



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN  
ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LIMA ESTE

**Línea de investigación:**

**Psicología de los procesos básicos y psicología educativa**

Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología con  
mención en Psicología Clínica

**Autora:**

Chaucas Capcha, Luz Carin

**Asesor:**

Becerra Flores, Sara Nilda

ORCID: 0000-0003-4390-116X

**Jurado:**

Castillo Gómez, Gorqui

Córdova Gonzales, Luis

Quiñones Gonzáles, Linda

**Lima - Perú**

**2024**



# PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LIMA ESTE

## INFORME DE ORIGINALIDAD

29%

INDICE DE SIMILITUD

28%

FUENTES DE INTERNET

6%

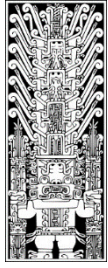
PUBLICACIONES

14%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

|   |   |     |
|---|---|-----|
| 1 | <a href="https://repositorio.unfv.edu.pe">repositorio.unfv.edu.pe</a><br>Fuente de Internet       | 4%  |
| 2 | <a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a><br>Fuente de Internet                         | 4%  |
| 3 | Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal<br>Trabajo del estudiante                   | 2%  |
| 4 | <a href="https://repositorio.ucv.edu.pe">repositorio.ucv.edu.pe</a><br>Fuente de Internet         | 1%  |
| 5 | Submitted to Universidad Cesar Vallejo<br>Trabajo del estudiante                                  | 1%  |
| 6 | <a href="https://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a><br>Fuente de Internet             | 1%  |
| 7 | Submitted to Universidad Ricardo Palma<br>Trabajo del estudiante                                  | 1%  |
| 8 | <a href="https://repositorio.unheval.edu.pe">repositorio.unheval.edu.pe</a><br>Fuente de Internet | <1% |



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

### **PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LIMA ESTE**

**Línea de investigación:**

**Psicología de los procesos básicos y psicología educativa**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con mención  
en Psicología Clínica

**Autora:**

Chaucas Capcha, Luz Carin

**Asesora:**

Becerra Flores, Sara Nilda

ORCID: 0000-0003-4390-116X

**Jurado:**

Castillo Gómez, Gorqui

Córdova Gonzales, Luis

Quiñones Gonzáles, Linda

**Lima – Perú**

**2024**

**Dedicatoria**

A mis padres y hermano.

### **Agradecimientos**

A mi alma mater, la Universidad Nacional Federico Villarreal, por haberme brindado la base académica y formativa.

A mi asesora, la Dra. Sara Becerra, por todo su apoyo, guía, paciencia y valiosas recomendaciones en el desarrollo de esta investigación.

A mi esposo, por su incondicional apoyo, motivación y comprensión a lo largo de este proceso.

A mis hermanos por su constante apoyo y aliento.

A la Dra. Milagros Carmona por sus valiosos consejos y motivación.

## ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| Resumen  | ix        |
| Abstrac  | x         |
| <b>I. INTRODUCCIÓN</b>                             | <b>1</b>  |
| 1.1. Descripción y formulación del Problema        | 1         |
| 1.2. Antecedentes                                  | 6         |
| 1.2.1. Antecedentes Internacionales                | 6         |
| 1.2.2. Antecedentes Nacionales                     | 8         |
| 1.3. Objetivos                                     | 13        |
| 1.3.1. Objetivo General                            | 13        |
| 1.3.2. Objetivos Específicos                       | 13        |
| 1.4. Justificación                                 | 14        |
| 1.5. Hipótesis                                     | 14        |
| 1.5.1. Hipótesis General.                          | 14        |
| 1.5.2. Hipótesis Especifica                        | 15        |
| <b>II. MARCO TEÓRICO</b>                           | <b>16</b> |
| 2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación | 16        |
| 2.1.1. Percepción                                  | 16        |
| 2.1.2. Adolescencia                                | 16        |
| 2.1.3. Familia                                     | 17        |

|  |    |
|--|----|
| 2.1.4. Depresión   | 23 |
| <b>III. MÉTODO</b>   | 27 |
| 3.1. Tipo de investigación   | 27 |
| 3.2. Ámbito temporal y espacial  | 27 |
| 3.3. Variables   | 27 |
| 3.4. Población y muestra   | 28 |
| 3.5. Instrumentos  | 29 |
| 3.6. Procedimientos  | 32 |
| 3.7. Análisis de datos   | 33 |
| 3.8. Consideraciones Éticas  | 33 |
| <b>IV. RESULTADOS</b>  | 34 |
| 4.1. Análisis de propiedades psicométricas de los instrumentos de medición | 34 |
| 4.1.1. Escala Percepción del Funcionamiento Familiar (APGAR familiar)      | 34 |
| 4.1.2. Escala Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR)               | 35 |
| 4.2. Prueba de normalidad  | 37 |
| 4.3. Análisis Descriptivo  | 37 |
| 4.4. Contrastación de Hipótesis  | 41 |
| <b>V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>  | 43 |
| <b>VI. CONCLUSIONES</b>  | 48 |
| <b>VII. RECOMENDACIONES</b>  | 49 |

**VIII. REFERENCIAS**

50

**IX. ANEXOS**

64



**ÍNDICE DE TABLAS**

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1 Matriz de operacionalización de las variables de estudio   | 39 |
| Tabla 2 Distribución de la muestra según sexo y año de estudio   | 40 |
| Tabla 3 Coeficiente de confiabilidad de la Escala APGAR -familiar  | 45 |
| Tabla 4 Análisis de validez ítem-test de la Escala APGAR   | 45 |
| Tabla 5 Categorización de la Escala APGAR  | 46 |
| Tabla 6 Coeficiente de confiabilidad de la Escala EDAR   | 46 |
| Tabla 7 Análisis de validez ítem-test de la Escala EDAR  | 47 |
| Tabla 8 Categorización de la Escala EDAR   | 48 |
| Tabla 9 Prueba de Normalidad de Percepción del funcionamiento familiar (APGAR) y Depresión en adolescentes (EDAR)                                    | 48 |
| Tabla 10 Niveles de la Percepción del funcionamiento familiar en la muestra de estudio   | 49 |
| Tabla 11 Percepción del funcionamiento familiar según sexo   | 50 |
| Tabla 12 Niveles de síntomas depresivos en adolescentes en la muestra de estudio   | 50 |
| Tabla 13 Niveles de síntomas depresivos según sexo   | 51 |
| Tabla 14 Análisis de correlación entre Percepción del funcionamiento familiar y Síntomas depresivos en adolescentes                                  | 52 |
| Tabla 15 Prueba de U de Mann-Whitney para hallar diferencias entre las puntuaciones de la variable Percepción del funcionamiento familiar según sexo | 53 |
| Tabla 16 Prueba de U de Mann-Whitney para hallar diferencias entre las puntuaciones de la variable Síntomas de depresión en adolescentes según sexo  | 53 |

**ÍNDICE DE FIGURAS**

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 Niveles de la Percepción del funcionamiento familiar en la muestra de estudio | 49 |
| Figura 2 Niveles de Síntomas depresivos en adolescentes en la muestra de estudio       | 51 |

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la percepción del funcionamiento familiar y los síntomas depresivos en adolescentes de una institución educativa estatal de Lima Este. El enfoque de la investigación es cuantitativo, de naturaleza no experimental, de corte transversal y de tipo descriptivo correlacional. La muestra estuvo conformada por 254 alumnos (131 hombres y 123 mujeres). Los instrumentos aplicados fueron: Escala APGAR-familiar y la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR). Los resultados evidencian que existe una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) y un coeficiente de correlación negativa moderada ( $Rho = -,549$ ) entre la Percepción del funcionamiento familiar y los Síntomas depresivos en adolescentes. El 39 % de los evaluados perciben el funcionamiento familiar como “altamente disfuncional”, siendo el 23,2 % de este grupo mujeres. Aproximadamente el 50 % de los adolescentes presentan síntomas depresivos entre “moderado” y “severo”, de los cuales el 31,9 % son mujeres. Se evidencian diferencias para ambas variables según el sexo.

*Palabras claves:* funcionamiento familiar, síntomas depresivos, adolescencia, sex.

### **Abstract**

The objective of this research was to determine the relationship between the perception of family functioning and depressive symptoms in adolescents from a state educational institution in East Lima. The research approach is quantitative, non-experimental in nature, cross-sectional and descriptive-correlational. The sample was made up of 254 students (131 men and 123 women). The instruments applied were: APGAR-family scale and the Reynolds Adolescent Depression Scale (EDAR). The results show that there is a statistically significant relationship ( $p < 0.01$ ) and a moderate negative correlation coefficient ( $Rho = -.549$ ) between the Perception of family functioning and depressive symptoms in adolescents. 39 % of those evaluated perceive family functioning as “highly dysfunctional”, with 23.2 % of this group being women. Approximately 50 % of adolescents present depressive symptoms between “moderate” and “severe”, of which 31.9 % are women. Differences are evident for both variables according to sex.

*Keywords:* family functioning, depressive symptoms, adolescence, sex.

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Descripción y formulación del Problema

La familia constituye la base nuclear de la sociedad, conformado por un grupo humano unido por vínculos afectivos, sanguíneos o adoptivos (Bezanilla y Miranda, 2013). Este es un sistema interactivo, cuya dinámica de sus miembros establece los cimientos para las relaciones futuras y externas; así como para la percepción que la persona desarrolla de sí misma, su entorno y su capacidad para afrontar las presiones del medio social.

Aldeas Infantiles, señala que la función de la familia es fundamental en el desarrollo social y emocional de las personas. La familia no solo cubre las necesidades básicas de alimentación y vestuario, sino que también permite a los niños adquirir las habilidades necesarias para enfrentar los desafíos de la vida adulta y alcanzar su máximo potencial (Aldeas Infantiles, marzo 2016). Por esto, la importancia de la percepción del funcionamiento familiar, definida como la percepción que tiene una persona sobre el cuidado y apoyo que recibe de su familia, la cual es evaluada y expresa el grado de satisfacción respecto al cumplimiento de cinco aspectos fundamentales como adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución (Smilkstein, 1978).

De acuerdo con su funcionamiento, la familia puede ser funcional o disfuncional. Una familia funcional impulsa el desarrollo de sus integrantes, preservando una salud favorable (Moreno y Chauta, 2012), fomentando la comunicación adecuada, la libre expresión de dudas e inquietudes y con capacidad de resolución de problemas (Cortaza et al., 2019). Por el contrario, la familia disfuncional se caracteriza por no identificar y atender las necesidades primordiales de sus miembros (Quispe et al., 2023), por la falta de comunicación o su práctica inadecuada, por un ambiente conflictivo y por la normalización de conductas no adecuadas que deterioran la salud familiar (Reyes y Oyola, 2022).

Por esta razón, el tipo de funcionamiento familiar influye en la presencia o ausencia de conductas de riesgo (Reyes y Oyola, 2022) y en la aparición de síntomas y enfermedades en sus integrantes (Herrera, 1997). Asimismo, desempeña un papel importante en la transición armoniosa de una etapa a otra en el ciclo de vida (Castellón & Ledesma, 2012).

La etapa en la que nos enfocaremos en esta investigación es la adolescencia, que abarca desde el término de la niñez hasta justo antes del inicio de la edad adulta, comprendida entre los 10 y 19 años, período en que se experimentan cambios biológicos, sociales y psicológicos. Esta fase es crucial en el desarrollo humano para cimentar las bases de una salud óptima (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Es una época de transformación de niño a adulto, que es necesario transitar, es un proceso susceptible a la aparición de conductas de riesgos. Sin embargo, también es una etapa en la que se puede brindar apoyo para que enfrenten las adversidades y prepararlos para que desarrollen sus capacidades (Borras, 2014).

Erikson refiere que esta etapa se caracteriza por la confusión y el logro de la identidad (Chala y Matoma, 2013), para ello, los adolescentes experimentan con distintas conductas, estilos y grupos de pares en la búsqueda de su identidad, lo que a menudo implica cierto grado de rebeldía en relación con la imagen familiar (Gaete, 2015). Es en este período que el adolescente debe superar miedos y obstáculos para convertirse en un adulto responsable e integrado en la sociedad, desarrollando una percepción y autovaloración positiva (Cortina, 2014).

Diferentes autores indican que al generar en los hogares una comunicación más efectiva, una conexión emocional más sólida entre sus miembros y una mayor satisfacción con su ambiente familiar, los adolescentes experimentan una mayor percepción de apoyo proveniente de sus relaciones personales más significativas (Jiménez et al., 2005), disminuyendo

considerablemente la probabilidad de desarrollar conductas de riesgo a pesar de los factores existentes (Santander et al., 2008).

Por otra parte, diferentes estudios han revelado que, en familias con patrones disfuncionales, los factores de riesgo son más evidentes, favoreciendo la probabilidad de conductas perjudiciales en los adolescentes (Moreno y Chauta, 2012). Por ello, la familia desempeña el papel de un agente socializador que debe proveer entre otras cosas, herramientas emocionales necesarias para el ajuste psicológico; de lo contrario, el adolescente podría exponerse a desarrollar conductas de riesgo (Montañez et al., 2008). Entre las más frecuentes se encuentran el inicio temprano de relaciones sexuales y sin protección, que pueden conllevar a infecciones o embarazos no deseados, el uso y abuso de bebidas alcohólicas, tabaco o marihuana, también se observan trastornos alimenticios, deserción escolar, depresión, suicidio, entre otros (Jiménez et al., 2021; Rosabal et al., 2015).

Olivera et al. (2018) realizaron una investigación en una institución de Lima metropolitana evidenciando que a menor funcionalidad familiar hay mayor tendencia a presentar sintomatología depresiva en adolescentes. Por consiguiente, la salud mental y física de los adolescentes se ve afectada por la dinámica familiar, el contexto en el que se desenvuelven y las acciones de los padres (Pilco y Jaramillo, 2023).

Pomalima (2017) refiere que la depresión en adolescentes es una patología compleja que afecta el estado de ánimo, pensamiento y comportamiento. Para efectos de esta investigación, nos enfocaremos en la sintomatología depresiva, evidenciándose a través de variaciones abruptas del estado de ánimo, irritabilidad, enojo, falta de entusiasmo, conductas agresivas, sentimientos de angustia. En el año 2021, la OMS señaló que, en el mundo, uno de cada siete jóvenes de entre 10 a 19 años padece algún trastorno mental, siendo la ansiedad y la depresión los más frecuentes. Aproximadamente el 1,1 % de los adolescentes de edades entre

10 y 14 años y el 2,8 % de edades de entre 15 y 19 años padecen depresión (OMS, 2021). La afectación de la salud mental se da en niños y jóvenes en todas partes del mundo indistintamente de la clase social (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2019), y es influida por diversos factores, como psicológicos, biológicos y sociales (OMS, 2020).

El contexto social tiene impacto en la salud de la población mundial y esta se refleja en la salud mental. En el año 2020 se inició un proceso histórico considerado como la peor crisis que correlacionaba la salud, la economía y la sociedad con consecuencias gravitantes. Se dio a conocer una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2, llamada Coronavirus (COVID-19). El 30 de enero de ese año, la OMS declara la epidemia como emergencia de salud pública de preocupación internacional y para el 11 de marzo, anuncio que podía caracterizarse como una pandemia (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f.). Es así como el gobierno peruano en esa misma fecha declara el estado de emergencia sanitaria, condición que le permitía establecer medidas excepcionales para reforzar la vigilancia y respuesta ante el virus (Gutiérrez, 2021). Buscando priorizar el abordaje de casos por Covid-19, la atención remota y el cese parcial de actividades en los establecimientos de salud de atención primaria fueron algunas de las medidas tomadas por el gobierno (Tafur, 2022). Por lo que los casos atendidos por salud mental fueron en menor cantidad en comparación al año anterior, siendo un total de 980 504 casos, sin embargo, la pandemia tuvo un impacto negativo en la salud mental de la población, incrementando los casos de ansiedad, depresión, estrés y otros, atendándose entre los meses de enero y agosto del 2021, 261 197 casos por ansiedad y 132 928 por depresión (Ministerio de Salud [MINSA], 2021). En el año 2022, se reportó 247 171 casos de depresión, el 17.27 % correspondían a menores de edad (MINSA, 2023).

Es así como el MINSA manifiesta preocupación ante los casos de ansiedad y depresión, ya que esta población se encuentra más expuesta al suicidio, número que se ha incrementado



en el país en los últimos años, en el 2019 se presentaron 638 casos de suicidio, en el 2020 con 655 casos, 2021 con 712, y hasta agosto del 2022 fueron 513 los casos de suicidio (MINSA, 2022).

A consecuencia de este evento de impacto psicológico colectivo, la salud mental y bienestar de los niños y jóvenes podrían verse afectados durante muchos años por el confinamiento: alteración de la rutina, educación y ocio, preocupación por la salud de familiares a consecuencia de la COVID-19 (UNICEF, 2021). Un estudio publicado en este año por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU., reveló que la salud mental de los jóvenes y adolescente se ha visto afectada, ya que del año 2011 al 2021 se ha visto un incremento del 28 % al 42 % en el sentimiento de tristeza y desesperanza, y del 16% al 22 % los que consideraron suicidarse, siendo más afectadas por la tristeza la población femenina con 57 % en comparación con los varones con 29 % (Dávila, 2023).

Ante este evento, en el Perú se realizó un estudio epidemiológico de salud mental en niños y adolescentes en Lima metropolitana, en el contexto de la covid-19 - 2020, llevado a cabo por el Instituto Nacional de la Salud Mental (INSM, 2021), el cual evidenció que el 28 % de los adolescentes comprendidos entre las edades de 12 a 17 años, presentan episodio depresivo mayor.

Considerando el contexto social de la pandemia, su impacto en la adolescencia \_siendo esta una etapa crucial para la persona, donde se da la construcción de la identidad, acompañado de cambios fisiológicos, psicológicos y sociales\_, de no sentirse adecuadamente acompañados por su entorno familiar, podrían desarrollar problemas de salud mental; ante esta atmósfera nos formulamos la siguiente pregunta:

## **Formulación del Problema**

¿Existirá relación entre la percepción del funcionamiento familiar y los síntomas depresivos en adolescentes de una institución educativa de Lima Este?

### **1.2. Antecedentes**

#### ***1.2.1. Antecedentes Internacionales***

Serna et al. (2020) en Colombia asociaron la depresión y el funcionamiento familiar en adolescentes. La muestra empleada para este estudio estuvo constituida por 240 adolescentes (hombres y mujeres), de edades entre 15 y 19 años pertenecientes a instituciones educativas del municipio de Circasia (Quindío - Colombia). Los instrumentos aplicados fueron; el Inventario de Depresión de Beck, el cuestionario APGAR familiar de Smilkstein y una encuesta dirigida a extraer información sobre aspectos sociodemográficos, familiares y de salud. Los resultados obtenidos revelaron que el 45,8 % de los evaluados presenta algún nivel de depresión, el 46,3 % disfuncionalidad familiar. Así mismo, se halló la existencia de una asociación de funcionamiento familiar y depresión, observándose que cuanto más grave es la disfunción familiar, mayor es la probabilidad de presentar depresión moderada/grave.

Ruiz et al. (2020) en México, relacionaron el ambiente familiar y la depresión en los adolescentes. Para ello emplearon una muestra de 391 estudiantes, de edades entre 14 y 16 años, pertenecientes a escuelas secundarias públicas de la ciudad de México. Las pruebas aplicadas fueron; la Escala de Ambiente Familiar del Adolescentes (EAFA) y la Escala D del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A). Los resultados evidenciaron una diferencia con relación al sexo, revelando que el 13 % de las mujeres presentan un puntaje más elevado de lo normal en depresión, en comparación a los varones con 4.2 %. Así mismo, se realizó un análisis para hallar las diferencias en cuanto al sexo con relación a los factores del ambiente familiar, se evidencio que la aceptación familiar

y el conflicto entre los padres están relacionados de manera significativa con la depresión en los varones, y en el caso de las mujeres, están relacionados con la ausencia de normas y reglas, falta de comunicación y aceptación familiar.

Núñez et al. (2020) en Colombia determinaron la relación entre la ideación suicida y la funcionalidad familiar en 435 adolescentes de edades entre 12 y 17 años, escolarizados en instituciones públicas y privadas. Para el recojo de datos, se empleó la Escala de Ideación Suicida (CES-D-IS) y la Escala de Funcionamiento Familiar (APGAR familiar). Los resultados mostraron que el porcentaje de mujeres con ideación suicida es mayor al de los varones, con un 69,7 % y un 30,3 %, respectivamente. Además, se encontró una relación positiva y significativa ( $P < 0,01$ ) entre funcionalidad familiar y la ideación suicida, concluyéndose que a mayor disfuncionalidad familiar habrá mayor riesgo de ideación suicida. Esto resaltaría la importancia de la familia como factor protector o de riesgo en los jóvenes hacia el suicidio.

Gil et al. (2022) en México identificaron las situaciones estresantes y la relación con la sintomatología depresiva en 105 adolescentes, entre hombres y mujeres, de edades entre 15 y 17 años, pertenecientes al segundo año de bachillerato de una comunidad rural del estado de Michoacán. Se aplicaron tres instrumentos, siendo el primer instrumento la versión revisada de la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD – R), el segundo instrumento fue la Escala de Reajuste Social (SRRS) y el Cuestionario para medir Indicadores de Riesgo en la Trayectoria Académica. Los resultados obtenidos evidenciaron los síntomas depresivos que se observaron entre los evaluados, siendo la disforia con el promedio más alto, seguido de culpa, anhedonia, problemas interpersonales, fatiga, problemas de sueño e ideación suicida, siendo este último con el promedio más bajo. En general, se ubicaron en niveles intermedios, ya que presentaban los síntomas depresivos de tres a cuatro días en las últimas dos semanas. En relación a los sucesos estresantes más frecuentes fueron; las navidades (35,92 %), muerte de familiar cercano (33,98 %), vacaciones (31,02 %), el inicio o término del ciclo escolar

(30,10%), separación de los padres, sobrecarga de actividad en casa, dificultades económicas y problemas amorosos. En cuanto a las diferencias por género en relación con la sintomatología depresiva y sucesos estresantes, se observó que las mujeres tuvieron puntuaciones más altas en comparación con los hombres. Así mismo, se identificó que la presencia de ciertos eventos estresantes en la vida de los adolescentes se relaciona con el desarrollo de síntomas depresivos.

Chávez y Lima (2023) en Ecuador relacionaron la depresión, ansiedad, estrés con la funcionalidad familiar en 218 adolescentes de edades entre 12 y 17 años pertenecientes a una institución educativa de la ciudad e Guayaquil. Los instrumentos aplicados fueron la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y el Cuestionario de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL). Los resultados revelaron que el 17,9 % presentaba estrés moderado, 17,9 % depresión moderada y el 30,3 % ansiedad extremadamente severa. Además, el 25,7 % evidenciaba un funcionamiento familiar disfuncional. Se identificó una relación inversamente proporcional entre funcionalidad familiar y las dimensiones de depresión, ansiedad y estrés. Indicando a la funcionalidad familiar como factor predisponente.

Quezada et al. (2023) en México analizaron la relación entre las variables de depresión, ansiedad y estrés con el funcionamiento familiar en 256 estudiantes universitarios, con edades comprendidas entre 17 y 30 años. Las pruebas aplicadas fueron la escala DASS-21 y el Instrumento de Percepción del Funcionamiento Familiar FF-SIL. Los resultados revelaron una correlación significativa y negativa entre las variables, indicando que a mayor funcionamiento familiar los niveles de depresión, ansiedad y estrés serán menores. Evidenciando que la familia es un soporte socioemocional en situaciones de crisis.

### ***1.2.2. Antecedentes Nacionales***

Chuquispuma (2021) en Chincha describió el nivel de depresión en adolescentes. La muestra estuvo conformada por 80 sujetos (hombre y mujeres) de edades comprendidas entre

12 y 17 años. EL instrumento empleado fue el Cuestionario de Depresión Infantil. Los resultados mostraron que el 50 % presentaba “ideas de autodesprecio”, el 70 % de los evaluados “estado de ánimo disfórico”, y el 50 % presentaba síntomas depresivos en grado máximo. Lo que indicaría que los adolescentes tienden a un estado de ánimo negativo y una capacidad insuficiente para disfrutar la vida, lo que puede desencadenar en sentimientos de desesperanza e indefensión emocional.

Medina y Ttito (2021) en Arequipa, identificaron la relación existente entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes. La muestra estuvo conformada por 200 adolescentes de edades entre 12 y 19 años, de una institución educativa. Los instrumentos empleados para la recolección de datos fueron el Test de Depresión de Hamilton y el APGAR Familiar de Smilkstein. Los resultados obtenidos evidenciarían una correlación positiva fuerte entre depresión y funcionalidad familiar, con un valor de Rho Spearman de 0.835 lo que indicaría que, a menor depresión, menor es la disfuncionalidad familiar. Así mismo, se observa que el 32 % presenta depresión moderada, 14 % depresión severa y el 8.5 % presenta depresión muy severa. En cuanto a la funcionalidad familiar, se observó que el 35 % presenta una disfunción leve, 28 % disfunción moderada y el 14,5 % disfunción severa.

Toledo (2022) en Lima Norte, determino la relación entre la depresión, ansiedad y estrés en adolescentes pertenecientes a cinco instituciones educativas públicas. La muestra utilizada consistió en 563 estudiantes de edades comprendidas entre 13 y los 18 años (de 2do a 5to grado). Para la recolección de datos, se empleó la Escala de Depresión y Ansiedad y Estrés (DASS-21). Los resultados revelaron que el 82,4 % de los evaluados presentaron síntomas de depresión, el 84,5% síntomas de ansiedad y el 71,4 % síntomas de estrés. La correlación entre las variables depresión y ansiedad fue de  $\rho=0,892$ , y para las variables de depresión y estrés la  $\rho=0,889$  lo que indicaría una relación directa y significativa. Lo que sugiere que, a mayor malestar emocional, hay una alta probabilidad de generar depresión.

Ñañez et al. (2022) en Lima Metropolitana identificó como la COVID -19 afecto la salud mental de los adolescentes. La muestra empleada se conformó por 560 adolescentes, de nivel secundario y universitario, de edades entre 12 y 21 años. Se empleo un cuestionario de 25 preguntas, 10 dicotómicas y 15 politómicas que identifican las características de las variables de estudio. Se estableció estadísticamente un margen de error del + 5% para los resultados obtenidos, con un nivel de confianza del 95% y considerando una varianza en las proporciones poblacionales ( $p=0,5$ ). Se observó que los evaluados presentaron tristeza (60.1%), miedo (53,1 %), enojo (30,9 %), incomprensión (21,7 %), entre otros, así como ansiedad (45,6 %) y depresión (36,8%). Siendo las mujeres quienes presentaban mayor prevalencia en estos dos últimos. Se determinó que la pandemia y su contexto tuvo un impacto negativo en la salud mental de los adolescentes, afectando en mayor medida a las mujeres.

Morales y Fernández (2022) en Lima Norte, describieron el nivel de satisfacción familiar de los adolescentes durante la pandemia de la COVID-19. La muestra empleada estuvo conformada por 302 estudiantes de edades entre 14 y 17 años, de los grados 4to y 5to de secundaria. El instrumento empleado fue la escala de satisfacción familiar cuya fiabilidad obtenida fue de 0.954. Los resultados obtenidos revelaron que los hombres evidenciaban un porcentaje mayor (36 %) en el “nivel alto” de satisfacción familiar. En el caso de las mujeres, predominó el “nivel medio” (38 %). En relación con la edad, en los adolescentes de 16 años prevalece el “nivel bajo” (37 %), así mismo para los de 17 años, junto con el “nivel medio” con un 37%. Por grado de estudio, se observó que en el 4to año el “nivel medio” es el que prevalece (36 %) y para los de 5to grado el “nivel bajo” de satisfacción familiar es el que predomina con un 37%.

Mansilla y Montañez (2022) en Lima Norte, determinaron la correlación entre la funcionalidad familiar y las habilidades sociales en los adolescentes. Para esta investigación se tuvo como muestra a 145 estudiantes de los grados de 3ro, 4to y 5to del nivel secundario de

una institución educativa pública. El diseño de la investigación fue no experimental, de corte transversal y de tipo correlacional. Los instrumentos aplicados fueron el Cuestionario de la Funcionalidad Familiar – FACES III de Olson (1985), adaptado por Reusche (1994), y Lista de Chequeo y Evaluación de las Habilidades Sociales (Goldstein et. al 1989). Los resultados evidenciaron una correlación significativa y directa entre las variables, mostrando que, a mayor funcionalidad familiar, mayores niveles de habilidades sociales.

Quispe (2022) en Puno, identificó los aspectos relevantes del entorno familiar que influyen en los episodios de carácter depresivo en adolescentes. La muestra estuvo conformada por 60 estudiantes pertenecientes a dos secciones (A y B) del 5to grado de secundaria de una institución educativa ubicada en Ilave que cursaban el año escolar 2021. El instrumento empleado fue un cuestionario que constaba de 26 preguntas que evaluaba tres dimensiones, cada una de estas con sus respectivos indicadores y respectivas preguntas, las dimensiones evaluadas fueron: Aspectos relevantes del entorno familiar, situaciones familiares como aspectos relevantes dentro del entorno familiar y por último la familia y el conflicto familiar. Los resultados indicaron que el 61.7 % manifiesta que las discusiones entre sus padres se presentan en su hogar con mucha frecuencia, llegando a la agresión física mutua; así mismo, el 41.7 % indicaron ser víctimas de maltratos psicológicos por parte de sus padres. Esto sugiere que el carácter depresivo de los adolescentes es influenciado por las discusiones entre los padres y los maltratos físicos y psicológicos de los que son víctimas por parte de sus progenitores.

Gutiérrez (2023) en Ayacucho determinó e identificó la relación entre el funcionamiento familiar y la depresión en los adolescentes de un centro educativo. La muestra estuvo compuesta por 89 estudiantes de 1ro a 5to año de secundaria. Se emplearon la Escala de FACES III de Olson y el Inventario de Depresión de Aaron Beck como instrumentos de evaluación. Los datos obtenidos revelaron que el 22.5 % de los evaluados presenta un

funcionamiento familiar extremo, el 26,8 % tenía síntomas de depresión leve, el 2,9 % presenta depresión moderada y 7 % depresión severa. Así mismo, se encontró una relación directa y significativa entre las variables de estudio. Esto sugiere e indicaría que, a mayor disfunción familiar, son más altas las probabilidades de desarrollar depresión.

Abrego (2023) en Lima metropolitana, describió la ansiedad y depresión en los adolescentes. La muestra consistió en 242 estudiantes de una institución educativa nacional, pertenecientes a los grados de 2do a 5to de secundaria, con edades entre 13 a 17 años. Se emplearon el SQR-18 y el Inventario de Beck (BAI) como herramientas de evaluación. Los hallazgos indicaron una alta prevalencia de depresión (55,4 %) y ansiedad (33,9 %). Las mujeres mostrando un alto porcentaje de depresión (61,2 %), mientras que fueron los varones quienes presentaron ansiedad (64,6 %). Se observó que la edad entre 15 y 16 años es cuando hay una mayor prevalencia de ansiedad y depresión. Además, se evidenció que la depresión y la ansiedad coexisten en gran porcentaje de la población evaluada.

Leyva y Nuñez (2023), en Trujillo, hallaron la relación entre el funcionamiento familiar y el estado de ánimo de los adolescentes. Emplearon una muestra de 267 alumnos, a quienes se les aplicó la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar y la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA). Los resultados indicaron que el 40,45 % de los evaluados tiene un funcionamiento familiar bajo, el 33,71% un nivel medio y el 25,84 % un nivel alto. En relación con el estado de ánimo, más del 50% indicó tener un nivel bueno, el 47,6 % regular y el 2,2 % malo. La prueba de Chi Cuadrado ( $p = 0,222 > 0,05$ ) reveló que no existe relación significativa entre las variables. Se concluyó que el funcionamiento familiar no influye en el estado de ánimo de los adolescentes.

Aguilar et al. (2023) en Abancay, determinaron la relación existente entre las creencias irracionales y la depresión en estudiantes de 4to y 5to de secundaria de tres instituciones



educativas en el año escolar 2022. La muestra estuvo conformada por 159 alumnos. Los instrumentos empleados fueron el Inventario de Creencias Irracionales de Ellis y el Inventario de depresión de Beck-II. Los datos obtenidos evidenciaron que el 33,96 % de adolescentes presentaban un nivel grave de depresión y el 81,13 % manifiesta creencias irracionales en un nivel medio. Existen diferencias significativas en las creencias irracionales y la depresión según el sexo. Así mismo, se identificó una relación estadísticamente significativa y positiva entre las variables de estudio.

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1. *Objetivo General***

**OG:** Determinar la relación de la percepción del funcionamiento familiar y los síntomas depresivos en adolescentes de una institución educativa de Lima Este.

#### **1.3.2. *Objetivos Específicos***

**OE1:** Validar los instrumentos de investigación en la población de estudio.

**OE2:** Establecer los niveles de la percepción del funcionamiento familiar según sexo en adolescentes de una institución educativa de Lima Este.

**OE3:** Comparar los niveles de la percepción del funcionamiento familiar según sexo en adolescentes de una institución educativa de Lima Este.

**OE4:** Establecer los niveles de los síntomas depresivos en adolescentes según sexo en adolescentes de una institución educativa de Lima Este.

**OE5:** Comparar los niveles de los síntomas depresivos según sexo en adolescentes de una institución educativa de Lima Este.

## **1.4. Justificación**

Durante la adolescencia se experimentan cambios tanto biológicos como psicológicos que se manifiestan a nivel físico y mental. Esto hace que sea crucial para los jóvenes contar con un entorno favorable y herramientas adecuadas para afrontar esta transición de la infancia a la adultez.

Investigaciones han demostrado que la salud mental en adolescentes es preocupante, siendo la depresión uno de los trastornos más frecuentes en este grupo. Si no es prevenida, diagnosticada y tratada a tiempo, la depresión podría derivar en conductas perjudiciales para quienes la padecen, llegando en casos extremos al suicidio. Con el objetivo de contribuir en este ámbito, el presente estudio tiene como propósito proporcionar información sobre la percepción del funcionamiento familiar y los síntomas depresivos en adolescentes de una institución educativa de Lima Este.

Con este estudio se busca contribuir con información científica que permita profundizar en la comprensión de cómo la percepción del funcionamiento familiar se relaciona con la depresión en adolescentes. Esto proporcionará un aporte tanto teórico como estadístico al conocimiento existente sobre el tema. Así mismo, la información obtenida podrá ser empleada como referencia para futuras investigaciones. Además, permitirá el desarrollo de talleres y charlas psicoeducativas dirigido a los docentes, padres de familia y adolescentes del plantel, con la finalidad de informar, concientizar, prevenir futuros casos e identificar y abordar los casos ya presentes en el centro educativo.

## **1.5. Hipótesis**

### ***1.5.1. Hipótesis General.***

**HG:** Existirá una relación entre la percepción del funcionamiento familiar y los síntomas depresivos en adolescentes de una institución educativa de Lima Este.

**HG0:** No existirá una relación entre la percepción del funcionamiento familiar y los síntomas depresivos en adolescentes de una institución educativa de Lima Este.

### ***1.5.2. Hipótesis Específica***

**HE1:** Existen diferencias al comparar los niveles de la percepción del funcionamiento familiar según sexo en adolescentes de una institución educativa de Lima Este.

**HE0:** No existen diferencias al comparar los niveles de la percepción del funcionamiento familiar según sexo en adolescentes de una institución educativa de Lima Este.

**HE2:** Existen diferencias al comparar los síntomas depresivos según sexo en adolescentes de una institución educativa de Lima Este.

**HE0:** No existen diferencias al comparar los síntomas depresivos según sexo en adolescentes de una institución educativa de Lima Este.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

#### 2.1.1. *Percepción*

La percepción es construida mediante procesos elaborados en el que emplean conocimientos previos adquiridos a través de los sentidos y que son almacenados en la memoria (Testa y Agüero, 1999).

Este es un proceso mental que implica reconocer, interpretar y dar significado a las sensaciones del entorno físico y social, elaborando juicios y relacionándose con procesos cognitivos como el aprendizaje, la memoria y la capacidad de simbolizar (Vargas, 1994).

Para Bruner (Aramburu, 2004) hay dos determinantes en la percepción del sujeto, las formales; que vendrían a ser los estímulos y los sentidos, y, por otro lado, las funcionales; estas estarían conformadas por las emociones, deseos, valores, mecanismos de defensa y experiencias previas del receptor.

#### 2.1.2. *Adolescencia*

Papalia et al. (2012) refieren que es una etapa de transición que se da entre la niñez y la edad adulta, con un desarrollo que ocurre entre los 11 y 19 o 20 años y se observan cambios significativos a nivel físico, psicosociales, cognoscitivos y emocionales. Estos son asimilados dependiendo del contexto social en el que el adolescente se desenvuelva.

Monroy (2004) indica que esta etapa comienza al finalizar la niñez y construye las bases para la edad adulta. Su inicio y extensión varían dependiendo de factores como la raza, alimentación, influencias hormonales, situación geográfica y herencia, culminando cuando la persona adquiere madurez socioemocional para desempeñar el rol de un adulto, dependiendo de los criterios de la cultura en la que el adolescente.

Para Moreno (2015) a nivel psicológico, se observan cambios en el pensamiento, identidad, autonomía emocional y la manera en que la persona se relaciona con su familia y su actitud frente a la sociedad. Los límites establecidos para esta etapa pueden variar debido a las particularidades del individuo y el entorno social en el que se desarrolle.

### **2.1.3. Familia**

Vargas et al. (2015) refieren que la familia es un grupo de personas unidas por vínculos emocionales y que se influyen mutuamente a través de sus acciones y emociones. La familia es vista como un sistema en constante evolución y cambio, destacando la importancia de la interacción, ya que esta impacta en los individuos como en el bienestar general de la familia.

Para Bezanilla y Miranda (2013) la familia es considerada como el grupo primario por excelencia, ya que, desde el nacimiento, la persona se encuentra inmersa en ese entorno. Es ahí donde vive y adquiere las vivencias y destrezas fundamentales que le servirán como base para hacer frente a cualquier aspecto de su vida.

La OMS (1976) define a la familia como la unidad básica de la estructura social humana, que desempeña un papel crucial como intermediaria entre el individuo y la sociedad. A través de su enseñanza, disciplina y ejemplo, se encarga de la socialización de los jóvenes, transmitiéndoles las costumbres, hábitos, modales, valores y creencias de la cultura.

#### **2.1.3.1. Funciones de la familia**

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP, 2023) identificó cinco funciones clave que desempeñan las familias, estas son:

1. **Función formativa:** Implica transmitir valores, normas, costumbres y conocimientos que contribuyen al desarrollo pleno de las capacidades y al ejercicio de los derechos y deberes de los miembros de la familia hacia su propia familia y la comunidad.

2. Función de socialización: Consiste en promover y fortalecer las relaciones de cada individuo como persona, así como las relaciones entre las familias como grupo o institución.
3. Función de cuidado y protección: Las familias desempeñan un papel fundamental en brindar los cuidados necesarios y la protección a sus miembros.
4. Función de seguridad y protección económica: Es responsabilidad de las familias garantizar la satisfacción de las necesidades básicas de todos sus miembros en términos económicos.
5. Función afectiva: Consiste en transmitir, reproducir y fomentar los vínculos de afecto entre los miembros de la familia, los cuales son esenciales para su formación y bienestar.

Según Rodrigo y Palacios (1998; como se citó en Valdés, 2007), la familia desempeña cuatro funciones esenciales con relación a sus hijos.

1. Garantizar la supervivencia y el adecuado desarrollo físico de los hijos.
2. Proporcionarles un ambiente de afecto y respaldo, los cuales son indispensables para un desarrollo psicológico saludable. El ambiente afectivo implica establecer lazos de apego que generen sentimientos de conexión especial y compromiso emocional.
3. Facilitar a los hijos una estimulación que les permita adquirir habilidades para relacionarse de manera competente con su entorno físico y social, y también para enfrentar las demandas y expectativas del mundo en el que viven.
4. Tomar decisiones con relación a la exposición de los hijos a otros entornos educativos y sociales que, junto con la familia, contribuirán a su educación.

#### **2.1.3.2. Funcionamiento familiar**

Cortaza et al. (2019) refiere que el funcionamiento familiar es el conjunto de relaciones interpersonales que posibilitan el bienestar de sus miembros, previniendo conductas de riesgo,

promoviendo el desarrollo integral. Se considera que una familia es funcional cuando logra transitar de manera armoniosa por todas las etapas del ciclo de vida.

Para Esteves et al. (2020), es la serie de interacciones entre los integrantes del grupo familiar, las cuales les permiten afrontar las crisis que surgen en el hogar. Por lo que una dinámica familiar saludable representa un espacio de calma y constituye un factor protector frente a los riesgos externos que pueden afectar la salud de sus miembros.

García et al. (2007) la define como la habilidad de la familia para preservar su congruencia y estabilidad en respuesta a cambios o situaciones que podrían generar desequilibrio y tener repercusiones en la salud de sus integrantes.

De acuerdo con Smilkstein (1980; como se citó en Rivera, 2021), una familia saludable en términos de funcionalidad se caracteriza por la percepción de cohesión entre sus miembros, quienes a su vez brindan el apoyo y los recursos necesarios para el crecimiento y el sustento individual frente a las adversidades y retos de la vida.

Estrada y Mamani (2020) señalan que el funcionamiento familiar en el desarrollo del niño es crucial, ya que actúa como pilar fundamental para crecimiento personal. No obstante, si la familia presenta disfunciones como la falta de cohesión, desintegración familiar, adopción de modelos conductuales agresivos, falta de afecto familiar o un ambiente hostil y de conflictividad pueden afectar negativamente el desarrollo emocional y cognitivo del niño y adolescente.

### **2.1.3.3. Modelo Teórico de Organización Sistémica de Friedemann**

La Dra. Marie Friedemann inicio el desarrollo de esta teoría en 1986. Motivada por la necesidad de abordar de forma integral los múltiples problemas familiares presentes en su comunidad, ya que observo que los enfoques terapéuticos en terapia familiar existentes tenían

limitaciones en muchos de esos casos. Friedemann se propuso desarrollar una teoría que ofreciera a los profesionales e investigadores una estructura guía para su trabajo en la que se pudiera estudiar las relaciones entre la familia y otros sistemas sociales (Angulo, 2014). Es así como la Teoría de la Organización Sistémica es un enfoque que puede emplearse tanto en el trabajo con familias e individuos como con otros sistemas sociales, tales como organizaciones y comunidades.

Para Friedemann, la familia es considerada un sistema social abierto que se relaciona con otros sistemas sociales, una entidad con una estructura y organización compuesta por subsistemas interpersonales que se definen mediante vínculos emocionales, responsabilidades compartidas (Zavala et al., 2010) y se apoyan mutuamente en su desarrollo personal y bienestar (García et al., 2007). Al considerar a la familia como un sistema, se reconoce que existe una interacción entre los integrantes generando una dependencia mutua, y las circunstancias y/o causas que afectan a uno de los miembros tendrá una repercusión en los demás en mayor o menor medida (Valle, 2015). Por lo que la familia y cada uno de sus integrantes se encuentran expuestos a modificaciones que pueden influir en su estabilidad, por ello, con el fin de preservar la congruencia del sistema familiar, y la adaptación de manera apropiada a las presiones externas, cada miembro se orienta en el logro de cuatro metas a través de cuatro dimensiones (Espinoza et al., 2017).

Las metas representan los objetivos que cada individuo busca alcanzar mediante acciones o conductas (León, 2019). Estas metas influyen en el orden interno del sistema familiar definiéndolo como un grupo específico y estructurado. Además, sirven como criterio para evaluar el funcionamiento de dicho sistema (Friedemann, 1996, como se citó en Perdomo et al., 2015). Las metas son:



- A. Estabilidad familiar:** es la tendencia del sistema para autopreservarse mediante la transmisión de tradiciones, creencias, patrones de comportamiento y valores a través de las generaciones, lo cual crea un sentimiento de pertenencia y seguridad. Así mismo, brinda la capacidad de abrirse y enfrentar otras influencias que desafíen la estructura de valores y creencias sin comprometer la integridad del sistema, incluso si se producen cambios en el comportamiento como resultado de la flexibilidad (Angulo, 2014).
- B. Espiritualidad:** Son los vínculos emocionales que unen a los miembros de la familia, como la confianza, el amor y el afecto. Estos reducen el miedo y ansiedad brindan consuelo y fomentan una mayor cohesión y apoyo mutuo en situaciones difíciles (Cajachagua, 2020). Además, promueven el desarrollo de seguridad y motivan a buscar el crecimiento personal fuera de la familia, interactuando con otros sistemas abiertos (Zabala et al., 2010).
- C. Crecimiento:** El crecimiento es esencial cuando la estabilidad de una persona es incongruente con su entorno como resultado de la interacción con otros sistemas (Cajachagua, 2020). Haciendo necesario la generación de nuevos comportamientos al reorganizar los valores y prioridades para adaptarse a las demandas del sistema familiar y del entorno físico y social (García et al., 2007), con el objetivo de alcanzar un nuevo nivel de estabilidad (Angulo, 2014).
- D. Control:** Regula las amenazas tanto externas como internas en el sistema familiar, con el propósito de disminuir la vulnerabilidad y protegerlo de las amenazas (García et al., 2007), fortaleciéndolo y generando confianza en sus miembros (Ocampo & Sánchez, 2019). Al neutralizar la ansiedad proveniente de la incertidumbre, vulnerabilidad y desconfianza, se logra desarrollar un sentido de autonomía colectiva (Zabala et al., 2010).

La teoría abarca cuatro dimensiones que se exploran a nivel interpersonal, intrapersonal y familiar. Estas dimensiones se definen de la siguiente manera:

- Coherencia: Es la conducta esencial que se desarrolla desde la infancia con el apoyo de la familia (Perdomo et al., 2015). Son las relaciones entre los miembros de la familia que generan un sentido de unidad y pertenencia. Implica la internalización del respeto, la autoestima, el amor y el interés mutuo, además de incluir los valores y creencias compartidos. Estos vínculos son fundamentales para la supervivencia del sistema familiar (Ocampo y Sánchez, 2019).
- Individuación: Estructura de identidad personal (Angulo, 2014). Esta abarca actividades físicas como intelectuales que amplían las perspectivas y el propósito de vida de una persona. Se desarrolla a través de la interacción con otros sistemas (Espinoza et al., 2017). Este proceso interactivo implica asumir roles y responsabilidades, fortalecer talentos, iniciativas y conocimientos, lo cual facilita la apertura hacia el entendimiento y el aprendizaje tanto de uno mismo como de los demás (Zabala et al., 2010).
- Mantenimiento del sistema: Acciones que tienen como fin salvaguardar la estructura y organización familiar ante posibles cambios perjudiciales, brindando seguridad y autonomía al individuo (Cajachagua, 2020). Esto implica la transmisión de cultura, tradiciones, roles, patrones de comunicación y cuidado, rituales, normas, valores, toma de decisiones y otros elementos que conforman el tejido familiar (Angulo, 2014).
- El cambio del sistema: Acciones conscientes de los miembros de la familia (León, 2019), para adoptar conductas diferentes, aceptar e incorporar nuevos valores y modificar o reemplazar aquellos que no son beneficiosos (García et al., 2007), en respuesta a presiones internas personales, familiares y del entorno (Ocampo y Sánchez, 2019).

Cada una de estas dimensiones se halla interconectada entre sí para lograr metas de manera conjunta, culminando en la congruencia del sistema familiar. Este proceso complejo,

en constante cambio, protege la identidad familiar y personal mediante un equilibrio dinámico, asegurando la supervivencia del sistema.

#### ***2.1.4. Depresión***

La depresión es un trastorno de salud mental. Esta se caracteriza por la presencia de tristeza, la falta de interés o placer en actividades que antes eran gratificantes, variación del sueño y del apetito, cansancio y falta de concentración (OMS, 2022).

Para Friedman (2004) la depresión se caracteriza por una “tristeza exagerada unida a pesimismo”. Es el pesimismo, la cualidad principal que diferencia la depresión de los sentimientos que se pueden experimentar ocasionalmente. Dependiendo de la intensidad, puede presentarse como desaliento moderado hasta la desesperación profunda. Por lo general, la depresión incluye un grado de tristeza. Las manifestaciones posibles de la depresión abarcan desde la falta de entusiasmo hasta el menosprecio por la propia vida y existencia.

La depresión puede tener causas múltiples, siendo frecuente la presencia de una predisposición biológica y biográficas, los síntomas se pueden desencadenar ante situaciones ambientales, de conflicto, fracaso o duelo (Retamal, 1999).

Para Briceño (2022) la depresión es una enfermedad psiquiátrica que dependiendo del caso los síntomas pueden variar. En caso de niños o adolescentes se presenta con cambios de compartimiento o emociones.

##### **2.1.4.1. Depresión en adolescentes**

El Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja (INSN, 2020) refiere que los niños y adolescentes, en lugar de sentir tristeza, es posible que su estado de ánimo sea más irritable. Además, pueden enfrentar dificultades para expresar y reconocer sus emociones y

sentimientos, lo que a menudo los lleva a manifestar sus emociones a través de su comportamiento en lugar de palabras.

Los signos y síntomas de la depresión en adolescentes tienen el potencial de generar malestar y afectar significativamente su desempeño en la escuela, en el hogar, actividades sociales y en otras áreas de la vida (Mayo Clinic, 2022).

Para diagnosticar depresión en adolescentes, es necesario observar la presencia de los siguientes síntomas (Depresión en adolescentes, diagnóstico y tratamiento, 2017):

- A nivel emocional: Irritabilidad, llanto sin motivo aparente, ideas o pensamientos sobre la muerte o el suicidio, sentimientos de culpa, disminución en la valoración personal, excesivas críticas, falta de interés o de placer, desesperación, ánimo depresivo, ansiedad, desesperanza o pesimismo con relación al futuro.
- A nivel cognitivo: Indecisión, dificultad para concentrarse o problemas de memoria, que afecta al rendimiento escolar.
- A nivel físico: Cefaleas, trastornos digestivos, agitación psicomotora, dificultades para conciliar o mantener el sueño, alteraciones en el apetito o cambios en el peso corporal, fatiga o falta de energía, dolor.

Si estos síntomas persisten durante al menos dos semanas, podría indicar la presencia de depresión infantil.

#### **2.1.4.2. Factores de riesgo asociados a la depresión en adolescentes.**

La depresión en niños y adolescentes es un trastorno que está relacionado a varios factores, estos pueden ser biológicos y/o ambientales. Unos factores pueden aumentar la predisposición a desarrollar depresión y otros pueden actuar como desencadenantes o mantener el trastorno (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud [IACS], 2018). Es poco probable que un solo factor pueda explicar completamente el desarrollo de la depresión, reducir su probabilidad de

ocurrencia o prevenirlo por completo. A continuación, se presentan factores individuales y ambientales (Mayo Clinic, 2022):

- Neuroquímica cerebral: alteración en los neurotransmisores que generan cambios en la función de los receptores y el sistema nervioso, lo que a su vez provoca depresión.
- Hormonas: Los cambios en el equilibrio hormonal del cuerpo podrían tener influencia en el desarrollo o desencadenamiento de la depresión.
- Rasgos hereditarios: La depresión es más común en personas con antecedentes familiares de este trastorno, como padres o abuelos que lo hayan experimentado.
- Trauma de la primera infancia: sucesos traumáticos en la etapa de la infancia, como el abuso físico y emocional o la pérdida de uno de los padres, pueden ocasionar cambios en el cerebro que aumentan el riesgo de desarrollar depresión en el futuro.
- Patrones aprendidos de pensamiento negativo: En los adolescentes, la depresión puede estar relacionada con la adopción de patrones de pensamiento negativo, lo que conduciría a desarrollar sentimientos de inutilidad e incapacidad de afrontar las dificultades de la vida.

#### **2.1.4.3. Factores de vulnerabilidad de activación de la depresión en adolescentes**

Los factores de vulnerabilidad son aquellos que aumentan la susceptibilidad general, pero rara vez son causantes directos de la alteración, estos pueden ser (IACS, 2018): Factores genéticos, historia de trastorno afectivo en los padres, sexo femenino, afectividad negativa, problemas crónicos de salud, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta y TDAH.

Los factores de activación son aquellos que están directamente relacionados con el inicio del trastorno y, cuando se combinan con factores de vulnerabilidad, pueden tener un impacto más significativos. Estos pueden ser (IACS, 2018): conflictos conyugales, desestructuración familiar, abuso físico, sexual o emocional, consumos de sustancias tóxicas, acoso o humillación.

#### 2.1.4.4. Modelo Cognitivo de la Depresión de Beck

El psiquiatra Aaron Beck desarrollo este modelo cognitivo en la década de 1960, partiendo de observaciones e investigaciones experimentales (Beck et al., 2010). Beck sostiene que los pensamientos y creencias negativas y distorsionadas desempeñan un papel central en el desarrollo y mantenimiento de la depresión.

Este modelo se explica a través de tres elementos principales:

- a) **La triada cognitiva:** Son tres patrones cognitivos clave que conducen al individuo a tener una visión específica de sí mismo, su futuro y sus experiencias, estas son: la autopercepción negativa, interpretación negativa de sus experiencias y una visión pesimista del futuro.
- b) **Los esquemas:** son los patrones cognitivos empleados para interpretar la realidad, y constituyen la base para identificar, diferenciar y procesar los estímulos a los que se enfrenta el individuo.
- c) **Distorsiones cognitivas:** Errores sistemáticos del pensamiento en las personas que sufren de depresión. Estas distorsiones pueden ser excesivas, negativas, categóricas y absolutistas, incluso cuando la evidencia demuestra lo contrario.

El modelo cognitivo refiere que existe una predisposición para que una persona desarrolle depresión. Las experiencias en la etapa temprana de la persona podrían formar la base para los conceptos negativos sobre sí mismo, el futuro y su entorno. Estos esquemas mentales inadecuados pueden permanecer inactivos hasta que se presente una experiencia análoga (Beck et al., 2010). Beck sostiene que estos pensamientos negativos se convierten en patrones automáticos arraigados en la mente de las personas con depresión, lo que perpetúa su estado depresivo.

### III. MÉTODO

#### 3.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, de naturaleza no experimental, ya que no se manipulan, controlan o alteran las variables, observándose los fenómenos en su ambiente natural con el fin de analizarlos (Hernández et al., 2014). Así mismo, es de corte transversal, realizándose la recolección de datos en un solo momento, y de tipo descriptivo correlacional, puesto que está orientada a describir y determinar la relación entre dos variables.

#### 3.2. Ámbito temporal y espacial

La presente investigación se llevó a cabo en el mes de diciembre del 2022. En una institución educativa pública de Lima Este.

#### 3.3. Variables

- Percepción del funcionamiento familiar

**Definición conceptual:** Percepción del cuidado y apoyo que un individuo recibe de su propia familia, necesarios para el desarrollo personal y enfrentar las adversidades y desafíos de la vida (Smilkstein, 1978).

**Definición operacional:** La variable se ajusta a las puntuaciones dadas por la Escala APGAR familia.

- Síntomas depresivos

**Definición conceptual:** Son consecuencia de un estado emocional alterado (Ugarriza y Ecurra, 2002), teniendo como origen pensamientos disfuncionales o negativos sobre sí mismo, el futuro y sus experiencias (Beck et al., 2010). Evidenciando irritabilidad, ausencia de felicidad, falta de interés, retraimiento social, conductas disruptivas, posible aparición de ideas suicidas (Hernando et al., 2020).

**Definición operacional:** La variable se ajusta a las puntuaciones dispuestas por la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR).

**Tabla 1**

*Matriz de operacionalización de las variables de estudio*

| Operacionalización de las variables    |  |   |                 |   |                  |
|--|--|---|-----------------|---|------------------|
| Variable                               | Instrumento  | Ítems   | Dimensiones     | Indicadores                               | Tipo de medición |
| Percepción del funcionamiento familiar | Escala Percepción del Funcionamiento Familiar (APGAR familiar) | 5 ítems   | Adaptación      | 1   | Escala Likert    |
|  |  |   | Participación   | 2   |                  |
|  |  |   | Crecimiento     | 3   |                  |
|  |  |   | Afecto          | 4   |                  |
|  |  |   | Recursos        | 5   |                  |
| Síntomatología depresiva               | Escala Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR)          | 30 ítems<br><br>7 son inconsistentes (1,5,10,12,23,25,29) | Desesperanza    | 6, 8, 9, 11, 21, 26, 27, 29               | Escala Likert    |
|  |  |   | Baja autoestima | 2, 3, 4, 7, 13, 20, 22, 23, 24, 25, 28.   |                  |
|  |  |   | Ansiedad        | 1, 5, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20. |                  |

### 3.4. Población y muestra

#### Población

La población estuvo conformada por 691 alumnos pertenecientes a una institución educativa pública ubicada en Lima Este. De estos, 420 estudiantes correspondieron al nivel de primaria y 271 del nivel secundario, entre hombres y mujeres, con edades comprendidas entre 6 y 18 años.

#### Muestra

Para el presente estudio se hizo un muestreo no probabilístico intencional, conformada por 254 alumnos (131 hombres y 123 mujeres), lo que representa el 100 % de la población de nivel secundario, excluyendo a aquellos alumnos que no cumplían con los criterios de inclusión.



**Tabla 2***Distribución de la muestra según sexo y año de estudio*

| Sexo   | Grado |     |     |     |     | Total |
|--------|-------|-----|-----|-----|-----|-------|
|        | 1ro   | 2do | 3ro | 4to | 5to |       |
| Hombre | 37    | 19  | 26  | 25  | 24  | 131   |
| Mujer  | 18    | 20  | 26  | 31  | 28  | 123   |
| Total  | 55    | 39  | 52  | 56  | 52  | 254   |

**Criterios de inclusión:**

- Alumnos de edades entre 12 y 17 años.
- Participación voluntaria

**3.5. Instrumentos**

- **Escala APGAR - familiar**

Instrumento psicológico creada por Smilkstein, G. (1978). Diseñado para evaluar la satisfacción y el funcionamiento familiar. Puede ser empleado en diversos estratos socioeconómicos y contextos socioculturales, lo que lo hace fácilmente comprensible y manejable para personas con niveles educativos variados y poco tiempo disponible, 10 minutos aproximadamente. Esta puede ser aplicada desde los 10 años.

La primera validación del APGAR familiar demostró una correlación del 0.80 con el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index, como se citó en Suarez y Alcalá, 2014). Investigaciones posteriores, como los realizados por los departamentos de psicología y psiquiatría de la Universidad de Washington, así como en el estudio longitudinal de la Universidad de Taiwán, mostraron índices de correlación que oscilan entre 0.71 y 0.83 (Arias, 1994).

Castilla et al. (2014) realizaron la adaptación de la prueba en la población peruana. Empleándose una muestra de 256 estudiantes del nivel secundario de un colegio estatal de Lima metropolitana de edades entre 11 y 18 años. Evidenció una consistencia interna moderada ( $\alpha$  de Cronbach=.788). La correlación ítem-test demostró una asociación altamente significativa ( $p<.01$ ) para cada uno de los reactivos, con coeficientes de correlación entre .505 y .643 (Castilla et al., 2014).

El APGAR Familiar es empleada en la práctica clínica e investigaciones en la que se evalúa la calidad de vida de las familias, así como identificar áreas problemáticas y ayudar a los profesionales a diseñar intervenciones para mejorar la dinámica familiar.

El nombre APGAR, proviene de las iniciales de las cinco dimensiones que evalúa (Forero, et al., 2006):

- a) Adaptabilidad: mide a la capacidad de la familia para adaptarse a situaciones nuevas y cambios en el entorno.
- b) Participación: mide la cooperación de los miembros de la familia en las actividades y decisiones.
- c) Crecimiento: mide la madures socioemocional y física de los miembros lograda con apoyo mutuo y dirección dentro de la dinámica familiar.
- d) Afecto: mide las relaciones de cuidado, cariño y expresión de emociones entre los miembros de la familia, como el amor, el afecto, pena o rabia.
- e) Resolución: mide la capacidad de la familia para resolver conflictos y problemas de manera efectiva y constructiva.

El instrumento consta de 5 ítems, cada una de ellas con tres posibles respuestas: “casi nunca”, “a veces” y “casi siempre”, con una puntuación de cero, uno y dos respectivamente, la

puntuación total de la escala oscila entre cero y diez, indicando un bajo o alto funcionamiento familiar. Interpretación:

- De 7 - 10 puntos: familia funcional
- De 4 - 6 puntos: familia moderadamente funcional
- De 0 - 3 puntos: familia altamente disfuncional

- **La Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR)**

Desarrollada por el psicólogo clínico William M. Reynolds en el año 1987 y ha sido empleada en el área de investigación y en la práctica clínica. EDAR es una herramienta que permite evaluar la presencia de síntomas depresivos en adolescentes de edades comprendidas entre los 13 y 18 años. Sin embargo, al ser de fácil aplicación, puede ser empleada en otras edades. La aplicación de la prueba puede ser individual o grupal, con un tiempo estimado de 10 a 15 minutos para su completamiento. El instrumento consta de 30 ítems que evalúan diferentes aspectos de la depresión en adolescentes.

La consistencia interna de la prueba oscila entre de 0,92 a 0,96, basada en datos recopilados de individuos con edades comprendidas entre 13 y 18 años. La consistencia interna es de 0,92 y la fiabilidad test-retest se sitúa en 0,80 después de seis semanas. En una versión posterior, realizada en el 2002, la consistencia interna es de 0,92 y 0,93, mientras que la confiabilidad del test-retest alcanza valores de 0,85 y 0,89 después de dos semanas. En cuanto a la validez convergente, se llevó a cabo empleando otros instrumentos que evalúan la depresión, tales como el Inventario de depresión de Beck, Centro de Investigación Epidemiológica de la Depresión (CES-D) y la Escala de Depresión de Zung con valores que variaron entre 0,71 y 0,89 (Figueras et al., 2008).

Ugarriza y Ecurra (2002) adaptaron la prueba en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana pertenecientes a colegios estatales y particulares. Los resultados del estudio

evidenciaron que el instrumento tenía un coeficiente de confiabilidad de ,87. Además, se demostró una validez adecuada mediante análisis de correlación ítem-test, con puntuaciones altas en 26 ítems (en el rango de .30 a .50).

El instrumento está conformado por tres dimensiones:

a) Desesperanza

Ítems: 6, 8, 9, 11, 21, 26, 27, 29.

b) Baja autoestima

Ítems: 2, 3, 4, 7, 13, 20, 22, 23, 24, 25, 28.

c) Ansiedad

Ítems: 1, 5, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20.

El formato de respuesta es tipo Likert que consta de cuatro opciones de respuesta que incluyen: “casi nunca”, “rara vez”, “algunas veces” y “casi siempre”. Siete de los treinta ítems son inconsistentes con la depresión: 1, 5, 10, 12, 23, 25 y 29, estas se califican de modo inverso, “casi nunca”: 4 puntos; “rara vez”: 3 puntos; “algunas veces”: 2 puntos y “casi siempre”: 1 punto, teniendo un rango de puntaje de 30 a 120. Reynolds señaló que existen puntuaciones clave (06, 14, 20, 26, 29 y 30) que facilitan la rápida determinación y diferenciación de los síntomas de la depresión. La interpretación de los resultados es la siguiente: el rango de depresión mínima va de 0 a 73 puntos, la depresión leve abarca de 74 a 79 puntos, el nivel moderado se sitúa entre 80 y 89 puntos, y la depresión severa abarca de 90 a 120 puntos.

### 3.6. Procedimientos

Se solicitó una cita con el director del plantel y se hizo expreso la intención de realizar la investigación en dicha institución educativa indicando la relevancia del estudio, por lo que se requirió su consentimiento. Seguidamente, se recaudó información sobre la población del plantel, así como la cantidad de aulas por grado y el número de alumnado por salón. Se solicitó el consentimiento informado a los padres de familia. Posteriormente se coordinó con el director

y los docentes para establecer las fechas de las evaluaciones a los escolares. En las fechas establecidas se realizó la aplicación de las pruebas. Previo a la aplicación de los instrumentos psicológicos, en el aula, el evaluador encargado procedió a informar al alumnado sobre la actividad a realizar y la importancia de su participación indicando que esta es anónima y voluntaria. Así mismo, se proporcionó las instrucciones necesarias para el llenado correcto de las pruebas. Si algún alumno presentaba alguna dificultad en comprender las instrucciones, estas eran absueltas por el evaluador. Una vez recogido los datos a través de las pruebas psicológicas, se procedió al análisis estadístico y la emisión de los resultados.

### **3.7. Análisis de datos**

Para realizar las operaciones de ingreso de datos se empleará el programa Microsoft Excel y para el procesamiento estadístico de los datos se utilizará el programa SPSS 26.

### **3.8. Consideraciones Éticas**

Se formalizó una solicitud a la institución educativa para llevar a cabo la investigación con los estudiantes. Una vez que fue aceptada, se coordinaron los horarios adecuados con los docentes para administrar las pruebas en cada aula del nivel secundario.

Tal como se estipula en el código de ética y deontología del Colegio de Psicólogos del Perú (2018), se obtuvo el consentimiento informado de los padres de los estudiantes que serían evaluados, como se especifica en el Artículo 24. Además, la participación de los menores fue voluntaria, según lo establecido en el mismo artículo. En cuanto a la confidencialidad, se aseguró que la identidad de los participantes permaneciera anónima, conforme el Artículo 36. Por último, se tuvieron en consideración los principios necesarios para garantizar el reconocimiento adecuado de los derechos de autor, especialmente en lo que respecta a citas y referencias bibliográficas, como se menciona en el Artículo 65.

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Análisis de propiedades psicométricas de los instrumentos de medición

#### 4.1.1. Escala Percepción del Funcionamiento Familiar (APGAR familiar)

En la Tabla 3 se observa la confiabilidad de la Escala APGAR, el resultado obtenido es un Alfa de Cronbach de ,776. Este resultado evidencia una confiabilidad aceptable, ya que se encuentra dentro del rango recomendado de 0,70 a 0,95 (Barrios y Cosculluela, 2013). Por lo tanto, se concluye que la consistencia interna del instrumento es aceptable.

**Tabla 3**

*Coeficiente de confiabilidad de la Escala APGAR -familiar*

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,776             | 5              |

En la Tabla 4 se muestra la validez del instrumento que fue establecida mediante el análisis de correlaciones ítem-test. Los resultados evidencian valores de significancia de ,000 en todos los ítems de la prueba. Los coeficientes de correlación se encuentran entre ,685 y ,761, lo que respalda la validez del instrumento.

**Tabla 4**

*Análisis de validez ítem-test de la Escala APGAR*

| Ítem | r      |
|------|--------|
| 1    | ,747** |
| 2    | ,718** |
| 3    | ,685** |
| 4    | ,731** |
| 5    | ,761** |

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 5 se establecen las categorías de la Escala APGAR mediante estudios de corte. Se consideraron los percentiles 25, 50 y 75 para establecer los puntos de corte de las categorías. La categoría “Altamente disfuncional” se asignó a los puntajes que oscilan entre 0 y 5, “Moderadamente funcional” abarca los puntajes 6 y 7, y “Funcional” comprende los puntajes entre 8 y 10.

**Tabla 5**

*Categorización de la Escala APGAR*

| Categorización          | Puntaje |
|-------------------------|---------|
| Altamente disfuncional  | 0 - 5   |
| Moderadamente funcional | 6 - 7   |
| Funcional               | 8 - 10  |

#### **4.1.2. Escala Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR)**

En la Tabla 6 se muestra la confiabilidad de la Escala EDAR, que obtuvo un Alfa de Cronbach de ,928. Este valor refleja una confiabilidad aceptable, ya que está dentro del rango recomendado de 0,70 a 0,95 (Barrios y Cosculluela, 2013). Esto demuestra que la consistencia interna del instrumento es aceptable.

**Tabla 6**

*Coefficiente de confiabilidad de la Escala EDAR*

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,928             | 30             |

En la Tabla 7 se expone la validez del instrumento, determinada a través del análisis de correlaciones ítem-test. Los resultados presentan valores significativos para todos los ítems, con coeficientes de correlación que oscilan entre ,212 y ,782, respaldando así la validez del instrumento. Los ítems 2 y 25 presentan los valores más bajos, lo que indicaría que mide lo que el instrumento pretende evaluar con una medición relativamente menor. Sin embargo, estos ítems son considerados válidos, ya que los especialistas recomiendan considerar valores superiores a 0,20.

**Tabla 7**

*Análisis de validez ítem-test de la Escala EDAR*

| Ítems | r      | Ítems | r      | Ítems | r      |
|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
| It1   | ,570** | It11  | ,513** | It21  | ,705** |
| It2   | ,212** | It12  | ,525** | It22  | ,471** |
| It3   | ,596** | It13  | ,698** | It23  | ,324** |
| It4   | ,506** | It14  | ,655** | It24  | ,532** |
| It5   | ,506** | It15  | ,562** | It25  | ,265** |
| It6   | ,639** | It16  | ,545** | It26  | ,479** |
| It7   | ,732** | It17  | ,652** | It27  | ,597** |
| It8   | ,732** | It18  | ,593** | It28  | ,537** |
| It9   | ,752** | It19  | ,674** | It29  | ,411** |
| It10  | ,355** | It20  | ,782** | It30  | ,750** |

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la Tabla 8 se establecen las categorías de la Escala EDAR, mediante estudios de corte. Para realizar la clasificación, se realizaron tres cortes. Se asignó la categoría “síntomas depresivos mínimos” a los puntajes que van desde 30 hasta 52, “síntomas depresivos leves” abarca los puntajes entre 53 y 65, “síntomas depresivos moderados” a los puntajes entre 66 y 77 y, por último, “síntomas depresivos severos” a los puntajes que van desde 78 hasta 120.



**Tabla 8***Categorización de la Escala EDAR*

| Categorización                | Puntaje  |
|-------------------------------|----------|
| Síntomas depresivos mínimos   | 30 - 52  |
| Síntomas depresivos leves     | 53 - 65  |
| Síntomas depresivos moderados | 66 - 77  |
| Síntomas depresivos severos   | 78 - 120 |

**4.2 Prueba de normalidad**

En la Tabla 9 se observa los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov (K-S). En ambas pruebas, el valor  $p < 0.05$ , lo cual sugiere que los resultados no presentan una distribución normal. Por lo tanto, se aplicará estadísticas no paramétricas.

**Tabla 9***Prueba de Normalidad de Percepción del funcionamiento familiar (APGAR) y Depresión en adolescentes (EDAR)*

| Pruebas  | Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup> |          |
|--|---------------------------------|----------|
|  | K - S                           | <i>p</i> |
| Percepción del funcionamiento familiar (APGAR) | 0.134                           | 0.000    |
| Escala de Depresión en adolescentes (EDAR)     | 0.068                           | 0.006    |

**4.3 Análisis Descriptivo***Análisis descriptivo de los niveles de la Percepción del funcionamiento familiar*

En la Tabla 10 se observan los porcentajes de los niveles de percepción de funcionamiento familiar en la muestra de estudio. De los evaluados, 99 sujetos, lo que representa el 39 % de la muestra, presentan una percepción familiar altamente disfuncional; 93

sujetos (36, 6 %) la perciben como funcional, y 62 adolescentes (24, 4 %) la consideran moderadamente funcional.

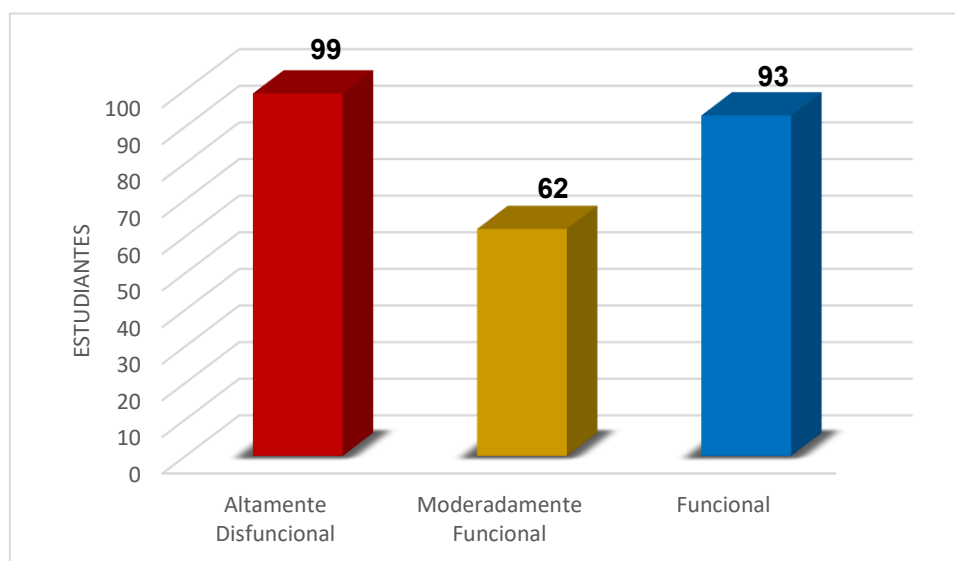
**Tabla 10**

*Niveles de la Percepción del funcionamiento familiar en la muestra de estudio*

| Niveles<br>Percepción del<br>Funcionamiento Familiar | n  | %      |
|--|----|--------|
| Altamente Disfuncional                               | 99 | 39 %   |
| Moderadamente Funcional                              | 62 | 24,4 % |
| Funcional  | 93 | 36,6 % |

**Figura 1**

*Niveles de la Percepción del funcionamiento familiar en la muestra de estudio*



En Tabla 11 se observa en la muestra, el 23,2 % de las mujeres perciben el funcionamiento familiar como “Altamente disfuncional”, en comparación con el 15,7 % de los hombres. En la categoría “Funcional”, solo el 13,4 % de las mujeres lo perciben de esa manera, en comparación con el 23,2 % de los hombres.

**Tabla 11***Percepción del funcionamiento familiar según sexo*

| Categorías              | Sexo   |        |       |        |
|-------------------------|--------|--------|-------|--------|
|                         | Hombre |        | Mujer |        |
|                         | n      | %      | n     | %      |
| Altamente disfuncional  | 40     | 15,7 % | 59    | 23,2 % |
| Moderadamente funcional | 32     | 12,6 % | 30    | 11,8 % |
| Funcional               | 59     | 23,2 % | 34    | 13,4 % |

***Análisis descriptivo de los niveles de los Síntomas depresivos en adolescentes***

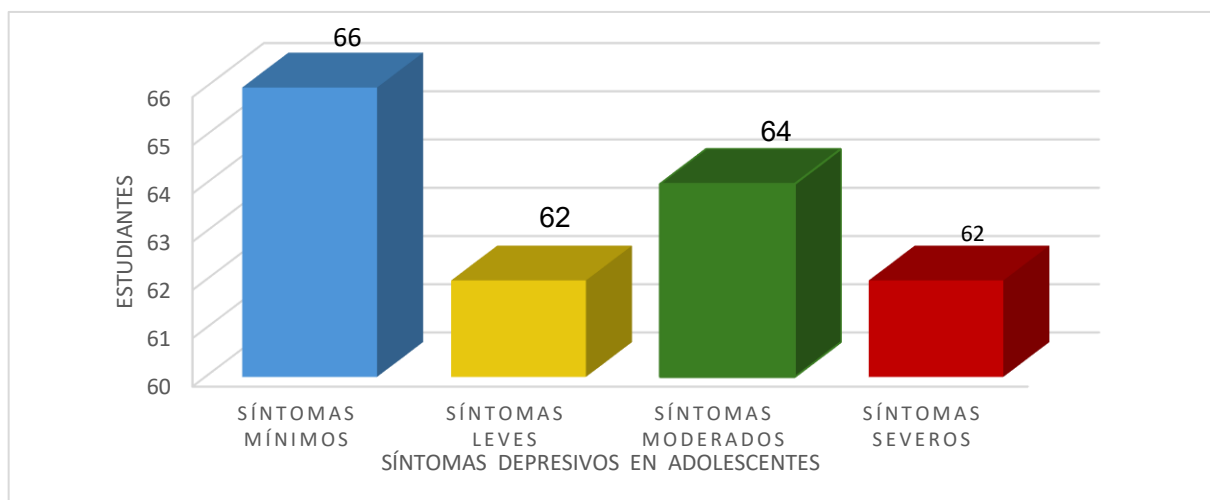
En la Tabla 12 se observan los porcentajes de los niveles de los síntomas depresivos en la muestra de estudio. Se evidencia que 66 sujetos, lo que representan el 26 % de los adolescentes evaluados, presentan “Síntomas mínimos”, mientras 62 sujetos (24,4%) “síntomas leves”, 64 sujetos (25,2 %) tienen “síntomas moderados” y otros 62 sujetos (24,4 %) muestran “síntomas severos”.

**Tabla 12***Niveles de síntomas depresivos en adolescentes en la muestra de estudio*

| Niveles de los síntomas depresivos | n  | %      |
|------------------------------------|----|--------|
| Síntomas mínimos                   | 66 | 26,0 % |
| Síntomas leves                     | 62 | 24,4 % |
| Síntomas moderados                 | 64 | 25,2 % |
| Síntomas severos                   | 62 | 24,4 % |

**Figura 2**

*Niveles de Síntomas depresivos en adolescentes en la muestra de estudio*



En la Tabla 13 se observa que las estudiantes mujeres presentan un mayor porcentaje en la categoría “Síntomas severos”, alcanzando un 16,9 %, en contraste con los hombres que registran un porcentaje del 7,5 %. En la categoría de “Síntomas moderados”, nuevamente las mujeres evidencian un porcentaje más alto, con un 15 %, en comparación con los hombres, que presentan un 10,2 %. En cuanto a la categoría de “Síntomas mínimos”, son los hombres quienes presentan una mayor incidencia, con un 20,5 %, en comparación con las mujeres, que solo presentan 5,5 %.

**Tabla 13**

*Niveles de síntomas depresivos según sexo*

| Categorías         | Sexo   |        |       |        |
|--------------------|--------|--------|-------|--------|
|                    | Hombre |        | Mujer |        |
|                    | n      | %      | n     | %      |
| Síntomas mínimos   | 52     | 20,5 % | 14    | 5,5 %  |
| Síntomas leves     | 34     | 13,4 % | 28    | 11,0 % |
| Síntomas moderados | 26     | 10,2 % | 38    | 15,0 % |
| Síntomas severos   | 19     | 7,5 %  | 43    | 16,9 % |

#### 4.4. Contrastación de Hipótesis

En la Tabla 14 se aprecia que el índice de relación entre las variables de estudio es estadísticamente significativo ( $p < 0,01$ ), evidenciando un coeficiente de correlación negativa moderada ( $Rho = -,549$ ). Esto indica que, a mayor Percepción del funcionamiento familiar, menor es el nivel de los Síntomas depresivos en los adolescentes.

**Tabla 14**

*Análisis de correlación entre Percepción del funcionamiento familiar y Síntomas depresivos en adolescentes*

| Variables                           | Percepción del funcionamiento familiar |          |
|-------------------------------------|--|----------|
|                                     | Rho Spearman                           | <i>p</i> |
| Síntomas depresivos en adolescentes | -,549                                  | ,000     |

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 15 se establecen las comparaciones de los promedios de Percepción del funcionamiento familiar en función del sexo, mediante la Prueba de Mann-Whitney. Se evidencia que los escolares varones presentan un mayor promedio en comparación con las mujeres. Se observa que el valor de la significancia es menor que 0.05, señalando la presencia de diferencias en las puntuaciones de la variable Percepción del funcionamiento familiar según el sexo. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la hipótesis alternativa ( $H_1$ ), indicando la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la Percepción del funcionamiento familiar en función del sexo.

**Tabla 15**

*Prueba de U de Mann-Whitney para hallar diferencias entre las puntuaciones de la variable Percepción del funcionamiento familiar según sexo*

| Sexo   | Rango Promedio | U de Mann-Whitney | W de Wilcoxon | Z      | Sig. Asintótica (bilateral) |
|--------|----------------|-------------------|---------------|--------|-----------------------------|
| Hombre | 142.86         | 6,044,500         | 13,670,500    | -3,464 | ,001                        |
| Mujer  | 111.14         |                   |               |        |                             |

En la tabla 16 se establecen las comparaciones de los promedios de los Síntomas depresivos en adolescentes en función del sexo, mediante la prueba de Mann-Whitney. Se observa que las estudiantes mujeres presentan un promedio más alto en comparación con los varones. El valor de significancia es menor que 0.05, señalando la presencia de diferencias en las puntuaciones de la variable Síntomas depresivos en adolescentes según el sexo. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la hipótesis alternativa ( $H_1$ ), indicando la existencia de diferencias estadísticamente significativas en los Síntomas depresivos en adolescentes en función del sexo.

**Tabla 16**

*Prueba de U de Mann-Whitney para hallar diferencias entre las puntuaciones de la variable Síntomas de depresión en adolescentes según sexo*

| Sexo   | Rango Promedio | U de Mann-Whitney | W de Wilcoxon | Z      | Sig. Asintótica (bilateral) |
|--------|----------------|-------------------|---------------|--------|-----------------------------|
| Hombre | 102,27         | 4751,000          | 13397,000     | -5,650 | ,000                        |
| Mujer  | 154,37         |                   |               |        |                             |

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio tiene por finalidad identificar la relación existente entre la percepción del funcionamiento familiar y los síntomas depresivos en los adolescentes matriculados en una institución educativa pública en Lima Este. A continuación, se detallan los principales hallazgos obtenidos en esta investigación.

Se validaron los instrumentos de investigación en la población de estudio, para ello se realizó análisis de las propiedades psicométricas de ambas escalas, donde los resultados obtenidos evidencian que ambas pruebas aplicadas son confiables y válidas. La escala APGAR familiar que mide la percepción del funcionamiento familiar obtuvo una confiabilidad de ,776. La validez se obtuvo mediante el análisis de correlación de ítem-test, donde los coeficientes se encuentran entre ,685 y ,761, lo que respalda la validez del instrumento, estos resultados coinciden con la adaptación de Castilla et al. (2014) donde obtuvo una confiabilidad de ,788 y una correlación ítems test entre ,050 y ,643. La escala EDAR que mide los síntomas depresivos en adolescentes obtuvo una confiabilidad de ,928. En cuanto a la validez hallada a través de análisis de correlación ítem-test se evidencio coeficientes entre ,212 y ,782, observándose valores bajos en dos ítems (2 y 25), indicando una medición menor en lo que pretende evaluar. Sin embargo, dado que los valores son superiores a 0.20, son considerados válidos como lo indican los especialistas, lo que confirma una adecuada validez del instrumento. Estos resultados difieren parcialmente de los encontrados por Ugarriza y Ecurra (2002), donde el coeficiente de confiabilidad fue de ,87, un valor obtenido en este estudio. Aunque se obtuvo un resultado similar en cuanto a la validez mediante la correlación ítem-test, donde se registraron puntuaciones bajas en 4 ítems de los 30. Los baremos se elaboraron en base a 3 puntos de cortes para ambas escalas, Percepción del funcionamiento familiar y Síntomas depresivos en adolescentes.

Con el objetivo de describir la percepción del funcionamiento familiar, se observó que el nivel “Altamente Disfuncional” es el predominante con un 39 % en la muestra evaluada. Estos resultados coinciden con la investigación realizada por Leyva y Nuñez (2023), donde más del 40 % de los participantes presentaban un nivel bajo de funcionalidad familiar. Esto podría atribuirse a nuestro contexto sociocultural, en donde es poco frecuente que los padres compartan con sus hijos sus preocupaciones o emociones durante momentos de crisis, con la intención de evitarles angustia y proporcionarles una sensación de seguridad y protección. Por otra parte, el contexto de la pandemia ha generado en los padres altos niveles de estrés y dificultad en el manejo de sus emociones impactando negativamente en las relaciones con sus hijos (Andina, 2021). Ante esta problemática, UNICEF (2021), resalta la necesidad de establecer relaciones positivas y responsables, con la presencia de vínculos afectivos y protectores entre los adultos a cargo del cuidado y los niños y adolescentes, lo cual es fundamental para el desarrollo de los menores.

Al analizar la diferencia según sexo, se observa que es mayor el porcentaje de mujeres (23,2 %) que perciben el funcionamiento familiar como “Altamente Disfuncional” en comparación con los hombres (15,7 %). En cuanto a la categoría “Funcional” son las mujeres quienes puntúan más bajo (13,4 %) en relación a los hombres (23,4 %). Estos resultados son similares a los hallados por Morales y Fernández (2022), donde los hombres presentaban una mayor satisfacción con su funcionamiento familiar. Esto podría deberse a las diferencias en crianza, donde existe una mayor flexibilidad en las normas para los hombres, dándoles más libertades (Gallegos et al., 2016).

Por otra parte, al describir los niveles de síntomas depresivos en los adolescentes, se observó que los porcentajes están en proporciones aproximadamente iguales en las cuatro categorías (26 % síntomas mínimos, 24,4 % síntomas leves, 25,2 % síntomas moderados y 24,4% síntomas severos), lo que indica que aproximadamente el 50 % de evaluados presentan



niveles considerables de sintomatología depresiva. Este estudio fue contrastado con las investigaciones realizadas por Chuquispuma (2021), Toledo (2022) y Aguilar et al. (2023), en la que más de la mitad de los evaluados presentaban sintomatología depresiva de moderada a grave en el año en que se retomaron las clases presenciales. Según Gil et al. (2022), la ocurrencia de determinados eventos estresantes durante la adolescencia se vincula con la manifestación de síntomas depresivos. Ante esta circunstancia, se sugiere que la cuarentena provocada por la crisis del COVID-19 pudo haber tenido un impacto en la salud mental de la población, incluido los adolescentes, evidenciándose en efectos psicológicos de carácter negativo (Ñañez et al., 2022).

En cuanto al análisis de las diferencias según sexo, se evidencia que las mujeres tienen un porcentaje mayor en las categorías de “Síntomas severos” (16,9 %) y “Síntomas moderados” (15 %). En relación con esto, Ñañez et al. (2022) señala que la pandemia por el COVID-19 y el aislamiento social han repercutido negativamente en la salud de los adolescentes, observándose una mayor prevalencia de los síntomas depresivos en las mujeres. Estos resultados son semejantes a los hallados por Ruiz et al. (2020) y Abrego (2023) en donde muestra que las mujeres presentan una mayor incidencia de depresión.

### **Contrastación de hipótesis**

Seguidamente se hayo que las variables de estudio tienen una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) y un coeficiente de correlación negativa moderada ( $Rho = -,549$ ). Indicando que a medida que la percepción del funcionamiento familiar aumenta, los niveles de depresión tienden a disminuir, y viceversa. Investigaciones realizadas por Gutiérrez (2023), Chávez y Lima (2023), Medina y Ttito (2021) y Serna et al. (2020) coinciden con este hallazgo, indicando que cuanto menor sea el funcionamiento familiar, son más altas las probabilidades de desarrollar síntomas depresivos. Esto sugiere que la falta de apoyo en el entorno familiar

puede afectar el desarrollo psicosocial de los adolescentes, aumentando el riesgo de depresión u otros comportamientos autodestructivos (Olivera et al., 2018). Además, Quispe (2022) destacó la influencia de las discusiones entre los padres y los maltratos físicos y psicológicos que sufren los adolescentes por parte de sus progenitores en el desarrollo de síntomas depresivos. En otras palabras, la familia puede desempeñar un papel crucial como elemento protector frente a conductas de riesgo (Núñez et al., 2020). Cuando los adolescentes se sienten emocionalmente conectados con su familia y perciben el apoyo de sus padres en su autonomía, así como la valoración de sus emociones y opiniones, adquieren una mayor confianza para explorar, cumplir con límites y normas, construir su propia identidad y cultivar habilidades sociales. Esto facilita un desarrollo socioemocional saludable y la superación de los desafíos propios de esta etapa de la vida (Vilar et al., 2021; Mansilla y Montañez, 2022).

Al comparar la percepción del funcionamiento familiar según sexo, se encontraron diferencias significativas, lo que indica que los hombres y las mujeres perciben de manera distinta el funcionamiento familiar. Esto podría ser resultado de una combinación de factores, como la socialización que se da en la familia, donde se enseñan roles y expectativas distintas. A los hombres se les fomenta la independencia y la autonomía, mientras que a las mujeres se les inculca la importancia de la conexión emocional y la comunicación. Esto impacta en la relación familiar en cuanto a las expectativas de los padres para con sus hijos e hijas, afectando la percepción de los adolescentes sobre su papel en la familia. Otro factor es el modelo de rol proporcionado por los padres u otros miembros de la familia en la interacción diferenciada con los hijos e hijas (Torres, 2005). Por otra parte, también influye la experiencia personal en cuanto a la calidad de la relación con los padres, los conflictos familiares, el apoyo emocional recibido y otros factores (Van et al., 2012).

Comparando los síntomas de depresión en los adolescentes según sexo, se observan diferencias significativas entre los hombres y mujeres en el desarrollo de la sintomatología

depresiva. Esto también fue reportado por Fernández et al. (2021), en la que indica una mayor prevalencia en las mujeres en el desarrollo de problemas de salud mental, incluyendo la depresión, así como una mayor gravedad con la que se presentan. Respecto a esto Russi (2021) señala que en adolescencia existe diferencias biológicas en el procesamiento del estrés y otras experiencias. Las mujeres tienden a ser más sensibles a la aprobación social y a las emociones sutiles debido a la influencia de los estrógenos, mientras que los hombres tienden a ser más propensos a tomar riesgos y a tener mayor confianza en la resolución exitosa de sus problemas debido a la influencia de la testosterona. Por otra parte, Monasterio (2019) atribuye estas diferencias a los estilos parentales y las bases culturales de la familia. Ante situaciones estresantes, permiten a las mujeres mostrarse más vulnerables y emplear distintas formas de afrontamiento, lo cual podría no ser eficaz y reforzar su dependencia. Por el contrario, se espera que los hombres respondan con soluciones racionales y efectivas, así como con autocontrol emocional y autonomía ante situaciones estresantes. Sin embargo, Gonzáles, et al. (2015) señala que, si bien las mujeres presentan una mayor prevalencia en el desarrollo del trastorno depresivo, son los varones quienes tienden a experimentarlo con mayor gravedad. Esto se debe a que, para evitar caer en el estigma social, los hombres suelen enmascarar los síntomas con conductas de riesgo. En relación con esto, Londoño et al. (2020) mencionan que los hombres interpretan el sufrimiento como una amenaza significativa, ya que les preocupa perder el control, lo que podría poner en duda su capacidad para manejar situaciones o emociones, afectando su autoconfianza y aumentando su malestar.

## VI. CONCLUSIONES

- 6.1. Existe una correlación negativa entre la Percepción del funcionamiento familiar y los Síntomas depresivos en los adolescentes.
- 6.2. Los instrumentos empleados presentan una confiabilidad y validez adecuadas para la población evaluada.
- 6.3. El 39 % de los estudiantes perciben el funcionamiento de su familia como “Altamente Disfuncional”. De este porcentaje, el 23,2 % son mujeres.
- 6.4. Hay diferencias en la Percepción del funcionamiento familiar según sexo de los adolescentes, siendo los hombres quienes presenta un mayor promedio.
- 6.5. Aproximadamente el 50 % de los evaluados presentan Síntomas depresivos entre “Moderado” o “Severo”. De este porcentaje, el 31.9 % son mujeres.
- 6.6. Existen diferencias en los Síntomas depresivos según sexo, observándose que las mujeres presentan un mayor promedio.

## VII. RECOMENDACIONES

- 7.1. Incluir un mayor número de variables sociodemográficas y familiares para permitir un análisis más exhaustivo y detallado de los resultados.
- 7.2. Organizar charlas y talleres dirigidos a los padres sobre la importancia del funcionamiento familiar saludable, estilos de comunicación, resolución de conflictos y habilidades parentales, y su impacto en la salud mental de los adolescentes.
- 7.3. Informar a los docentes, padres de familia y alumnos sobre la depresión en adolescentes, incluyendo la identificación de síntomas, los factores que contribuyen a su predisposición y los factores de protección.
- 7.4. Desarrollar programas de salud psicológica dirigidos específicamente a las necesidades de las adolescentes, abordando los factores que contribuyen a sus mayores niveles de depresión.
- 7.5. Implementar evaluaciones periódicas del funcionamiento familiar y los síntomas depresivos para identificar cambios y necesidades emergentes.
- 7.6. Asegurar un seguimiento continuo para los adolescentes que presenten síntomas depresivos significativos, asegurando que reciban la atención y el apoyo necesarios.

## VIII. REFERENCIAS

- Abrego, A. (2023). *Prevalencia de la ansiedad y depresión en adolescentes entre los 13 y 17 años de la i.e. 3080 Perú - Canadá del distrito de los olivos desde el mes de enero a septiembre del 2022*. [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Aguilar, A., Ferro, J. y Baca, A. (2023). *Creencias irracionales y depresión en estudiantes de tres instituciones educativas de 4to y 5to año del nivel secundario de la provincia de Abancay, 2022*. [Tesis de pregrado, Universidad Continental]. Repositorio Institucional Universidad Continental. <https://hdl.handle.net/20.500.12394/12769>
- Aldeas Infantiles SOS (marzo, 2016). *La importancia de la familia en el desarrollo de los niños y niñas*. <https://www.aldeasinfantiles.org.co/noticias/2016/la-importancia-de-la-familia#:~:text=Una%20familia%20es%20mucho%20m%C3%A1s,y%20desarrollar%20todo%20nuestro%20potencial>
- Andina (15 de julio de 2021). ¡Cuidado! Padres estresados generan problemas de conducta e integración en sus hijos. <https://andina.pe/agencia/noticia-cuidado-padres-estresados-generan-problemas-conducta-e-integracion-sus-hijos-852671.aspx>
- Angulo, E. (2014). *Efectividad de la funcionalidad familiar en un grupo de familias con adolescentes gestantes del programa de atención integral a la primera infancia Cundinamarca en el segundo semestre de 2014*. [Tesis de pregrado]. Pontificia Universidad Javeriana.
- Aramburu, M. (2004). Jerome Seymour Bruner: de la percepción al lenguaje. *Revista Iberoamericana De Educación*, 34(1), 1-19. <https://doi.org/10.35362/rie3412902>
- Arias, L. (1994). El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. *Colombia Medica* 25 (1), 26-28.

Barrios, M. y Cosculluela, A. (2013). Fiabilidad. En J. Meneses (Ed.). *Psicometría* (75-140).

UOC

Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Desclée de Brower.

Bezanilla, J. y Miranda, A. (2013). La familia como grupo social: una re-conceptualización. *Alternativas en Psicología*, 17 (29), 58-73.

Briceño, A. (2022). *Depresión en adolescentes*. El mercurio.

Borrás, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico*, 18(1), 05-07. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812014000100002&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002&lng=es&tlng=es).

Cajachagua, R. (2020). *Tipo de funcionamiento familiar y optimismo en estudiantes del último semestre de todas las facultades de una universidad privada de Huancayo, 2018*. [Tesis de pregrado]. Universidad Continental.

Castellón, S. y Ledesma, E. (2012). El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spiritus. Cuba. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. [www.eumed.net/rev/cccss/21/](http://www.eumed.net/rev/cccss/21/)

Castilla, H., Caycho, T., Shimabukuro, M. y Valdivia, A. (2014). Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. *Propósitos Y Representaciones*, 2(1), 49-78. <https://doi.org/10.20511/pyr2014.v2n1.53>

Chala, L. y Matoma, L. (2013). *La construcción de la identidad en la adolescencia*. [Tesis de pregrado]. Universidad Pedagógica Nacional de Bogotá.

- Chávez, A. y Lima, D. (2023). Depresión, ansiedad, estrés y funcionalidad familiar en adolescentes de una unidad educativa de Guayaquil. *Revista Eugenio Espejo*, 17 (2), 33-45. <https://doi.org/10.37135/ee.04.17.05>
- Chuquispuma, E. (2021). *Depresión en adolescentes de 12 a 17 años durante la pandemia por COVID-19 en la urbanización El Rosedal, Chincha– 2021*. [Tesis de pregrado]. Universidad Autónoma de Ica.
- Colegio de Psicólogos del Perú. Concejo Directivo Nacional (2018). *Código de ética y deontología*.
- Cortaza, L., Francisca, E., Hernández, B., Lugo, L., Beverido, P., Betzaida, S. y De San Jorge, X. (2019). Uso de internet, consumo de alcohol y funcionalidad familiar en adolescentes mexicanos. *Health and Addictions*. 19(2), 59-69.
- Cortina, G. (2014). *La adolescencia como periodo de cambio. La formación de la identidad en el adolescente*. [Tesis de maestría, Universidad Internacional de Rioja]. Repositorio Institucional UIR. <https://reunir.unir.net/handle/123456789/3061>
- Dávila, J. (27 de mayo de 2023). Salud mental, adolescentes y redes sociales. *El Peruano*. <http://www.elperuano.pe/noticia/213818-salud-mental-adolescentes-y-redes-sociales>
- Depresión en adolescentes: diagnóstico y tratamiento. (2017). *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 60(5), 52-55.
- Espinoza, L., Luna, L. y Pérez, M. (2017). *Relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de cuello uterino en una institución de salud*. [Tesis de segunda especialidad]. Universidad Peruana Cayetano Heredia.



- Esteves, A., Paredes, R., Calcina, C. y Yapuchura, C. (2020). Habilidades Sociales en adolescentes y Funcionalidad Familiar. *Comunicación*, 11 (1), 16-27. <https://dx.doi.org/10.33595/2226-1478.11.1.392>
- Estrada, E. y Mamani, H. (2020). Funcionamiento familiar y niveles de logro de aprendizaje de los estudiantes de educación básica. *Investigación Valdizana*, 14 (2), 96 – 102.
- Fernández, S., Martínez, V. y López, C. (2021). Diferencias de sexo en comorbilidad entre consumo de sustancias y salud mental en adolescentes: dos caras de la misma moneda. *Psicothema*, 33(1), 36-43. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/17068>
- Figueras, A., Amador, J. y Perú, M. (2008). Características psicométricas de la Reynolds Adolescent Depression Scale en población comunitaria y clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 247-266. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33780117>
- Friedman, H. (2004). *Manual de diagnóstico médico*. Masson.
- Forero, L., Avendaño, M., Duarte, Z. y Campo, A. (2006). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(1), 23-29. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635103>
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría.*, 86(6), 436-443. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Gallegos, J., Ruvalcaba, N., Castillo, J. y Ayala, P. (2016). Funcionamiento familiar y su relación con la exposición a la violencia en adolescentes mexicanos. *Acción Psicológica*, 13(2), 69-78. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.17810>

- García, G., Landeros, E., Arrijoja, G. y Pérez, A. (2007). Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 15 (1), 21 – 26.
- Gil, M., Rivera, M. y Vargas, M. (2022). Situaciones vitales estresantes y sintomatología depresiva en adolescentes rurales. *Revista de Psicología y Educación*, 17 (1), 97-115.
- González, C., Hermosillo, A., Vacio, M., Peralta, R. y Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155.  
<https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.05.006>
- Gutiérrez, F. (12 de marzo del 2021). Un año de pandemia: Las primeras normas que enfrentaron al nuevo coronavirus. *El Peruano*. <https://elperuano.pe/noticia/116869-un-año-de-pandemia-las-primeras-normas-que-enfrentaron-al-nuevo-coronavirus>
- Gutiérrez, R. (2023). *Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de una Institución Educativa Privada de Huamanga, Ayacucho, 2021*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica de los Andes de Chimbote]. Repositorio Institucional UCAC.  
<https://hdl.handle.net/20.500.13032/32152>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw-Hill.
- Herrera, P. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(6), 591-595.
- Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud [IACS]. (2018). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia*.  
<https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-infancia-factores-riesgo/>

- Instituto Nacional de la Salud Mental [INSM]. (2021). Estudio epidemiológico de salud mental en niños y adolescentes en lima metropolitana en el contexto de la covid-19 2020. *Anales de Salud Mental*, 37(2).  
[https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/\\_notes/EESM\\_Ninos\\_y\\_Adolescentes\\_en\\_LM\\_ContextoCOVID19-2020.pdf](https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/_notes/EESM_Ninos_y_Adolescentes_en_LM_ContextoCOVID19-2020.pdf)
- Instituto Nacional de Salud de Niño – San Borja [INSN]. (2020). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en niños y adolescentes*.  
<https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2020/RD%20N%C2%B0%20000189-2020-DG-INSNSB%20GPC%20Depresi%C3%B3n%202020.pdf>
- Jiménez, N., Cruz, J. y Romero, I. (2021). Abordaje de los estilos de crianza como herramienta para el médico familiar durante la atención del adolescente. *Atención Familiar*, 28(2), 146-152. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.2.78806>
- Jiménez, T., Musitu, G. y Murgui, S. (2005). Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: efectos directos y mediadores. *Anuario de psicología / The UB Journal of psychology* 36 (2), 559-579.  
<https://raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61813>.
- León, G. (2019). *Funcionamiento familiar de los trabajadores administrativos de la Universidad Católica los Ángeles De Chimbote-filial Ayacucho, 2018*. [Tesis de pregrado]. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote.
- Leyva, A. y Nuñez, L. (2023). *Funcionamiento familiar y estado de ánimo en adolescentes de secundaria. Institución Educativa Francisco Lizarzaburú, El Porvenir 2022*. [Tesis de pregrado]. Universidad Privada Antenor Orrego.

- Londoño, C., Cita, A., Niño, L., Molano, F., Reyes, C., Vega, A. y Villa, C. (2020). Sufrimiento psicológico en hombres y mujeres con síntomas de depresión. *Terapia psicológica*, 38(2), 189-202. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000200189>
- Mansilla, M. y Montañez, E. (2022). *Funcionalidad familiar y habilidades sociales en adolescentes de nivel secundaria de una institución educativa pública de Lima norte, 2020* [Tesis de pregrado]. Universidad Privada del Norte.
- Mayo Clinic. (agosto, 2022). *Depresión en adolescentes*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/teen-depression/symptoms-causes/syc-20350985>
- Medina, A. y Ttito, S. (2021). *Depresión y su relación con la funcionalidad familiar en adolescentes del colegio Virgen del Carmen Arequipa-2021*. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma de Ica]. Repositorio Institucional UAI. <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/1404/1/Alexis%20Marcelina%20Medina%20Sanchez.pdf>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP]. (2023). *Observatorio Nacional de las Familias*. <https://observatoriodelasfamilias.mimp.gob.pe/familia.html>
- Ministerio de Salud del Perú [MINSA]. (2 de octubre del 2021). *Ministerio de Salud atendió 813 426 casos de salud mental entre enero y agosto de 2021*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/542324-ministerio-de-salud-atendio-813-426-casos-de-salud-mental-entre-enero-y-agosto-de-2021>
- Ministerio de Salud del Perú [MINSA]. (17 de septiembre del 2022). *MINSA logra realizar más de 4 millones de atenciones en salud mental*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/651753-minsa-logra-realizar-mas-de-4-millones-de-atenciones-en-salud-mental>

- Ministerio de Salud del Perú [MINSA]. (19 de enero del 2023). *La depresión: un trastorno de salud mental que también afecta a niñas, niños y adolescentes, y requiere la participación de la familia*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/690010-la-depresion-un-trastorno-de-salud-mental-que-tambien-afecta-a-ninas-ninos-y-adolescentes-y-requiere-la-participacion-de-la-familia>
- Monasterio, A. (2019). *Depresión en adolescentes de una institución educativa pública de Lima Metropolitana*. [Tesis de pregrado]. Universidad San Ignacio de Loyola.
- Monroy, A. (2004). *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud*. México: Pax México.
- Montañez, M., Bartolomé, R., Montañés, J. y Parra, M. (2008). Influencia del contexto familiar en las conductas adolescentes. *Revistas de la facultad de educación de Albacete*, 23(17):391-407.
- Morales, J. y Fernández, L. (2020). Satisfacción familiar en los adolescentes de Lima durante la pandemia de la COVID-19. *Desafíos*, 13(1), 374. <https://doi.org/10.37711/desafios.2022.13.2.374>
- Moreno, A. (2015). *La adolescencia*. Barcelona, España: UOC.
- Moreno, J. y Chauta, L. (2012). Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6(1), 155-166. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770006>
- Ñañez, M., Lucas, G., Gómez, R. y Sánchez, R. (2022). El Covid-19 en la salud mental de los adolescentes en Lima Sur, Perú. *Horizonte de la ciencia*, 12 (22), 219-231. <https://www.redalyc.org/journal/5709/570969250016/html/>

- Núñez, A., Reyes, L., Sánchez, M., Carmona, F., Acosta, J. y Moya, E. (2020). Ideación suicida y funcionalidad familiar en adolescentes del caribe colombiano. *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*, 39 (1), 80 – 87.
- Ocampo, L. y Sánchez, V. (2019). *Dinámica familiar (funcional /disfuncional) y niveles de ansiedad en adolescentes con obesidad del colegio industrial Luis Madina de la ciudad de Santiago de Cali*. [Tesis de pregrado]. Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium.
- Olivera, A., Rivera, E., Gutiérrez, M. y Méndez, J. (2018). Funcionalidad familiar en la depresión de adolescentes de la Institución Educativa Particular "Gran Amauta de Motupe" Lima, 2018. *Revista Estomatológica Herediana*, 29(3), 189-195.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1976). *Índices estadísticos de la salud de la familia*. Serie de informes técnicos Núm. 587. Ginebra. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40938/WHO\\_TRS\\_587\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40938/WHO_TRS_587_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (octubre, 2020). *No hay salud sin salud mental*. <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental#:~:text=Datos%20y%20cifras%20a%20nivel,diagnosticado%20con%20un%20trastorno%20mental>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (17 de noviembre, 2021). *Salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (noviembre, 2022). *Depresión*. [https://www.who.int/es/health-topics/la-d%C3%A9pression#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/la-d%C3%A9pression#tab=tab_1)

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (31 de marzo, 2023). *Depresión.*

[https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20una%20enfermedad, personas%20tienen%20depresi%C3%B3n%20\(1\)](https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20una%20enfermedad, personas%20tienen%20depresi%C3%B3n%20(1))

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (s.f.). *Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19).* <https://www.paho.org/es/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>

Papalia, D., Duskin, R. y Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano.* México: McGraw-Hill.

Perdomo, A., Ramírez, C. y Galán, E. (2015). Asociación de la funcionalidad familiar entre padres e hijos adolescentes en Neiva. *Avances en Enfermería*, 33(1), 94-103.

Pilco, V. y Jaramillo, A. (2023). Funcionalidad familiar y su relación con la autoestima en adolescentes de la ciudad de Ambato. *Scielo Preprints.* <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.5945>

Pomalima, R. (2017). *Agresividad y cambios bruscos de humor son conductas que pueden enmascarar una depresión en los adolescentes.* <https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2017/013html.html>

Quezada, A., Moreno, N. y Guzmán, R. (2023). Funcionamiento familiar, depresión, ansiedad y estrés, en tiempos de pandemia, en hombres y mujeres universitarios de la UAEH. *Journal of Basic and Applied Psychology Research*, 5(9), 1-9.

Quispe, J., Paredes, Y., Quispe, R., Jara, F. y Gavilán, V. (2023). Funcionamiento familiar y habilidades sociales en adolescentes peruanos de educación secundaria. *Universidad y Sociedad*, 15(3), 357-365. <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/3755>

Quispe, R. (2022). *Aspectos relevantes del entorno familiar que influyen en episodios de carácter depresivo en los estudiantes del quinto grado de la I.E.S. Emblemática*

*Nuestra Señora del Carmen, Ilave – 2021*. [Tesis de pregrado]. Universidad Privada San Carlos.

Retamal, P. (1999). *Depresión*. Universal.

Reyes, S. y Oyola M. (2022). Funcionalidad familiar y conductas de riesgo en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Comuni@cción*, 13(2), 127-137.  
<https://dx.doi.org/10.33595/2226-1478.13.2.687>

Rivera, L. (2021). Estrés laboral y funcionalidad familiar en tres compañías constructoras en lima, Perú [Tesis de maestría]. Universidad Femenina del Sagrado Corazón.

Rosabal, E., Romero, N., Gaquín, K. y Hernández, R. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44(2), 218-229.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572015000200010&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000200010&lng=es&tlng=es).

Ruiz, C., Jiménez, J., Mirna, G., Flores, L. y Trejo, H. (2020). Actores del ambiente familiar predictores de depresión en adolescentes escolares: análisis por sexo. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 6(1), 104-122.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8816334>

Russi, E. (2021). Neurodesarrollo cerebral. Los cambios en el cerebro del adolescente. En Dolz, M., Camprodon, E. y Arian, T. *Una mirada a la salud mental de los adolescentes* (pp. 17-42).

Santander, S., Zubarew, T., Santelices, L., Argollo, P., Cerda, J. y Bórquez, M. (2008). Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. *Revista médica de Chile*, 136(3), 317-324.



- Serna, D., Terán, C., Vanegas, A., Medina, Ó., Blandón, O. y Cardona, D. (2020). Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(5), <https://www.redalyc.org/jatsRepo/1804/180465398016/180465398016.pdf>
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *J. Fam. Pract.* 6, (6), 1231-1239.
- Suarez, M. y Alcalá, M. (2014). Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 20(1), 53-57. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es&tlng=es)
- Tafur, S. (3 de mayo del 2022). Accesibilidad a servicios de salud en el Perú: brechas y oportunidades en el contexto de crisis político-social y pandemia. *IDEHPUCP*. <https://idehpucp.pucp.edu.pe/analisis1/accesibilidad-a-servicios-de-salud-en-el-peru-brechas-y-oportunidades-en-el-contexto-de-crisis-politico-social-y-pandemia/>
- Testa, A. y Agüero, G. (1999). Problemas epistemológicos y empíricos de la percepción. *Epistemología e historia de la ciencia*, 5 (5), 473 - 480. <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/3209>
- Toledo, P. (2022). *Depresión, ansiedad y estrés en adolescentes de las instituciones educativas de Lima Norte, 2021*. [Tesis de doctorado]. Universidad Cesar Vallejo.
- Torres, L. (2005). Diferencias en la crianza paterna de tres grupos familiares. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(1), 73-92. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29210105>

Ugarriza, N. y Ecurra, M. (2002). Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Persona*, (005), 83-130.

<https://doi.org/10.26439/persona2002.n005.872>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (noviembre, 2019). *Más del 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales.*

<https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/m%C3%A1s-del-20-de-los-adolescentes-de-todo-el-mundo-sufren-trastornos-mentales>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (24 de junio 2021). *Salud mental de padres, madres y cuidadores es clave para la crianza positiva.*

<https://www.unicef.org/peru/comunicados-prensa/salud-mental-padres-madres-cuidadores-clave-crianza-positiva-consejo-pandemia-covid19>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2021). Estado mundial de la infancia 2021. *En mi mente.*

<https://www.unicef.org/peru/sites/unicef.org/peru/files/2021-10/Estado%20Mundial%20de%20la%20Infancia%202021.%20En%20Mi%20Mente%20-%20Salud%20Mental%20-%20UNICEF.pdf>

Hernando, M., Begoña, M. y Gordo, R. (2020). Trastorno depresivo y trastorno bipolar. En Imaz, C y Arias, B. *EdUVA Manual básico de psiquiatría de la infancia y la adolescencia* (pp. 333-334).

Valdés, A. (2007). *Familia y desarrollo. Intervenciones en terapia familiar.* Manual Moderno.

Van, H., Rodríguez, B. y Robles, E. (2012). La percepción de la crianza en padres, madres e hijos adolescentes pertenecientes al mismo núcleo familiar. *Liberabit*, 18(1), 75-82.

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272012000100010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272012000100010&lng=es&tlng=es).

Vargas, J., Ibáñez, E. y Martínez, K. (2015). La dinámica de la familia y la diferenciación.

*Alternativas en Psicología*, 18 (33), 133 -159. <https://alternativas.me/numeros?start=9>

Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4(8), 47-53.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>

Valle, R. (2015). Nivel de funcionalidad de familias con niños de 3 a 6 años, habitantes de una

localidad de Bogotá, 2013. *Revista Colombiana De Enfermería*, 11, 73 – 81.

Vilar, A., Fresno, C. y Batlle, S. (2021). Comunicarme con mi hijo adolescente. En Dolz, M.,

Camprodon, E. y Arian, T. *Una mirada a la salud mental de los adolescentes* (pp. 43-73).

[https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7455\\_d\\_Mirada-SaludMental-Adolescentes.pdf](https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7455_d_Mirada-SaludMental-Adolescentes.pdf)

Zabala, M., Ríos, M., García, G. y Rodríguez, P. (2010). Funcionalidad familiar y ansiedad en

pacientes adultos con enfermedad crónica. *Aquichan*, 9(3).

<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1524>

## IX. ANEXOS

### Anexo A

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a padre/madre/tutor:

Nos dirigimos a usted para informarle que los alumnos del nivel secundario de la Institución Educativa 0055 “Manuel Gonzáles Prada” han sido invitados a participar en la investigación titulada “Percepción del funcionamiento familiar y depresión en adolescentes”. Para esta investigación, se les solicitará responder dos cuestionarios, cuya aplicación tendrá una duración de 20 minutos.

Esta investigación es realizada por la bachiller en Psicología Luz Carin Chaucas Capcha de la Universidad Nacional Federico Villarreal.

La participación de su hijo/a es completamente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento sin ninguna repercusión. Toda la información recolectada será tratada de manera estrictamente confidencial y anónima. Los datos obtenidos no serán utilizados para ningún otro propósito fuera de esta investigación.

Estoy de acuerdo en que mi menor hijo participe de la investigación.

Nombres y apellidos del padre/madre/tutor:

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

## Anexo B

# APGAR FAMILIAR

Autor: Smilkstein (1978)

Instrucciones: Aquí te vamos a presentar unas frases que te permitirán pensar acerca de tu forma de ser. Deseamos que contestes a cada una de las siguientes preguntas con una X la casilla que mejor represente la frecuencia con que actúas, de acuerdo con la siguiente escala:

*Conteste a las siguientes preguntas según los siguientes criterios:*

**A:** Casi nunca      **B:** A veces      **C:** Casi siempre

|    |  | A | B | C |
|----|--|---|---|---|
| 1. | ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema? |   |   |   |
| 2. | ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?                       |   |   |   |
| 3. | ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?                     |   |   |   |
| 4. | ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?              |   |   |   |
| 5. | ¿Siente que su familia le quiere?  |   |   |   |

**TOTAL:**

## Anexo C

Ugarriza, Escurra

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

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Colegio: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones**

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

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

|         |  |
|---------|--|
| RS      |  |
| TOTAL % |  |
| %       |  |

|    |  |
|----|--|
| CI |  |
|    |  |
|    |  |