia conyugal entre los padres, padres con psicopatología y hermanos con actividades antisociales (Mendizábal y Ansures, 1999).

3.2.2. Depresión en la adolescencia

En los adolescentes los síntomas de la depresión pueden ser confundidos con el “comportamiento normal del adolescente”, lo que dificulta el diagnóstico y la debida intervención. Puede parecer que los adolescentes sean fuertes, invencibles y desinteresados por su entorno, pero en realidad pueden estar dolidos siendo sus más severos críticos tomando en cuenta los comentarios externos (Ocejo, 2006). La depresión no es originada por una sola causa, puede ser debido a una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales (MINSA, 2005). Una decepción amorosa, falta de integración social, conflictos familiares y el fracaso académico pueden ser factores influyentes. Por otro lado, nuestra sociedad proporciona valores centrados en el tener y no en el ser, baja o nula tolerancia a la frustración, necesidad de satisfacer de forma inmediata los deseos materiales o afectivos y elogio al individualismo, todas estas circunstancias influyen en la adaptación personal, social y afectiva del adolescente (García, 2009).

3.2.2.1. Síntomas de la depresión en el adolescente. Para García (2009) la mayoría de los especialistas concuerda que los síntomas de la depresión propios de la adolescencia son los siguientes: estado de ánimo deprimido o irritable, aumento o

descenso de peso, hipo o hipersomnias, agitación motora o enlentecimiento, anergia (pérdida o ausencia de energía), problemas de atención y dificultad de concentración, pensamientos recurrentes de muerte, disminución del rendimiento académico, ausencia de motivación, baja autoestima, evitación de actividades lúdicas, interacción social y familiar disminuida, deseo continuo de estar sólo y no ser molestado, y actividades autodestructivas (factor relevante en adolescentes).

Así mismo, para el MINSA (2005) en esta etapa predomina el disgusto por la propia imagen corporal, visión pesimista del futuro o ideas catastróficas; también se observa falta de energía, fatiga, cansancio, baja autoestima, y bajo rendimiento escolar. Quejas constantes por dificultades para pensar, atender, recordar hechos o situaciones. Dan la impresión de estar constantemente distraídos o ausentes. La situación puede agravarse cuando manifiestan ideas suicidas o de automutilación.

3.2.2.2. Factores de riesgo. Los síntomas depresivos aumentan como consecuencia de la transición a la adolescencia, posiblemente obedeciendo a la combinación de factores como los cambios hormonales y también del aspecto físico, la acumulación de estresores o la disminución del apoyo parental (Begoña, 2009).

Con respecto a los factores genéticos y biológicos, estudios en la genética de la conducta han encontrado cierta heredabilidad en la depresión en un nivel moderado, sobre todo en casos de trastornos depresivos mayores, pero de nivel mayor cuando se trata de trastornos menos severos (Rende, Plomin, Reiss y Hetherington, 1993, citados por Begoña, 2009). En cuanto a los mecanismos fisiológicos, el estudio de los sistemas cerebrales relacionados con la regulación de las emociones muestra que, estos sistemas pueden ser afectados por situaciones prolongadas de estrés, además las experiencias de privación afectiva en la infancia, pueden afectar el desarrollo normal del sistema límbico, favoreciendo el surgimiento de síntomas de ansiedad y depresión (Boccia y Pedersen, 2001, citados por Begoña, 2009).

Por otro lado, en los factores cognitivos, los estilos cognitivos caracterizados por los pensamientos negativos, la tendencia a la desesperanza, el pesimismo y la auto-culpabilización tienen influencia en el surgimiento y mantenimiento de los trastornos depresivos. Estilos de pensamiento disfuncional como la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, hacen más probable una interpretación sesgada de los sucesos y experiencias. Al mismo tiempo, aquellas personas con síntomas depresivos se

sienten con muy poco control sobre las cosas que les ocurren, y atribuyen los sucesos negativos a características personales y difíciles de cambiar, y los positivos a factores inestables y externos, como la suerte o el azar (Beck, 1976, citado por Begoña, 2009).

Finalmente, también existen factores estresantes, pues para el desarrollo de algún trastorno depresivo, no solo es necesario la presencia de factores genéticos y cognitivos, sino también la aparición de algunos factores contextuales. Estos pueden ser eventos aislados como la muerte de un familiar o la ruptura de una relación de pareja, o situaciones estresantes de menor intensidad pero prolongadas en el tiempo, como relaciones familiares conflictivas, un estilo parental autoritario y poco afectuoso, pobreza o el rechazo y la victimización por parte de los iguales. Cuando estas situaciones estresantes se dan conjuntamente aumenta la probabilidad de que aparezca un trastorno depresivo (Grant et al., 2003, citado por Begoña, 2009).

Algunos factores externos pueden actuar como factores de protección, como el apoyo social dado por unos padres afectuosos y las relaciones estrechas con los iguales, calidad de amistades, actitudes y expectativas de sus amigos sobre el respeto a la autoridad y rechazo hacia el consumo de sustancias, adecuada comunicación familiar, elevada autoestima social, elevada autoestima familiar (Cava, Murgui y Musitu, 2008, citados por García, 2009). Este apoyo puede aumentar la confianza del adolescente en su capacidad para afrontar las dificultades o modificar el sesgo pesimista de su estilo cognitivo (Begoña, 2009).

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Enunciado de las hipótesis

4.1.1. Hipótesis general

Existe relación entre la funcionalidad familiar y depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

4.1.2. Hipótesis específicas

El nivel de funcionalidad familiar en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018 es de rango medio.

El nivel de depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018 es mínimo.

Existe un nivel de relación significativa entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

4.2. Operacionalización de variables y escalas de medición

4.2.1. Variable 1

Denominación de la variable. Funcionalidad familiar

Definición operacional. Es una variable medida a través de la Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar o FACES III de Olson (1989), adaptada por Bazo-Alvarez, Bazo-Alvarez, Aguila, Peralta, Mormontoy y Bennett (2016).

Tabla 1
Operacionalización de la variable 1

Dimensiones	Indicadores	Categorías	Tipo de variable
Cohesión	Vinculación emocional		Variable categórica politémica
	Apoyo		
	Límites familiares		
	Tiempo y amigos	Rango balanceado	
	Intereses y recreación	Rango medio	
Adaptabilidad	Liderazgo	Rango extremo	
	Disciplina		
	Control		
	Roles y reglas		

Fuente: Elaboración propia.

3.1.2. Variable 2

Denominación de la variable. Depresión

Definición operacional. Es una variable medida a través del Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición Adaptado o BDI-IIA, adaptada por Rodríguez y Farfán (2015).

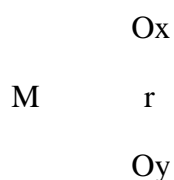
Tabla 2
Operacionalización de la variable 2

Dimensiones	Indicadores	Categorías	Tipo de variable
Cognitivo-afectivo	Tristeza		
	Pesimismo		
	Fracaso		
	Perdida de placer		
	Sentimiento de culpa		
	Disconformidad con uno mismo		
	Autocrítica	Depresión mínima	
	Pensamiento o deseos suicidas	Depresión leve	
	Llanto		
	Desvalorización	Depresión moderada	Variable categórica politómica
Somático-motivacional	Agitación		
	Perdida de interés	Depresión grave	
	Indecisión		
	Perdida de energía		
	Cambios en los hábitos de sueño		
	Irritabilidad		
	Cambios de apetito		
	Dificultad de concentración		
	Cansancio o fatiga		

Fuente: Elaboración propia.

4.3. Enfoque, tipo y diseño de investigación

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, ya que se realizó mediciones de atributos psicológicos y se procesó la información empleando la estadística. Por su finalidad, es de tipo básica o pura, ya que estudia constructos para su mejor comprensión; y por su nivel de conocimientos es correlacional, porque busca relacionar dos variables. Es de diseño no experimental, porque no se manipulan las variables de forma deliberada, y además es transeccional pues estudia el fenómeno de interés en un momento determinado y único.



Leyenda:

M: Muestra

Ox: Observación del funcionamiento familiar

r: Relación

Oy: Observación de la depresión

4.4. Ámbito de la investigación

El presente estudio se llevó a cabo en Instituciones Educativas estatales que cuentan con nivel secundario, ubicadas en el distrito de Ciudad Nueva de Tacna.

4.5. Unidad de estudio, población y muestra

La población está constituida por 1280 estudiantes adolescentes de Instituciones Educativas estatales de Ciudad Nueva, con una muestra de 313 estudiantes usando el método no probabilístico de carácter intencional.

De los estudiantes, se tomará en cuenta aspectos de inclusión, como; ser estudiantes de Instituciones Educativas estatales de Ciudad Nueva, tener entre 13 a 19 años, cursar el 2°, 3°, 4° y 5° de secundaria. Y los aspectos de exclusión serán, tener menos de 13 años y más de 19 años, no cursar el 2°, 3°, 4° y 5° de secundaria y aquellos que hayan faltado el día de la recolección de datos, y adolescentes con actitud negativa para participar en la investigación.

Tabla 3
Distribución de frecuencia por factores sociodemográficos en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

Factores Sociodemográficos	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Edad		
13	29	9.3
14	95	30.4
15	85	27.2
16	56	17.9
17	40	12.8
18	6	1.9
19	2	0.6
Grado		
Segundo	79	25.2
Tercero	85	27.2
Cuarto	77	24.6
Quinto	72	23.0
Institución Educativa		
Simón Bolívar	67	21.4
Mariscal Cáceres	76	24.3
Manuel A. Odría	92	29.4
Cohaila Tamayo	78	24.9
Total	313	100.0

Fuente: Elaboración propia basada en la ficha de recolección de datos.

4.6. Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.6.1. Variable Funcionalidad familiar

- Nombre del Instrumento: Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar FACES –III
- Autor: David H. Olson, Joyce, Yoav Lavee
- Adaptación: Juan C. Bazo-Alvarez et al.
- Procedencia: Universidad de Minnesota (EE.UU)
- Administración: Individual y colectiva
- Aplicación: Sujetos de 12 años en adelante
- Materiales: Cuestionario y hoja de calificación
- Duración: 15 a 30 min aprox.

Descripción: El instrumento es útil para obtener el funcionamiento real, ideal e indirectamente la satisfacción familiar. Consta de 20 ítems, 10 relativos a la cohesión y 10 a la adaptabilidad, donde la combinación determina el nivel de funcionamiento familiar. Tiene además cinco opciones de respuesta en formato Likert para cada ítem (nunca o casi nunca; pocas veces; algunas veces; frecuentemente; y siempre o casi siempre).

Calificación: Para obtener los puntajes de la Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar, se siguen pasos sencillos luego de la aplicación y haber verificado que los evaluados no hayan dejado algún ítem sin responder:

1. Se debe sumar los ítems impares, que nos darán el resultado de la variable cohesión.
2. Sumar los ítems pares, que nos dan el resultado de la variable adaptabilidad.
3. Emplear los baremos (ver tabla 1), identificar los valores aproximados tanto de cohesión y adaptabilidad en la columna de números de la derecha del puntaje bruto obtenido en los pasos anteriores, lo que posibilita la obtención del tipo de familia.
4. Si se desea obtener el tipo de familiar de manera más general, se tiene que considerar el número de la izquierda en negrita (ver tabla 1) para cada una de las dimensiones, sumando y dividiendo las dos (“x” cohesión

+ “x” adaptabilidad = “y”/2 = tipo). El resultado se ubica en la columna tipo de familia obteniendo una de las tres posibles categorías familiares (balanceadas, rango medio y extrema).

- Finalmente, se realiza todos los pasos anteriores también para la familia ideal, obteniendo la idealización familiar de los sujetos evaluados.

Tabla 4

Baremo Puntaje Directo e Interpretación de la Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar

COHESION			ADAPTABILIDAD			TIPO DE FAMILIA	
8	50	ENREDADA	8	50	CAOTICA	8	RANGO EXTREMO
	48			41			
7	47		7	40			
	46			30			
6	45	UNIDA	6	29	FLEXIBLE	6	RANGO BALANCEADO
	43			27			
5	42		5	26			
	41			25			
4	40	SEPARADA	4	24	ESTRUCTURADA	4	RANGO MEDIO
	38			23			
3	37		3	22			
	35			20			
2	34	DESPRENDIDA	2	19	RIGIDA	2	RANGO EXTREMO
	25			15			
1	24		1	14			
	10			10			

Validez y Confiabilidad: En el Perú, la Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar fue corregida y aplicada en estudiantes de secundaria del distrito de Chimbote y Nuevo Chimbote entre los 11 y 18 años, la validez del constructo se confirmó en la bondad de ajuste del modelo de dos factores (cohesión y adaptabilidad) con 10 ítems cada uno ($p < 0.001$), y se determinó que la escala cohesión-real según el coeficiente de alfa de Cronbach, es de 0.79; mientras que la escala de adaptabilidad-

real, es de 0.55. Concluyendo que la escala tiene confiabilidad y validez suficientes para ser utilizada en población adolescente con fines de evaluación grupal o individual (Bazo-Alvarez et al., 2016).

4.6.2. Variable Depresión

- Nombre del Instrumento: Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición Adaptado (BDI-IIA)
- Autor: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown
- Adaptación: Eder Rodríguez, Daniel Farfán
- Procedencia: Universidad de Pennsylvania (EE.UU)
- Administración: Individual y colectiva
- Aplicación : Sujetos de 13 años en adelante
- Materiales: Cuestionario y hoja de calificación
- Duración: 5 a 10 min aprox.

Descripción: Es un instrumento de autorreporte, que se utiliza para detectar y evaluar la severidad de la depresión. Está compuesto por 21 ítems, tiene cuatro opciones de respuesta (de 0 a 3) en formato Likert para cada ítem.

Calificación: Para obtener los puntajes del Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición Adaptado se siguen pasos sencillos luego de la aplicación y haber verificado que los evaluados no hayan dejado algún ítem sin responder:

1. Se debe sumar los puntajes de cada ítem, que dan un total de entre 0 y 63 puntos.
2. Finalmente, según el puntaje total se obtiene el nivel de depresión.

Los puntajes de corte para graduar la intensidad/severidad son los siguientes:

Depresión mínima	: 0 – 10 puntos
Depresión leve	: 11 – 15 puntos
Depresión moderada	: 16 – 21 puntos
Depresión grave	: 22 – 57 puntos

Validez y Confiabilidad: Para la presente investigación se pretende utilizar el Inventario de Depresión de Beck Adaptado (BDI-IIA) que fue corregido y aplicado en 300 estudiantes adolescentes de la provincia de Huancayo entre los 16 y 18 años. Se observó un alfa de Cronbach de 0.891, buenos índices de ajuste, saturaciones elevadas e índices de consistencia interna adecuados para ambas dimensiones. Concluyendo que, el inventario posee adecuados niveles de fiabilidad y validez (Rodríguez y Farfán, 2015).

4.7. Procesamiento y análisis de información

Para el análisis de la información se aplicó la estadística descriptiva, para la obtención de promedios, frecuencias y porcentajes. Asimismo, para la segunda parte del análisis de los resultados se aplicó la prueba de normalidad y para la correlación se utilizó la prueba estadística no paramétrica tau c de kendall, cuya función es buscar la relación entre dos variables categóricas que de preferencia no cumplan con supuestos de normalidad y a partir de esta prueba estadística decidir si existen relación significativa a un 95% de confianza.

Se utilizó el procesamiento automatizado de datos, considerándose como soporte informático el software Statistics SPSS versión 20.0, con capacidad para efectuar estadísticas descriptivas y correlacionales con gran número de variables.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. Trabajo de campo

En primer lugar se solicitó a la Universidad Privada de Tacna los documentos correspondientes a presentar en las instituciones educativas de Ciudad Nueva. Luego se dio a conocer el proyecto de investigación a los directores, y habiendo obtenido su permiso, se pasó a coordinar con los auxiliares y docentes a cargo. La aplicación de los cuestionarios fue entre la segunda semana de noviembre y la primera semana de diciembre del 2018, duró aproximadamente una semana en cada I.E., la aplicación de los instrumentos en cada salón duró 25 min. Se realizó la presentación y explicación del objetivo general de la investigación, para tener una participación más consciente de parte de los estudiantes, una vez entregados los instrumentos se dieron las instrucciones correspondientes, y se resolvieron las dudas de los estudiantes, para finalmente agradecerles por su participación y también a los docentes por su colaboración.

5.2. Diseño de presentación de los resultados

Este capítulo presentará los resultados más trascendentes, en relación a los objetivos planteados en la investigación. En primer lugar, se mostrará los resultados obtenidos referentes a la variable funcionalidad familiar medido por la Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES –III), describiendo también la incidencia de sus dimensiones, siendo estas las siguientes: cohesión y adaptabilidad.

En segundo lugar, se indicará los resultados obtenidos de la variable depresión medida por el Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición Adaptado (BDI-IIA), donde se refleja el nivel de depresión alcanzado por los estudiantes.

En tercer lugar se presentará la relación entre la variable funcionalidad familiar y la variable depresión, para así poder responder al objetivo principal de la investigación. En último lugar se exhibe la discusión de resultados los cuales se

relacionan con estudios similares mencionando autores que sustenten la presente investigación.

5.3. Resultados

5.3.1. Resultados sobre funcionalidad familiar

Tabla 5

Nivel de funcionalidad familiar en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

Funcionalidad familiar	Frecuencia (N)	Porcentaje %
Extremo	58	18.53
Medio	201	64.22
Balanceado	54	17.25
Total	313	100.00

Fuente: Elaboración propia basada en la aplicación de la Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES – III).

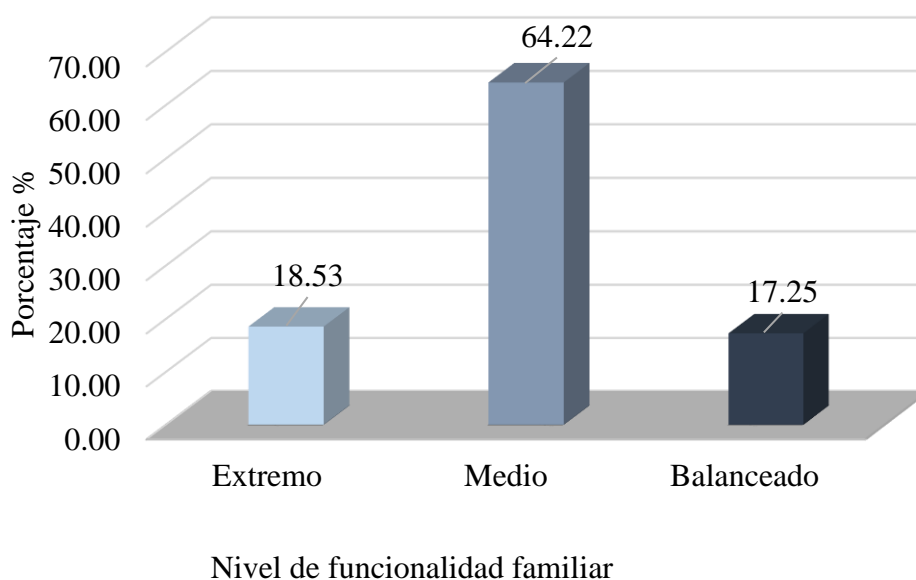


Figura 1: Diagrama del nivel de funcionalidad familiar en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

Fuente: Datos de la Tabla 5.

Interpretación:

En la presente tabla y gráfico se observa los resultados de la Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar que evalúa la variable funcionalidad familiar en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

De 313 adolescentes escolares evaluados, 201 adolescentes escolares que representan el 64.22% presentan un nivel medio de funcionalidad familiar, 58 adolescentes escolares que representan el 18.53% presentan un nivel extremo de funcionalidad familiar y finalmente 54 adolescentes escolares que representan el 17.25% muestran un nivel balanceado de funcionalidad familiar.

5.3.2. Resultados sobre el nivel de depresión

Tabla 6

Nivel de depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

Nivel de depresión	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Mínimo	130	41.53
Leve	50	15.97
Moderado	51	16.29
Grave	82	26.20
Total	313	100.00

Fuente: Elaboración propia basada en la aplicación del Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición Adaptado (BDI-IIA).

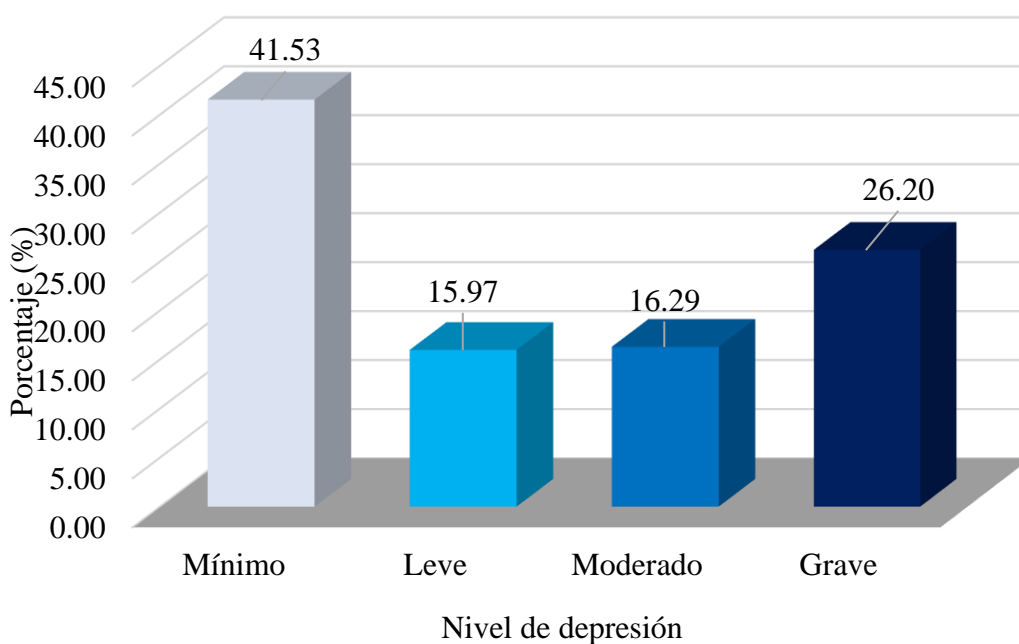


Figura 2: Diagrama del nivel de depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

Fuente: Datos de la Tabla 6.

Interpretación:

En la presente tabla y gráfico se observa los resultados del Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición Adaptado que evalúa la variable depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

De 313 adolescentes escolares evaluados, 130 adolescentes escolares que representan el 41.53% presentan un nivel mínimo de depresión, 82 adolescentes escolares que representan el 26.20% presentan un nivel grave de depresión, 51 adolescentes escolares que representan el 16.29% presentan un nivel moderado de depresión y finalmente 50 adolescentes escolares que representan el 15.97% muestran un nivel leve de depresión.

5.3.3. Resultados sobre el nivel de funcionalidad familiar y el nivel de depresión

Tabla 7

Relación de la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

Funcionalidad familiar	Depresión								Total	
	Mínimo		Leve		Moderado		Grave			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Extremo	24	7,67	5	1,60	14	4,47	15	4,79	58	18,53
Medio	78	24,92	35	11,18	32	10,22	56	17,89	201	64,22
Balanceado	28	8,95	10	3,19	5	1,60	11	3,51	54	17,25
Total	130	41,53	50	15,97	51	16,29	82	26,20	313	100,00

Fuente: Elaboración propia basada en la ficha de recolección de datos.

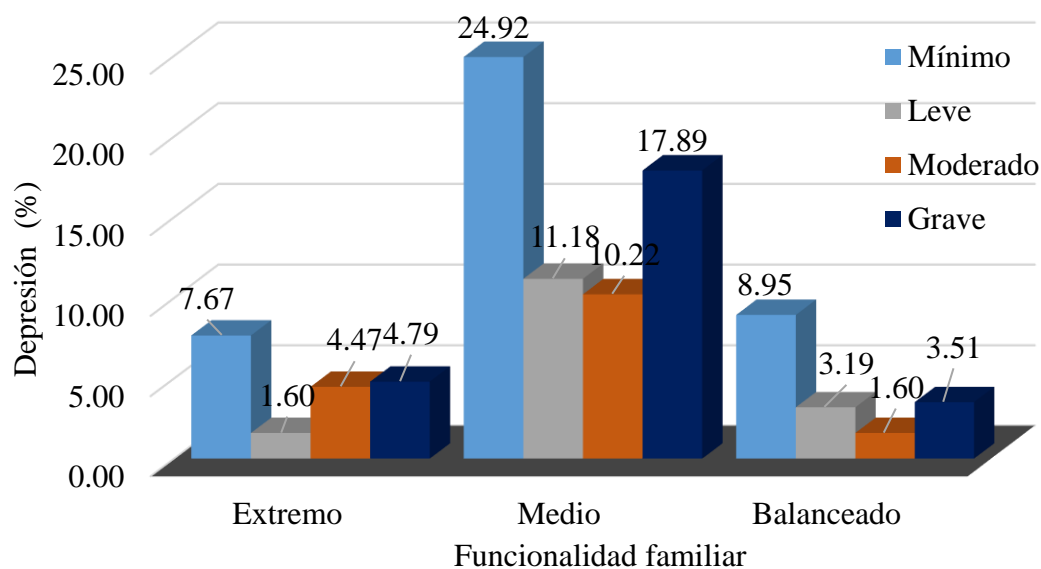


Figura 3: Diagrama de relación del nivel de funcionalidad familiar y depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

Fuente: Datos de la Tabla 7.

Interpretación:

En la presente tabla y gráfico se puede apreciar la distribución de funcionalidad familiar según la presencia de la depresión, donde el total de estudiantes que presentan funcionalidad familiar media el 24.92% presenta depresión mínima, 17.89% depresión grave, 11.1% depresión leve y 10.22% depresión moderada. Del total de adolescentes escolares que presentan funcionalidad familiar balanceada el 8.95% presenta depresión mínima, 3.51% depresión grave, 3.19% depresión leve y 1.60% depresión moderada. Del total de adolescentes escolares que presentan funcionalidad familiar extrema el 7.67% presenta depresión mínima, 4.79% depresión grave, 4.47% depresión moderada y 1.60% depresión leve.

5.4. Contraste de hipótesis

De acuerdo a los resultados presentados en las tablas y figuras, y pruebas aplicadas a los adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

Supuestos de normalidad

La prueba de normalidad determina si el conjunto de datos provienen de una distribución normal y poder realizar los test de hipótesis exactas.

Como la muestra es mayor de 30, se utilizara la prueba de Kolmogorov – Smirnov, esta prueba ayuda a ver si los datos son normales o no. Si los datos del Sig. son menores de 0.05, se puede concluir que los datos no provienen de una distribución normal, si el sig. son mayores a 0.05 los datos si presentan una distribución normal.

En la tabla 8, se puede observar que existe una significancia de 0.000 en el caso de la variable funcionalidad familiar, de forma similar se obtuvo una significancia de 0.000 en el caso de la variable depresión también son menores de 0.05, esto quiere decir que la distribución no es normal y por lo tanto se procederá a trabajar pruebas no paramétricas de correlación “Tau c de kendall”.

Tabla 8
Prueba estadística de normalidad

Variable	Estadístico de prueba	Valores	Interpretación
Funcionalidad familiar	Kolmogorov-Smirnov	0,323	No presentan normalidad P< 0.05
	Gl	313	
	Sig.	0,000	
Depresión	Kolmogorov-Smirnov	0,261	No presentan normalidad P< 0.05
	Gl	313	
	Sig.	0,000	

Fuente: Elaboración propia.

5.4.1. Contrastación de la hipótesis específica 1

Para la contrastación de la hipótesis específica 1, se utilizó una prueba estadística no paramétrica Chi cuadrada bondad de ajuste. Ideada por Karl Pearson a principios de 1900, es apropiada para los niveles de datos tanto nominal como ordinal, dado que su objetivo es determinar cuan bien se ajusta un conjunto de datos a un conjunto esperado a un 95% de confianza.

- Formulación de la Hipótesis:

Ho: El nivel de funcionalidad familiar en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018 no es de rango medio.

Hi: El nivel de funcionalidad familiar en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018 es de rango medio.

- Establecer un nivel de significancia
Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 5\%$
- Estadístico de Prueba: Se determinó trabajar un estadístico de prueba no paramétrico “Chi cuadrada bondad de ajuste”.

Tabla 9

Presentación de la prueba estadística no paramétrica chi cuadrada bondad de ajuste para una muestra de la variable funcionalidad familiar en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

<i>Estadísticos de prueba</i>	
	Rango familiar
Chi-cuadrado	134,422 ^a
gl	2
Sig. asintótica	,000

a. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5.
La frecuencia mínima de casilla esperada es 104,3.

Fuente: Elaboración propia.

- Lectura del P valor:

Ho: ($p \geq 0.05$) \rightarrow No se rechaza la Ho

Hi: ($p < 0.05$) \rightarrow Rechazo la Ho

$P = 6,4669E-30$; $\alpha = 0.05 \rightarrow P < 0.05$ entonces se rechaza la Ho

- Decisión:

Los resultados de la tabla anterior, muestran que el valor p - valor ($6,4669E-30$) que es menor que el nivel de significancia (0.05), por lo cual se rechaza Ho, y se concluye con un nivel de confianza del 95% que nivel de funcionalidad familiar en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018 es de rango medio.

5.4.2. Contrastación de la hipótesis específica 2

Para la contratación de la hipótesis específica 2, se utilizó una prueba estadística no paramétrica Chi cuadrada bondad de ajuste. Ideada por Karl Pearson a principios de 1900, es apropiada para los niveles de datos tanto nominal como ordinal, dado que su objetivo es determinar cuan bien se ajusta un conjunto de datos a un conjunto esperado a un 95% de confianza.

- Formulación de Hipótesis:

Ho: El nivel de depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018 no es mínimo.

Hi: El nivel de depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018 es mínimo.

- Establecer un nivel de significancia:

Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 5\%$

- Estadístico de Prueba: Se determinó trabajar un estadístico de prueba no paramétrico “Chi cuadrada bondad de ajuste”.

Tabla 10

Presentación de la prueba estadística no paramétrica chi cuadrada bondad de ajuste para una muestra de la variable depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

<i>Estadísticos de prueba</i>	
	Nivel de depresión
Chi-cuadrado	54,093 ^a
gl	3
Sig. asintótica	,000

a. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5.
La frecuencia mínima de casilla esperada es 78,3.

Fuente: Elaboración propia.

- Lectura del P valor:

Ho : ($p \geq 0.05$) \rightarrow No se rechaza la Ho

H1 : ($p < 0.05$) \rightarrow Rechazo la Ho

$P = 1,0722E-11; \alpha = 0.05 \rightarrow P < 0.05$ entonces se rechaza la Ho

- Decisión:

Los resultados de la tabla anterior, muestran que el valor p - valor (1,0722E-11) que es menor que el nivel de significancia (0.05), por lo cual se rechaza Ho, y se concluye con un nivel de confianza del 95% que nivel de depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018 es mínimo.

5.4.3. Contrastación de la hipótesis específica 3

Para la contratación de la hipótesis específica 3, se utilizó una prueba estadística no paramétrica Tau c de Kendall, la cual su función es buscar la relación entre dos variables categóricas que de preferencia no cumplan con supuestos de normalidad y a partir de esta prueba estadística decidir si existen relación significativa a un 95% de confianza.

- Formulación de Hipótesis:

Ho: No existe un nivel de relación significativa entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

Hi: Si existe un nivel de relación significativa entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

- Establecer un nivel de significancia
Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 5\%$
- Estadístico de Prueba: Se determinó trabajar un estadístico de prueba no paramétrico “Tau c de Kendall.”

Tabla 11

Presentación de los coeficientes de correlación Tau c de Kendall de la variable funcionalidad familiar y depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

Variable	Variable	Estadístico de prueba	Valores
Funcionalidad familiar	Depresión	Coeficiente de correlación Tau c de Kendall	-0,064
		Sig.	0,161
		n	313

Fuente: Elaboración propia.

- Lectura del P valor:

Ho: ($p \geq 0.05$) \rightarrow No se rechaza la Ho

H1: ($p < 0.05$) \rightarrow Rechazo la Ho

$P = 0,161$; $\alpha = 0.05 \rightarrow P < 0.05$ entonces no se rechaza la Ho

- Decisión:

Los resultados de la tabla anterior, muestran que el valor p - valor (0,161) es mayor que el nivel de significancia (0.05), por lo cual no se rechaza Ho, y se concluye con un nivel de confianza del 95% que no existe un nivel de relación significativa entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes de las Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

5.4.4. Contrastación de la hipótesis general

Para la contratación de la hipótesis general se utilizó una prueba estadística no paramétrica “Tau c de kendal”, la cual su función es buscar la relación entre dos variables categóricas que de preferencia no cumplan con supuestos de normalidad y a partir de esta prueba estadística decidir si existen relación significativa a un 95% de confianza.

- Formulación de Hipótesis:

Ho: No existe relación entre la funcionalidad familiar y depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

Hi: Si existe relación entre la funcionalidad familiar y depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

- Establecer un nivel de significancia
Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 5\%$
- Estadístico de Prueba: Se determinó trabajar un estadístico de prueba no paramétrico “Tau c de kendal”.

Tabla 12

Presentación de los coeficientes de correlación Tau c de kendall de la variable funcionalidad familiar y depresión de los adolescentes de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

Medidas simétricas

	Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximad a ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal Tau-c de Kendall	-,064	,046	-1,401	,161
N de casos válidos	313			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

Fuente: Elaboración propia.

- Lectura del P valor:

Ho : ($p \geq 0.05$) → No se rechaza la Ho

H1 : ($p < 0.05$) → Rechazo la Ho

$P = 0,161$; $\alpha = 0.05$ → $P \geq 0.05$ entonces no se rechaza la Ho

- Decisión:

Los resultados de la tabla anterior, muestran que el valor p - valor (0,161) que es menor que el nivel de significancia (0.05), por lo cual no se rechaza Ho, y se concluye con un nivel de confianza del 95% que no existe relación entre la funcionalidad familiar y depresión en adolescentes escolares de las Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

5.5. Discusión

El presente trabajo de investigación estudio la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018. Seguidamente se discuten los resultados en el orden que corresponde, en primer lugar los objetivos específicos y finalmente el objetivo general.

En relación al primer objetivo específico, se logró corroborar la hipótesis planteada en la investigación. Al analizar los resultados de la variable funcionalidad familiar en los adolescentes escolares evaluados, se obtuvo que el 64.22% presentan un nivel medio de funcionalidad familiar, el 18,53% presentan un nivel extremo de funcionalidad familiar y el 17.25% muestran un nivel balanceado de funcionalidad familiar, concluyendo que el mayor porcentaje de la muestra manifiesta un nivel medio de funcionalidad familiar. Según Bazo-Alvarez et al. (2016) estas familias oscilan entre altos y bajos niveles de conexión afectiva y autonomía personal, así como flexibilidad entre cambios y estabilidad por lo que están consideradas dentro de las familias disfuncionales. Estos resultados se asemejan a lo investigado por Arenas (2009) que estudió la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión; donde los adolescentes atendidos en el departamento de psicología del Hospital Nacional Hipólito Unánue percibían en su familia niveles medios (44%) y balanceados (35%) de funcionalidad familiar. Por otro lado, Sánchez (2017) investigó la funcionalidad familiar de adolescentes de 5° año de Instituciones Educativas Públicas en el distrito de San Juan Bautista donde encontró disfunción severa (20.3%), disfunción moderada (32.9%), disfunción leve (34.2%) y funcionamiento normal (12.6%).

Estos resultados nos indican que las familias oscilan entre la funcionalidad y disfuncionalidad, es decir entre la flexibilidad y la rigidez, la organización y el caos, el crecimiento y el estancamiento, la estabilidad y el desequilibrio, la unidad y dispersión, la disciplina y el desorden, la dedicación y el descuido, la destreza y la incapacidad (Bermúdez y Brik, 2010).

Con respecto al segundo objetivo específico, depresión, se logró corroborar la hipótesis de investigación. Se obtuvo que el 41.53% presentan un nivel mínimo de depresión, el 26.20% presentan un nivel grave de depresión, el 16.29% presentan un

nivel moderado de depresión y el 15.97% muestran un nivel leve de depresión. Concluyendo que el mayor porcentaje de la muestra manifiesta un nivel mínimo de depresión, estos individuos no presentan un estado de ánimo deprimido o irritable, aumento o descenso de peso, hipo o hipersomnia, agitación motora o enlentecimiento, anergia (pérdida o ausencia de energía), problemas de atención y dificultad de concentración, pensamientos recurrentes de muerte, disminución del rendimiento académico, ausencia de motivación, baja autoestima, evitación de actividades lúdicas, interacción social y familiar disminuida, deseo continuo de estar sólo y no ser molestado, y actividades autodestructivas (factor relevante en adolescentes). Estos resultados son semejantes a los investigado por Arenas (2009) encontró que el 32% de los adolescentes si tenía presencia de depresión y 68% no tenía presencia de depresión. Begazo (2018) encontró 36.8% sin depresión, 43.9% con depresión ligera, 19.3% depresión moderada, 0% depresión severa y 0% depresión muy severa. Sánchez (2017) encontró 67.1% nivel de depresión dentro de los límites normales, 17.7% depresión leve a moderada, 15.2% depresión moderada intensa.

Que se haya confirmado casos de estudiantes con depresión, no es alentador para las instituciones educativas implicadas, como lo explica García (2009) los síntomas de depresión en la adolescencia son un estado ánimo deprimido o irritable, aumento o descenso de peso, hipo o hipersomnia, agitación motora o enlentecimiento, anergia (pérdida o ausencia de energía), problemas de atención y dificultad de concentración, pensamientos recurrentes de muerte, disminución del rendimiento académico, ausencia de motivación, baja autoestima, evitación de actividades lúdicas, interacción social y familiar disminuida, deseo continuo de estar sólo y no ser molestado, y actividades autodestructivas. Por lo tanto los estudiantes que presentan estos síntomas requieren de atención inmediata.

De acuerdo al tercer objetivo específico, determinar si existe relación entre la funcionalidad familiar y depresión, no se logró corroborar la hipótesis. Los resultados muestran que del total de estudiantes que presentan funcionalidad familiar moderada el 24.92% presenta depresión, mínima, 17.89% depresión grave, 11.1% depresión leve y 10,22% depresión moderada. Del total de adolescentes escolares que presentan funcionalidad familiar balanceado el 8.95% presenta depresión mínima, 3.51% depresión grave, 3.19% depresión leve y 1.60% depresión moderada. Del total de

adolescentes escolares que presentan funcionalidad familiar severa el 7.67% presenta depresión mínima, 4.79% depresión grave, 4.47% depresión moderada y 1.60% depresión leve.

Según la prueba de Tau c de Kendall, muestra que el p - valor (0.161) es mayor que el nivel de significancia (0.05), y se concluye con un nivel de confianza del 95% que no existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar y depresión en adolescentes escolares de las Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018. Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Arenas (2009) que tenía por objetivo determinar la relación existente entre la funcionalidad familiar y la depresión en los y las adolescentes atendidos en el Departamento de Psicología de Hospital Nacional Hipólito Unánue, concluyendo que no existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y depresión.

Respecto a estos resultados, Zapata-Gallardo et al. (2007) estudió la depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia, donde encontró que más la de mitad de los evaluados presentaba disfunción familiar pero no tuvo relación significativa con la depresión, asociando la poca cantidad de adolescentes con depresión con la resiliencia, siendo esta la capacidad del individuo para vivir bien y desarrollarse positivamente, aun en medio de condiciones de vida difíciles, donde el adolescente puede aprender a resolver los problemas de la vida, sin perder la actitud positiva y percibir sus experiencias dolorosas como algo constructivo y valioso para su desarrollo. En un estudio realizado por Cáceres (2013), sobre la capacidad y factores asociados a la resiliencia en adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres en Tacna, concluye que, los adolescentes poseen una capacidad de resiliencia alta (16.8%) y mediana (67.6%); por otro lado, factores como la familia, escuela o comunidad son considerados factores protectores y de riesgo a la vez, además la familia no es considerada como el factor de protección más idóneo, más bien la misma Institución Educativa es percibida como un factor protector que brinda soporte y seguridad.

Finalmente respecto al objetivo general de la presente investigación, según indica la tabla 9, tras haber empleado la prueba estadística de Tau c de Kendall para demostrar la relación entre ambas variables, se puede apreciar que el valor p es mayor a 0.05 por lo que no se demuestra relación entre ambas variables; es decir que el nivel de funcionalidad familiar no se relaciona con la presencia de depresión en los

adolescentes. Estas conclusiones concuerdan con la investigación que realizó Soria (2013) denominada Depresión asociado a interacción familiar y rendimiento académico en adolescentes universitarios, encontró que el tipo de funcionamiento familiar no tiene relación con los niveles de depresión en los adolescentes, menciona que existe una alta frecuencia de depresión en los adolescentes, independiente de su funcionamiento (cohesión y adaptabilidad) e interacción familiar y rendimiento académico.

Respecto de la funcionalidad familiar y la depresión, existe un 4.47% que presenta funcionalidad familiar extrema y depresión moderada; 4.79% funcionalidad extrema y depresión grave; 10.22% presenta funcionalidad media y depresión moderada; otro 17.89% funcionalidad familiar media y depresión grave, haciendo un total de 37.37%. Dato que es preocupante pues muestra como las relaciones y funciones familiares influyen en el estado emocional del adolescente, aunque el presente estudio no muestre un resultado significativo.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

6.1. CONCLUSIONES

Primera. De acuerdo a los resultados de la investigación, se determinó que no existe relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en los adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018.

Segunda. Se estableció que el nivel de funcionalidad familiar que predomina en adolescentes escolares de Ciudad Nueva, Tacna 2018; es el nivel medio con un porcentaje de 64.22%, ya que según el estadístico de prueba no paramétrico Chi cuadrada se puede apreciar que el P-valor=0.000.

Tercera. Se logró establecer la presencia de depresión en adolescentes escolares de Ciudad Nueva, Tacna 2018; siendo un 41.53% que presentan un nivel mínimo, ya que según el estadístico de prueba no paramétrico Chi cuadrada se puede apreciar que el P-valor=0.000.

Cuarta. Se determinó que no existe un nivel de relación significativa entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes escolares de Ciudad Nueva, Tacna 2018; ya que según los estadísticos de prueba no paramétrico Tau c de kendall se puede apreciar que el P- valor es 0.161.

6.2. SUGERENCIAS

Primera. El ministerio de salud debe continuar con la investigación acerca de la problemática de nuestros adolescentes, como la ansiedad, abuso de sustancias psicoactivas, conductas autolesivas, entre otras, para así proponer planes de prevención, que sean ejecutados a través de gestiones privadas o públicas.

Segunda. Los centros de salud cercanos a las I.E. aquí nombradas, deben continuar con la ejecución del estudio de la variable depresión relacionada con otros posibles factores causantes, como factores sociodemográficos, ambiente educativo, educación sobre la resiliencia en la I.E. no solo en el nivel secundario, sino también en el nivel primario e incluso a nivel técnico o superior en otras instituciones.

Tercera. Los centro de salud cercanos a las I.E. aquí nombradas, pueden plantear programas de promoción que brinden información a docentes y personal administrativo de la I.E. mediante charlas o talleres que les permita actuar efectivamente frente a casos de depresión o disfunción familiar, generando espacios de empatía y contención emocional, ya que la I.E. es de vital soporte ante situaciones de riesgo y vulnerabilidad.

Cuarta. El área de atención psicológica dentro de las I.E. aquí nombradas, gestionar el desarrollo de programas de promoción sobre psicoeducación emocional, habilidades sociales, resolución de problemas, resiliencia, flexibilidad psicológica, dirigidos a estudiantes, padres de familia y docentes, dando a conocer herramientas psicológicas que ayuden a enfrentar estos conflictos, tomando en cuenta los resultados aquí encontrados.

Quinta. El área de atención psicológica dentro de las I.E. aquí nombradas, deben llevar a cabo la derivación correspondiente a los centros de salud más cercanos, además de gestionar las coordinaciones necesarias para que el personal de los centros de salud haga tamizajes y la atención correspondiente de los casos positivos encontrados.

Sexta. El área de atención psicológica dentro de las I.E. aquí nombradas, pueden promover la realización de actividades que fomenten la cercanía y fortalecimiento del vínculo familiar, por ejemplo; talleres de comunicación asertiva y empática, contención y validación emocional dentro de la familia o la psicoeducación de factores de protección de la salud mental que los mismos estudiantes podrían investigar.

REFERENCIAS

- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C. & Vázquez, C. (2006). Depresión. *Guías Clínicas*, 6(11), 1-6
- Alfonso, C., Valladares, A., Rodríguez, L. & Selín, M. (2017). Comunicación, cohesión y satisfacción familiar en adolescentes de la enseñanza secundaria y preuniversitaria. Cienfuegos 2014. *MediSur*, 15(3), 341-349.
- Álvarez, S. & Maldonado, K. (2017). *Funcionamiento familiar y dependencia emocional en estudiantes universitarios*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa, Perú.
- Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffin, N. & Jiménez, M. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9 (2), 205-216.
- Alzuri, M., Hernández, N. & Calzada, Yanara. (2017). Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. *Revista Finlay*, 7(3), 152-154. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-4342017000300001&lng=es&tlng=es.
- Araujo, L. (2016). *Cohesión y adaptabilidad familiar y depresión en adolescentes de una I.E. de Lima*. Tesis de licenciatura. Universidad Señor de Sipan, Chiclayo, Perú.
- Arenas, S. (2009). *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Ares, P. (2002). *Psicología de la familia, una aproximación a su estudio*. La Habana: Editorial Félix Varela

- Arranz, J. (s.f). *Depresión*. Recuperado de <http://www.joseantonioarranz.com/depresion/>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Estados Unidos: Editorial Médica Panamericana.
- Baquerizo, M. (2017). *Cohesión y adaptabilidad familiar y el rendimiento académico de estudiantes universitarios*. Tesis de maestría. Universidad Cesar Vallejo, Lima, Perú.
- Bazo-Alvarez, J., Bazo-Alvarez, O., Aguila, J., Peralta, F., Mormontoy, W., & Bennett, I. (2016). Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar faces-III: un estudio en adolescentes peruanos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 462-470.
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (2006). *Inventario de Depresión de Beck*. Argentina: Editorial Paidós.
- Begazo, I. (2018). *Prevalencia de ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su asociación con factores sociodemográficos en estudiantes del 4° y 5° año de secundaria del C.E. Libertador Castilla Arequipa-2018*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.
- Begoña, E. (2009). *Psicología del desarrollo. Volumen 2: Desde la infancia a la vejez*. España: Editorial McGraw-Hill.
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología, Volumen II*. Madrid: Editorial McGraw Hill.
- Benavides, P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*, (105), 171-188.
- Bermúdez, C. & Brik, E. (2010). *Terapia familiar sistémica*. Madrid: Editorial Síntesis.

- Bleichmar, H. (2003). Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico. *Aperturas Psicoanalíticas*, 14. Recuperado de <http://www.aperturas.org/1>
- Cáceres, J. (2013). *Capacidad y factores asociados a la resiliencia en adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres del distrito de Ciudad Nueva, Tacna – 2012*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú.
- Cárdenas, M., Feria, M., Vázquez, J., Palacios, L., & De la Peña, F. (2010). *Guía clínica para los Trastornos afectivos (depresión y distimia) en niños y adolescentes*. Recuperado de <http://www.inprf.gob.mx>
- Cari, E. & Zeballos, N. (2017). *Funcionamiento familiar y habilidades sociales en adolescentes de 3ro a 5to grado de secundaria de la Institución Educativa José Antonio Encinas Juliaca*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.
- Cartagena, D. (2014). *Dinámica familiar relacionada a la depresión rasgo-estado en adolescentes de 3ro a 5to de secundaria en la I.E. Horacio Zeballos Gámez, Arequipa-2014*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.
- Castilla, H., Caycho, T., Shimabuhuro, M. & Valdivia, A. (2014). Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la escala Apgar-Familiar en adolescentes de Lima. *Propósitos y representaciones*, 2(1)
- Cid, M., Montes de Oca, R. & Hernandez, O. (2014). La familia en el cuidado de la salud. *Revista Médica Electrónica*, 36(4), 462-472.
- Clavijo, A. (2002). *Crisis, Familia y Psicoterapia*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Cogollo, Z., Gómez, E., De Arco, O., Ruiz, I. & Campo-Arias, A. (2009). Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(4), 637-633.

- Cristobal, E. (2017). *Funcionamiento familiar y la depresión en estudiantes de la Institución Educativa Héroes de Jactay, Huanuco-2016*. Tesis de maestría. Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Huánuco, Perú.
- Cruz, A. (2013). *Factores de riesgo y su relación con la salud mental de las estudiantes del quinto grado de educación secundaria de la I.E. María Ugarteche de Mac-Lean de Tacna 2012*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú.
- Cruz, G. (2012). De la tristeza a la depresión. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(4), 1310-1325.
- Díaz, J. (2018). *Depresión y funcionamiento familiar en jóvenes universitarios*. Tesis de licenciatura. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.
- Dirección Regional de Salud Tacna. (2017). *Boletín estadístico 2016. Oficina de informática, telecomunicaciones y estadística*. Recuperado de: http://diresatacna.gob.pe/media/ckeditor/files/estadistica/Boletin_Estadistico_2016.pdf
- Espinal, I., Gimeno, A. & González, F. (2004). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista internacional de sistemas*. 14, 21-34
- Estacio, X. (2015). *Disfunciones familiares que tienen una influencia directa en la depresión, en los pacientes atendidos en el servicio de consulta externa del área de salud n°9*. Tesis de licenciatura. Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Flores (2014). *Funcionamiento familiar y su relación con las conductas de riesgo en adolescentes del nivel secundario, Institución Educativa Enrique Paillardelle Tacna – 2013*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú.
- Fuentes, A. & Merino, J. (2016). Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 14(2), 247-283.

- García, X. & Estremero, J. (2003). *Ciclo vital, crisis evolutivas*. Recuperado de: <https://studylib.es/doc/5577894/ciclo-vital.-crisis-evolutivas>
- García, A. (2009). La depresión en adolescentes. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. *Revista de estudios de juventud*, (84), 85-104
- Garibay, S. (2013). *Enfoque sistemático: una introducción a la psicoterapia familiar*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Gil, R. (2007). *Neuropsicología*. Madrid: Editorial Masson.
- Hendrie, K. (2015). *¿Existe una influencia significativa de la cohesión y adaptabilidad familiar percibida por los adolescentes sobre la resiliencia mostrada en escuelas de Nuevo León – México?* Tesis de doctorado, Universidad de Montemorelos, México.
- Hernández-Vásquez, A., Ramírez-Gálvez, J., Vergara-Cueva, C., Tumbajulca-Ascate, A., Oyola-García, A., Sarria-Baldoceda, N. & Quispe-Ilanzo, M. (2015). Influencia de la disfunción familiar y la depresión en el inicio del consumo de alcohol en adolescentes. *Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 8(3), 174-176.
- Herrera, P. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(6), 591-595.
- Hidalgo, C. & Carrasco, E. (2002). *Salud familiar: Un modelo de atención integral en la atención primaria*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile
- Hoyos, E., Lemos, M. & Torres, Y. (2012). Factores de riesgo y de protección de la depresión en los adolescentes de la ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 109-121.
- Instituto Nacional de Salud Mental (2013). Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe general. *Anales de Salud Mental*, 24.
- Jiménez, G. (2002). *La depresión desde una perspectiva tridimensional: Elaboración de un instrumento de medida*. Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid, España.

- Korman, G. & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 119-145.
- Leyva-Jiménez, R., Hernández-Juárez, A., Nava-Jiménez, G. & López-Gaona, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3).
- Loján, M. (2016). *Funcionalidad familiar asociada a depresión en los adolescentes del Colegio Nacional Mixto 8 de Diciembre de la Parroquia San Pedro de la Bendita-Loja en el periodo abril-agosto 2015*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Loja, Ecuador.
- López, M., Barrera, M., Cortés, J., Guines, M. & Jaime, M. (2011). Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. *Salud Mental*, 34(2), 111-120.
- López, M., Fuentes, N., Palos, P. & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35(1), 37-43.
- Mendizábal, J. & Ansures, B. (1999). La familia y el adolescente. *Revista médica del Hospital General de México*, 62(3), 191-197
- Ministerio de Salud (2005). *Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/dgps>
- Ministerio de Salud (2007). *Plan Nacional Concertado de Salud*. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/000_PNCS.pdf
- Ministerio de Salud (2008). *Guía Técnica: Guía de práctica clínica en depresión*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp>
- Ministerio de Salud (2009). *Análisis de Situación de Salud de las y los Adolescentes. Ubicándolos y Ubicándonos*. Recuperado de <http://www.codajic.org>
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Guanajuato: Editorial Gedisa Mexicana

- Molleda, M. & Rodríguez, D. (2016). *Disfunción familiar y el rendimiento académico en los estudiantes de enfermería en una universidad privada de Lima 2015*. Tesis de licenciatura. Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.
- Navarro-Loli, J., Moscoso, M., & Calderón-De la Cruz, G. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1), 57-74. Recuperado de <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.04>
- Oblitas, L. A. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. México D.F: Cengage Learning.
- Ocejo, P. (2006). La Depresión en los Adolescentes. *Revista Mexicana De Orientación Educativa*, 4(8), 29-33.
- Ochoa, G. (2015). *Relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la academia preuniversitaria Alexander Fleming Arequipa 2015*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.
- Oliva, E. & Villa, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 10(1), 11-20.
- Olson, D. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144-167.
- Olson, D., Russell, C. & Sprenkle, D. (1989). *Circumplex Model: Systemic Assessment and Treatment of Families*. New York: The Haworth Press
- Olson, D., Portner, J. & Lavee, J. (1985). *Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III)*. Minnesota: Universidad de Minnesota.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- Organización Panamericana de la salud (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Recuperado de

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Ortiz, M. (1999). La salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), 439-445
- Papalia, D.; Duskin, R. & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. México D.F.: McGraw Hill.
- Pérez, E., De la Cuesta, D., Louro, I. & Bayarre, H. (1997). Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento, *Ciencias de la Salud Humana*, 4(1), 63-66.
- Ramírez M. (2004). *Funcionalidad familiar en adolescentes de preparatoria*. Tesis de maestría. Universidad Autónoma de Nueva León, México.
- Retamal, P. (1998). *Depresión, guías para el paciente y la familia*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Rodrigo, M. & Palacios, J. (2009). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial.
- Rodríguez, E. & Farfán, D. (2015). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013. *Revista de Investigación Universitaria*, 4(2), 71-78.
- Romero, R. & Solano, E. (2005). *Rol de la Enfermera en el Funcionamiento Familiar*. Tesis de licenciatura. Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.
- Salinas, R. (2017). *Análisis del porcentaje de familias funcionales de adolescentes gestantes en el Distrito Gregorio Albarracín de Tacna, 2016*, Informe de Investigación. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú.
- Sánchez, F. & Sánchez, G. (2017). *Depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas secundaria de menores N°6010227 San Juan Bautista 2016*. Tesis de licenciatura. Universidad Científica del Perú, Iquitos, Perú.
- Sánchez, P. (2008). *Psicología clínica*. México: Editorial El Manual Morderno.

- Sarason, I. & Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Editorial Pearson educación.
- Sigüenza, W. (2015). *Funcionamiento familiar según el modelo circunplejo de Olson*. Tesis de maestría. Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Soria, D (2013). *Depresión asociado a interacción familiar y rendimiento académico en adolescentes universitarios*, Tesis de licenciatura. Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.
- Soriano-Fuentes, S., De La Torre-Rodríguez, R. & Soriano-Fuentes, L. (2003). Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. *Med Familia*, 42, 130-5.
- Sue, D., Wing, D. & Sue, S. (2010). *Psicopatología. Comprendiendo la conducta anormal*. México D.F.: Editorial Cengage Learning.
- Torrel, M. & Delgado, M. (2014). Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla-Tumbes, 2013. *Ciencia y Desarrollo*, 17(1), 47-54.
- Valdés, C. Á. (2007). *Familia y desarrollo: intervenciones en terapia familiar: intervenciones en terapia familiar*. México D.F., MX: Editorial El Manual Moderno. Recuperado de <http://www.ebrary.com>
- Valverde, Y. (2011). *Violencia escolar o bullying relacionado con el funcionamiento familiar, adolescentes de la I.E. "Mariscal Cáceres" Tacna – 2011*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú.
- Vargas, H., Tovar, H. & Valverde, J. (2013). *Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la sierra peruana 2003*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2656.PDF>
- Vargas, H. (2018). *Funcionamiento familiar y su relación con la depresión en adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas, octubre-*

diciembre, año 2017. Tesis de especialidad. Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.

Vázquez, F., Muñoz, R. & Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.

World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Zapata-Gallardo, J., Figueroa-Gutiérrez, M., Méndez-Delgado, N., Miranda-Lozano, V., Linares-Segovia, B., Carrada-Bravo, T., Vela-Otero, Y. & Rayas-Lundes, A. (2007). Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. *Artemisa*, 64, 295 – 301.

APÉNDICE**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, _____ acepto que mi menor hijo participe en la investigación “Funcionalidad familiar y depresión en adolescentes escolares de Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018”, teniendo de conocimiento que será llevada a cabo por Kerly Santos Juanillo egresada de la carrera profesional de Psicología de la Universidad Privada de Tacna, siendo parte de su tesis para obtener el grado académico de Licenciada en Psicología.

Reconozco estar informado del proceso de dicha investigación, que supone la aplicación de dos cuestionarios: Inventario de depresión de Beck IIA y Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar de Olson, cuya aplicación tendrá una duración de 20 min aproximadamente.

Soy notificado del anonimato de la información obtenida, y estoy de acuerdo con lo mencionado anteriormente.

Firma del padre y/o tutor

Firma del investigador

CUESTIONARIO PARA ESTUDIANTES DE I.E. DE CIUDAD NUEVA

INTRODUCCIÓN:

Buenas tardes, mi nombre es Kerly Santos Juanillo, soy bachiller de psicología de la Universidad Privada de Tacna, en coordinación con las autoridades de su I.E estoy entregando dos cuestionarios a todos los estudiantes que se encuentren entre los 13 a 19 años, teniendo por finalidad conocer la funcionalidad familiar y depresión, para lo cual, le pido que responda de manera veraz y clara las siguientes preguntas. La información que se obtendrá será de **CARÁCTER ANÓNIMO** y permitirá tomar medidas que favorezcan el desarrollo integral de los adolescentes y familias.

DATOS GENERALES:

- a. **Edad:** _____
- b. **Año que cursa:** _____
- c. **Fecha de evaluación:** _____

**ESCALA DE EVALUACIÓN DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD
FAMILIAR (FASES III)**

INSTRUCCIONES

A continuación usted deberá seleccionar una de las opciones que se le presentaran a continuación. Deberá marcar con una X la opción que más se acerque a su respuesta

1	2	3	4	5
Casi nunca o nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre o casi siempre

Nro	ITEMS	1	2	3	4	5
01	Los miembros de mi familia se piden ayuda unos a otros.					
02	En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos.					
03	Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene.					
04	Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina.					
05	Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia inmediata.					
06	Diferentes personas de la familia actúan en ella como líderes.					
07	Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí, que a personas externas a la familia.					
08	En nuestra familia hacemos cambios en la forma de ejecutar los quehaceres.					
09	A los miembros de la familia les gusta pasar juntos su tiempo libre.					
10	Los padres e hijos discuten las sanciones.					
11	Los miembros de la familia se sienten muy cerca unos a otros.					
12	Los hijos toman las decisiones en la familia					

13	Cuando nuestra familia comparte actividades, todos estamos presentes.					
14	Las reglas cambian en nuestra familia.					
15	Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.					
16	Nos turnamos las responsabilidades de la casa.					
17	Los miembros de la familia se consultan entre sí sus decisiones.					
18	Es difícil identificar quién es, o quiénes son los líderes.					
19	La unión familiar es muy importante					
20	Es difícil decir quién se encarga de cuáles labores del hogar.					

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-IIA)

INSTRUCCIONES: En el siguiente cuestionario hay varios grupos de afirmaciones. Lea con atención cada uno de ellos y escoja la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se ha sentido esta última semana, incluido el día de hoy. Ponga una X en el número de la afirmación que haya escogido. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

01	0	No me siento triste.
	1	Me siento triste gran parte del tiempo.
	2	Estoy triste todo el tiempo.
	3	Estoy tan triste que no puedo soportarlo.
02	0	No estoy desalentado respecto de mi futuro.
	1	Me siento más desalentado respecto de mi futuro de lo que solía estar.
	2	No espero que las cosas funcionen para mí.
	3	Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
03	0	No me siento como un fracasado.
	1	He fracasado más de lo que hubiera deseado.

	2	Cuando miro atrás veo muchos fracasos.
	3	Siento que como persona soy un fracaso total.
04	0	Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
	1	No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
	2	Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
	3	No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
05	0	No me siento particularmente culpable.
	1	Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho.
	2	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
	3	Me siento culpable todo el tiempo.
06	0	No siento que estoy siendo castigado.
	1	Siento que tal vez pueda ser castigado
	2	Espero ser castigado.
	3	Me siento castigado.
07	0	Me siento conforme conmigo mismo.
	1	Hay cosas en las que no estoy conforme conmigo mismo.
	2	Existen muchísimas cosas en las que no estoy conforme conmigo mismo.
	3	No estoy conforme conmigo mismo.
08	0	Siempre que me critico lo hago para mejorar.
	1	Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estar.
	2	Me critico a mí mismo la mayor parte del tiempo.
	3	Me critico a mí mismo todo el tiempo.
09	0	No tengo ningún pensamiento acerca de matarme.
	1	He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
	2	Desearía matarme.
	3	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
10	0	No he llorado últimamente.

	1	Lloro más de lo que solía hacerlo.
	2	Lloro la mayor parte del tiempo.
	3	Lloro todo el tiempo.
11	0	En general, no suelo estar inquieto.
	1	Me siento más inquieto de lo habitual.
	2	Estoy tan inquieto la mayor parte del tiempo.
	3	Estoy tan inquieto todo el tiempo.
12	0	No he perdido el interés en otras actividades o personas.
	1	Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
	2	He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
	3	Me es difícil interesarme por algo.
13	0	Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
	1	Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
	2	Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
	3	Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
14	0	Siento que soy valioso.
	1	No me considero tan valioso como solía considerarme.
	2	Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
	3	Siento que no valgo nada.
15	0	Tengo la misma energía de siempre.
	1	Tengo menos energía que la que suelo tener.
	2	No tengo suficiente energía para hacer las cosas.
	3	No tengo energía para nada.
16	0	No he tenido cambios en mis hábitos de sueño.
	1a	Duermo un poco más que lo habitual.
	1b	Duermo un poco menos que lo habitual.
	2a	Duermo mucho más que lo habitual.

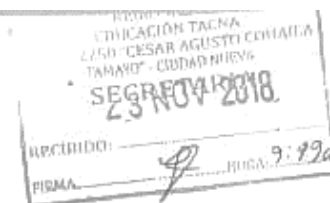
	2b	Duermo mucho menos que lo habitual.
	3a	Duermo la mayor parte del día.
	3b	Por lo general, duermo muy pocas horas.
17	0	No me irrito con facilidad.
	1	Me irrito de vez en cuando.
	2	Suelo irritarme con frecuencia.
	3	Estoy irritado todo el tiempo.
18	0	No he tenido cambios en mi apetito.
	1a	Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
	1b	Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
	2a	Mi apetito es mucho menos que antes.
	2b	Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
	3a	No tengo apetito en absoluto.
	3b	Quiero comer todo el tiempo.
19	0	Puedo concentrarme tan bien como siempre.
	1	No puedo concentrarme tan bien como lo habitual.
	2	Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
	3	Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
20	0	No me siento cansado ni fatigado.
	1	Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
	2	Me siento fatigado o cansado para hacer las cosas que solía hacer.
	3	Me siento demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.
21	0	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
	1	Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía hacerlo.
	2	Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
	3	He perdido completamente el interés por el sexo.

Gracias por tu colaboración.



UPT
FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y HUMANIDADES

"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN REGIONAL SECTORIAL DE EDUCACIÓN
TACNA - TACNA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA "MARISCAL CÁCERES"

CARTA DE PRESENTACIÓN **RECIBIDO**

FECHA: 22 NOV 2018 HORA: 06:25
REG.: _____ FOLIO: _____ FIRMA: [Signature]

Tacna, 2018 noviembre 21

Señores (as)

Prof. VÍCTOR MANUEL RAMOS COPARE - DIRECTOR DE LA I.E. MARISCAL CÁCERES
Lic. ALDO ESPINOZA RODRÍGUEZ - DIRECTOR DE LA I.E. MANUEL A. ODRÍA
Prof. OSCAR VALLE ZAVALA - DIRECTOR DE LA I.E. SIMÓN BOLÍVAR
Lic. JACKELINE PÉREZ GUTIÉRREZ - DIRECTORA DE LA I.E. CÉSAR COHAÍLA TAMAYO
Ciudad.-

Asunto: Facilidades a estudiante para aplicación de instrumentos de evaluación

Con especial agrado me dirijo a usted para saludarlo (a) muy cordialmente y así mismo manifestarle que la señorita **SANTOS JUANILLO, Kerly Arianna**, egresada de la Carrera Profesional de Psicología, viene realizando su trabajo de investigación titulado "Funcionalidad Familiar y depresión en adolescentes escolares de las Instituciones Educativas de Ciudad Nueva, Tacna 2018", para lo cual tiene que aplicar instrumentos de evaluación.

Mucho agradeceré tenga a bien brindarle las facilidades necesarias para que pueda desarrollar su trabajo en la institución que usted tan dignamente dirige.

Quedando muy reconocidos por su colaboración, es propicia la ocasión para expresarle las muestras de mi consideración más distinguida.

Atentamente,



Patricia Nué Caballero
Mag. Patricia Nué Caballero
Decana



c.e. - Archivo
rac*
Reg. 125-2018

Universidad Privada de Tacna
Campus Capanique s/n, Tacna - Perú

INFORME

AL : Mgr. PATRICIA NUÉ CABALLERO
Decana de la FAEDCOH - UPT

DEL : Psic. Yefer Andrés Torres Gonzales
Docente de la Carrera Profesional de Psicología

ASUNTO : Asesoría de tesis.

FECHA : Tacna, 30 de julio de 2020

Me dirijo a usted para saludarla cordialmente y cumplir con lo dispuesto en la resolución N° 224-D-2018-UPT/FAEDCOH, en el que se me designa como dictaminador de la tesis titulada "FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES ESCOLARES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE CIUDAD NUEVA, TACNA 2018" presentada por la Srta. Bachiller **SANTOS JUANILLO**, Kerly Arianna.

Al respecto, luego del acompañamiento y levantamiento de observaciones respectivas, comunico a usted que el proceso de asesoría culminó satisfactoriamente, pudiendo continuar con la siguiente etapa.

Es cuanto informo para los fines pertinentes,



Psic. Yefer Andrés Torres Gonzales

Docente - Escuela Profesional de Humanidades
Carrera Profesional de Psicología



INFORME

A : Mg. Patricia Nué Caballero
Decana de la Facultad de Educación CCO y Humanidades

DE : Psic. Cynthia Jaqueline Romero Alatriza.
Docente de la carrera de Psicología.

ASUNTO : Dictamen de Tesis

FECHA : 20 de octubre del 2020

Me es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y manifestarle lo siguiente:

En vista de la resolución N° 158-D-2020-UPT/FAEDCOH, donde se me designa como dictaminador de la tesis denominada: **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES ESCOLARES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE CIUDAD NUEVA, TACNA 2018”** de la Bachiller en Psicología SANTOS JUANILLO Kerly Arianna, para optar el título profesional de Licenciada en Psicología; tras haber realizado las respectivas revisiones se concluye como FAVORABLE encuentra apta para continuar con los trámites correspondientes.

Sin otro particular, quedo de Ud.

Psic. Cynthia Jaqueline Romero Alatriza
Docente - Carrera Profesional de Psicología

Tacna, 17 de octubre del 2020

Informe N° 030-2020-JBVV/D.FAEDCOH/UPT

Señor

Mgr. PATRICIA NUE CABALLERO

DECANO DE LA FACULTAD DE EDUCACIÓN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y HUMANIDADES.

PRESENTE

ASUNTO: Dictamen de Tesis


Tengo el agrado de dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento la culminación de la revisión de tesis presentada por la Bachiller en Psicología SANTOS JUANILLO, Kerly Arianna, la cual fue designada a mi persona con resolución N°158-D-2020-UPT/FAEDCOH, que lleva por título "Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes escolares de instituciones educativas de ciudad nueva, tacna 2018".

SE PROPONE:

Seguimiento de tesis, por cuanto reúne las condiciones del caso.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para expresarle mi especial deferencia.

Atentamente. -



Psic. Julio Berne. Valencia Valencia
DNI 29674269