

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA



**DEPRESION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES
DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL DISTRITO DE
ANCHONGA – ANGARAES, 2021**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

TESISTA:

Santoyo Huamán, Danai

ASESOR:

Mg. Gabriel coletti escobar

HUÁNUCO - PERÚ

2021

DEDICATORIA

A mi familia en general, por estar al lado mío en cada día de mi existencia y en cada reto que me propongo.

AGRADECIMIENTO

- Agradezco a la Universidad Nacional Hermilio Valdizan por darme la oportunidad de efectuar el presente trabajo en su prestigiosa institución.
- Agradezco a mis asesores, por su voluntad y entrega, quienes, con sus instrucciones, sus experiencias, su perseverancia y su persuasión han logrado en mí que pueda terminar el presente trabajo.
- Agradezco a mi hijo por su compañía, y ser el motor que impulso en cada paso que damos; por soportar mis ratos de estrés, por ser una excelente compañía.

RESUMEN

La presente investigación buscó como objetivo determinar los niveles de depresión y la funcionalidad familiar en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021. El tipo de investigación es cuantitativo de nivel descriptivo, diseño descriptivo simple-transversal. Para ello se seleccionó a la muestra a través del muestreo no probabilístico de tipo censal, es decir contó con la participación de 103 estudiantes de los grados 3^o, 4^o y 5^o con edades entre 13 y 19 años. Para la recolección de datos se utilizó el Inventario de Depresión de Beck-IA y el Cuestionario de Funcionalidad Familiar APGAR. Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva mediante frecuencias y porcentajes. Los puntajes obtenidos arrojaron que el 62,14% de los adolescentes evidenciaron depresión mínima, 18,45% depresión leve, 14,56% depresión moderada y 4.85% depresión grave. Los principales síntomas depresivos, en frecuencia e intensidad, fueron episodios de llanto, irritabilidad, insomnio y pérdida de apetito, las mujeres presentan niveles más altos de severidad en depresión que los hombres. Fue identificada una alta incidencia (90,3%) de familias funcionales y una prevalencia nula de familias con disfunción severa. Todas las funciones familiares evaluadas recibieron puntuaciones altamente positivas.

Palabras clave: depresión, funcionalidad familiar, Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de Funcionalidad Familiar APGAR, adolescentes.

ABSTRACT

The present investigation sought to determine the levels of depression and family functionality in adolescents at the secondary level of the Educational Institution "José Gálvez Barrenechea" of the district of Anchonga - Angaraes province, 2021. The type of research is quantitative at a descriptive level, simple-transversal descriptive design. For this, the sample was selected through non-probabilistic census-type sampling, that is, it had the participation of 103 students from grades 30, 40 and 50 with ages between 13 and 19 years. For data collection, the Beck-IA Depression Inventory and the Apgar Family Functioning Questionnaire were used. Descriptive statistics were used for data analysis through frequencies and percentages. The scores obtained showed that 62.14% of the adolescents showed minimal depression, 18.45% mild depression, 14.56% moderate depression and 4.85% severe depression. The main depressive symptoms, in frequency and intensity, were crying episodes, irritability, insomnia and loss of appetite, women present higher levels of severity in depression than men. A high incidence (90.3%) of functional families and a null prevalence of families with severe dysfunction was identified. All the family functions evaluated received highly positive scores.

Keywords: depression, family functionality, Beck Depression Inventory, APGAR Family Function Questionnaire, adolescents.

ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCION	
CAPÍTULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Fundamentación del problema de investigación	11
1.2 Formulación del problema de investigación general y específicos	15
1.3 Formulación de objetivos generales y específicos	15
1.3.1 Objetivo general	16
1.3.2 Objetivos específicos	16
1.4. Justificación	17
1.5. Limitaciones	18
1.6. Formulación de hipótesis	19
1.7. Variables	19
1.8. Definición teórica y Operacionalización de variables	19
1.8.1. Definición teórica	19
1.8.2. Operacionalización de variables	20
CAPÍTULO II. MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes	22
2.1.1 Antecedentes internacionales	22
2.1.2 Antecedentes nacionales	24
2.1.3 Antecedentes locales	26
2.2 Bases Teóricas	26
2.2.1 Depresión	26
2.2.2. La depresión desde los modelos psicológicos	29
2.2.2.1. Modelo psicoanalítico	29
2.2.2.2. Modelo cognitivo	30
2.2.2.3. Modelo conductual	30

2.1.2.4. Teoría Cognitiva de Beck	30
2.2.3. Funcionalidad familiar	33
2.2.3.1 La familia: Sistema social y funciones	33
2.2.3.2. Roles de la familia saludable	34
2.2.3.3. Modelos de familias	35
2.2.3.4. Tipos de familia actualmente	37
2.2.3.5. La teoría del modelo ecológico	39
2.3. Bases conceptuales	40
2.4 Bases epistemológicas o bases filosóficas o bases antropológicas	41
CAPÍTULO III. METODOLOGIA	
3.1 Ámbito	43
3.2 Población	45
3.3. Muestra	45
3.4. Nivel y tipo de estudio	46
3.4.1. Nivel de investigación	46
3.4.2 Tipo de investigación	46
3.5. Diseño de investigación	47
3.6. Método, técnicas e instrumento de recolección de datos	47
3.6.1 Técnica	48
3.6.2 Instrumentos	48
3.7. Procedimiento	51
3.8. Tabulación y análisis de datos estadísticos	52
3.9. Consideraciones éticas	51
CAPITULO IV. RESULTADOS	52
CAPITULO V. DISCUSIÓN	62
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	61

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.

Distribución de la muestra de alumnos del 3°,4° y 5° de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” 47

Tabla 2.

Niveles de depresión y funcionalidad familiar en los adolescentes del nivel secundario, del 3°, 4° y 5° de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” – 2021. 49

Tabla 3.

Niveles de depresión en los adolescentes del nivel secundario del 3°, 4° y 5° de la I.E. “Jose Gálvez Barrenechea”-2021. 56

Tabla 4.

Prevalencia porcentual de los síntomas de mayor y menor gravedad en los adolescentes del nivel secundario del 3°, 4° y 5° de la I.E. “José Gálvez Barrenechea”. 57

Tabla 5.

Prevalencia de depresión según género en los adolescentes del nivel secundario del 3°, 4° y 5° de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” 2021. 58

Tabla 6.

Prevalencia de depresión según edad, en los adolescentes del nivel secundario del 3°, 4° y 5° de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” 2021. 59

Tabla 7.

Prevalencia de depresión según grado de estudios de los adolescentes del nivel secundario 3°, 4° y 5° de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” 2021. 60

Tabla 8.

Niveles de Funcionalidad familiar de los adolescentes del nivel secundario del 3°, 4° y 5° de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” 2021. 61

Tabla 9.

Prevalencia porcentual de la funcionalidad familiar según dimensiones, de los adolescentes del nivel secundario del 3°, 4° y 5° de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” 2021. 61

Tabla 10.

Funcionalidad familiar según género de los adolescentes del nivel secundario del 3°, 4° y 5° de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” 2021. 62

Tabla 11.

Funcionalidad familiar según edad de los adolescentes del nivel secundario del 3°, 4° y 5° de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” 2021. 63

ANEXOS

ANEXO 01. Matriz de consistencia	76
ANEXO 02. Consentimiento informado	80

INSTRUMENTOS

ANEXO 03. Instrumentos de recolección de datos	81
ANEXO 04. Registro fotográfico	85

INTRODUCCIÓN

En el Perú, de acuerdo con el Ministerio de Salud, los padecimientos neuro-psiquiátricos representan el grupo de daños con mayor carga de enfermedad y de años de vida perdidos, constituyéndose en una prioridad de salud pública, siendo la depresión uno de los problemas de mayor prevalencia. Los principales efectos de la depresión son la reducción de la calidad de vida, la capacidad funcional, la productividad, la integración familiar y social e independencia de las personas (MINSa, 2018). Los adolescentes son un grupo que merece especial atención. Según un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2012 b), el 14,7% de adolescentes de 11 a 14 años, presenta algún problema de salud mental y 11% de ellos están en riesgo de padecerlos (INSM, 2012a).

La depresión es uno de los trastornos mentales de mayor prevalencia y es considerada una prioridad de salud pública por ser una importante causa de discapacidad y muerte; ella afecta a todos los grupos etarios. Un grupo que merece especial atención, debido a sus características particulares de transición y necesidad de desarrollar estrategias de afrontamiento, son los adolescentes. En esta etapa pueden surgir sentimientos de inadecuación debido a cambios biológicos, afectivos-emocionales y conductuales propios de la edad que, cuando aunado a otros factores, pueden propiciar la aparición y desarrollo de sintomatología depresiva. Esos factores son de diversa índole -psicológicos, socioculturales, biológicos- y su estudio viene recibiendo creciente interés por parte de la comunidad científica.

Uno de los factores que se destacan en la literatura psicológica es la funcionalidad familiar por el rol importante que cumple en el desarrollo de la identidad, sociabilidad, ajuste social y psicológico en la formación de la personalidad, principalmente en los niños y adolescentes en proceso de desarrollo; es así que las perturbaciones que comprometan el sistema familiar pueden producir desequilibrios emocionales en sus integrantes, especialmente en una etapa de crisis como son los adolescentes.

Además de la importancia que tiene el estudio de la familia, es igualmente importante analizar la presencia de depresión en la adolescencia, los factores asociados a la misma y la dinámica de los determinantes de la salud mental, es necesario destacar que, en el contexto actual de crisis sanitaria global, es importante investigar el impacto psicológico

que está produciendo la pandemia en la población adolescente; así como, identificar factores de riesgo y protección que coadyuven al desarrollo de estrategias sistémicas involucrando a las familias.

Es preciso destacar que la población adolescente, objeto de la presente investigación, proviene de una de las zonas con mayores índices de pobreza del país, factor ambiental que, aunado a los ya expuestos, incrementa la necesidad de estudiar variables psicológicas.

En la presente investigación se plantea determinar los niveles de la depresión y la funcionalidad familiar en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, región de Huancavelica. Para evaluar las variables del estudio, depresión y funcionalidad familiar, se aplican el Inventario de Depresión de Beck y el Cuestionario de función familiar Apgar, respectivamente.

Con tales fines, el presente estudio se ha estructurado en cinco capítulos: El primer capítulo se centra en la presentación de la temática de estudio: problema de investigación, fundamentación del problema, formulación del problema, definición de los objetivos, además de la justificación, limitaciones del estudio, formulación de hipótesis, variables, definición teórica y operacionalización de variables.

El segundo capítulo presenta el marco teórico, específicamente construido para abordar el problema en cuestión. En este capítulo se expone una revisión de los antecedentes investigativos; son desarrolladas las bases teóricas de las variables del estudio: Depresión y funcionalidad familiar; las variables son conceptualizadas y se adopta un posicionamiento teórico-metodológico para el desarrollo del estudio y, finalmente, se definen los términos básicos empleados en el desarrollo de la investigación.

El tercer capítulo presenta la metodología, la misma que está constituida por el ámbito, población, muestra, nivel y tipo de estudio, diseño de investigación, métodos, técnicas e instrumentos, validación y confiabilidad del instrumento, tabulación y análisis de datos y los aspectos éticos considerados.

El cuarto capítulo expone los resultados obtenidos, el análisis univariado de los constructos del estudio; seguido con el quinto capítulo, la discusión, conclusiones y recomendaciones.

Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas utilizadas en la presente investigación y los anexos correspondientes.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del problema de investigación

En palabras de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO,2016) la familia es el componente básico de la humanidad y por lo tanto efectúa un papel esencial en la transmisión de los valores culturales y éticos como elementos del proceso de progreso.

Según Carbonell et al. (2012) desde una noción tradicional, define a la familia como el lugar básico donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros, podría precisarse como un eje estable y perdurable de afectos que trabaja en hacer posible la vida suficientemente feliz a los adultos, así como también la madurez y la formación de los hijos.

Por otro lado, la depresión es uno de los trastornos de mayor prevalencia en la población mundial, tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) igualmente se indica que la depresión es una de las principales causas mundiales de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes. La mitad de los trastornos mentales comienzan a los 14 años y, a pesar de no abordarlos tempranamente, la mayoría de los casos no se detectan ni se tratan, el 16% de la carga mundial de enfermedades y lesiones en personas de 10 a 19 años.

Se estima que, en el 2015 hubo un promedio de trescientos veintidós millones de personas con depresión. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017) esta cifra, que equivale a un 4,4% de la población mundial, continúa incrementándose, especialmente en los países de menores ingresos.

Otro importante elemento a ser considerado, que indica la gravedad de los trastornos depresivos en la adolescencia, de acuerdo con García & Sanz (2016), es que la

depresión es uno de los principales factores de riesgo de suicidio, así como de otras conductas relacionadas con el suicidio (intentos de suicidio, amenazas de suicidio, ideación suicida, conductas autolesivas). Al respecto, Tuisku *et al.* (2006; citados por García & Sanz, 2016) reportan que, del total de adolescentes, entre 13 y 19 años, que padecen de depresión, 19% tienen ideas de suicidio, 13% muestran conductas autolesivas y 16% han realizado intento de suicidio; por tanto, prácticamente la mitad (48%) de los adolescentes con depresión manifiestan alguna conducta de suicidio. Es necesario resaltar que, según la OMS (2018), el suicidio es la tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 19 años.

En América Latina, los trastornos depresivos son la principal causa de discapacidad y, cuando se considera la discapacidad junto con la mortalidad, suponen 3,4% del total de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y 7,8% del total de los años perdidos por discapacidad (APD). En el 2015, se observa un patrón subregional de mayor discapacidad en América del Sur: Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia son los cinco primeros países en la tabla clasificatoria de la discapacidad por depresión. Nuestro país ocupa el tercer lugar en dicha clasificación (8,6%), situándose por encima de la media del nivel global regional (7,8%). Otro aspecto importante de la depresión es que afecta principalmente a los jóvenes: casi 10 millones de los 14,5 millones de APD por depresión en la región de las Américas corresponden al grupo etario de 15 a 50 años (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

Esta situación, global y regional, en sí preocupante, probablemente se haya agravado debido a las repercusiones psicológicas del Covid-19 en la población. Estudios sobre los efectos de la pandemia en la salud mental aún son incipientes. Un estudio, realizado en Hubei-China, indica que 23% de los 2.330 escolares de la muestra del estudio evidenciaron estar en estado depresivo y 19% evidenciaron ansiedad durante la cuarentena (Xie, Xue, Zhou, et al., 2019). Otro estudio, que investiga los efectos de la cuarentena en India, concluye que niños y adolescentes que hicieron cuarentena presentan niveles de estrés superiores a los que no estuvieron en confinamiento. Los sentimientos más comúnmente experimentados fueron preocupación (68,5%), desesperanza (66,1%) y miedo (61,9%) (Saurabh y Ranjan, 2020). Un tercer estudio reporta que, en España e Italia, 85,7% de padres percibieron cambios en el estado emocional y el comportamiento de sus hijos durante la cuarentena. Los síntomas más

frecuentes fueron dificultad para concentrarse (76,6%), aburrimiento (52%), irritabilidad (39%), inquietud (38,8%), nerviosismo (38%), sentimientos de soledad (31,3%), malestar (30,4%), y preocupaciones (30,1%) (Orgilés et al., 2020). Finalmente, un estudio realizado en 6.000 menores de edad de diferentes países afectados por la pandemia, revela que uno de cada cuatro niños sufre de ansiedad en el contexto del confinamiento por la COVID-19 y que muchos de ellos corren el riesgo de sufrir trastornos psicológicos permanentes, incluida la depresión (Save the Children, 2020).

El Instituto Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud del Perú inició, recientemente, una investigación intitulada *Estudio epidemiológico de salud mental en niños y adolescentes en Lima Metropolitana en el contexto del Covid-19*, se espera que sus resultados contribuyan a las decisiones técnicas y de políticas públicas del sector, para afrontar los efectos de la pandemia en la salud mental en este segmento de la población (Instituto Nacional de Salud Mental [INSM], 2020).

En cuanto a la región de Huancavelica, las últimas estadísticas que se disponen provenientes de fuentes gubernamentales muestran que el trastorno clínico más frecuente en los adolescentes es el episodio depresivo moderado a severo (3,2%), seguido de fobia social (2,9%), y el trastorno de ansiedad generalizada (1,0%). El 21,7% de la población adolescente alguna vez en su vida ha sentido deseos de morir; el 2,8% de la población adolescente ha tenido alguna vez en su vida planes suicidas, mientras que el 1,1% de la población adolescente ha intentado suicidarse alguna vez en su vida. Un tercio de la población adolescente que intentó alguna vez quitarse la vida considera el suicidio todavía como una posibilidad de solución a sus problemas. Por otro lado, la mayoría de conductas suicidas se observan significativamente en el sexo femenino. Es interesante indicar que los motivos señalados por los adolescentes de 12 a 17 años, para sentir deseos de morir, pensar, planear o intentar quitarse la vida, resaltan los problemas con los padres y les siguen los problemas con los estudios y los problemas con otros parientes (INSM, 2012).

El estudio epidemiológico del INSM (2012) parece indicar que la presencia de síntomas depresivos con importancia clínica, en los adolescentes de la región de Huancavelica, es el resultado de múltiples factores. Diversos estudios, reportados en la literatura, tienen como objetivo estudiar la relación existente entre la funcionalidad familiar y los síntomas depresivos; sin embargo, las conclusiones son divergentes. Es

de aceptación general que la funcionalidad familiar desempeña un rol importante en el desarrollo social y psicológico de los integrantes del núcleo familiar, principalmente de los niños y de los adolescentes; por ello, las perturbaciones que comprometan el sistema familiar pueden producir desequilibrios emocionales en sus integrantes (Álvarez *et al.*, 2009; Cogollo *et al.*, 2009).

Por tanto, es necesario destacar que en la región de Huancavelica no existen estudios que tengan como objetivo explícito determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión con importancia clínica, en población adolescente. Los estudios encontrados abordan tangencialmente esas variables; esto es, no existen investigaciones en Huancavelica, donde se hayan aplicado instrumentos psicométricos para evaluar la funcionalidad familiar y la depresión, sumado a que el distrito de Anchonga está estimado dentro de los distritos más pobres del Perú; 88,3% de sus habitantes viven en pobreza y 58,4% en extrema pobreza (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2010). La publicación hecha por el MEF en el 2005 proyectó que Anchonga era el más pobre del país. Esa afirmación hizo que se expandieran programas de ayuda gubernamentales y no gubernamentales en el distrito.

En el contexto de la Institución Educativa Secundaria “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga, Huancavelica, se observa comportamientos que podrían evidenciar la presencia de sintomatología depresiva en algunos estudiantes. Esa constatación originó algunos interrogantes como el determinar los niveles de depresión y funcionalidad familiar consideradas disfuncionales. Es decir, en la población de estudio se puede considerar a la disfuncionalidad familiar como un factor de riesgo, como también la sintomatología depresiva. La búsqueda de respuesta a esas interrogantes originó el propósito para la realización de esta investigación: determinar los niveles de depresión y la funcionalidad familiar en los adolescentes de la población del estudio con la finalidad de generar una base científica que permita, posteriormente, implementar estrategias de intervención que aborden esta problemática. Por todo el sustento expresado nos formulamos las siguientes interrogantes:

1.2 Formulación del problema de investigación.

1.2.1 Formulación general

¿Cuáles son los niveles de depresión y la funcionalidad familiar en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021?

1.2.2 Formulación específica

- a) ¿Cuáles son los niveles de la depresión en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021?
- b) ¿Cuáles son los síntomas de mayor y menor gravedad de la depresión en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021?
- c) ¿Cuáles son los niveles de la depresión, según género, en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021?
- d) ¿Cuáles son los niveles de la depresión, según edad, en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021?
- e) ¿Cuáles son los niveles de la depresión, según grado de estudios, en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021?
- f) ¿Cuáles son los niveles de la funcionalidad familiar de los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021?
- g) ¿Cuáles son la prevalencia porcentual de la funcionalidad familiar de los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021?
- h) ¿Cuáles son los niveles de la funcionalidad familiar, según género, de los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021?
- i) ¿Cuáles son los niveles de la funcionalidad familiar, según edad, de los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.

1.3 Formulación del objetivo general y específico de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar los niveles de depresión y la funcionalidad familiar en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.

1.3.2 Objetivos específicos

- a) Identificar los niveles de la depresión en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.
- b) Conocer los síntomas de mayor y menor gravedad de la depresión en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.
- c) Establecer los niveles de la depresión, según género, en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.
- d) Identificar los niveles de la depresión, según edad, en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.
- e) Conocer los niveles de la depresión, según grado de estudios, en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.
- f) Establecer los niveles de la funcionalidad familiar de los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.
- g) Identificar la prevalencia porcentual de la funcionalidad familiar de los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.
- h) Conocer los niveles de la funcionalidad familiar, según género, de los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.

- i) Establecer los niveles de la funcionalidad familiar, según edad, de los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.

1.4 Justificación de la investigación

Desde una perspectiva metodológica, el presente estudio aporta un marco teórico, procedimientos y verifica la aplicabilidad de los instrumentos de recolección de datos que podrán servir de referente para futuras investigaciones.

La detección temprana, mediante instrumentos psicométricamente validados en nuestra realidad, coadyuva a identificar tempranamente la presencia de dificultades futuras y predecir trastornos más graves. Es necesario resaltar que, dadas las características del sistema educativo peruano, en muchas de las escuelas, principalmente de las zonas alto-andinas, no se cuenta con el apoyo de profesionales de salud mental o psicopedagogos, por lo que los resultados apoyan el trabajo sostenido de psicólogos en colegios.

A un nivel práctico, el estudiar depresión y la funcionalidad familiar en los adolescentes del nivel secundario de una Institución Educativa, permite a partir de los resultados implementar un programa preventivo de salud mental que, de acuerdo a su comportamiento, podrían estar padeciendo de alguna sintomatología depresiva. Además de que, desde una perspectiva práctica – social, pueden servir para la formulación e implementación de estrategias que aborden esta problemática de manera sistémica, es decir, que incluyan a las familias en probables intervenciones futuras. Por tanto, si se comprende los niveles que existe en ambas variable estudio, se podrá formular mejores propuestas de orientación psicológica a los adolescentes y sus familias. Finalmente, es necesario mencionar que la presente investigación se encuentra alineada con las necesidades del país, pues se encuadra dentro de las prioridades nacionales de investigación establecidas por el Instituto Nacional de Salud del Perú para el periodo 2019 – 2023, donde se considera a la salud mental como un problema sanitario y se define como prioridades de investigación a los factores asociados a la depresión y a la dinámica de los determinantes familiares de la salud mental (Resolución N° 658-2019-Minsa, 2019).

1.5 Limitaciones del estudio

Es probable que las capacidades de generalización de las conclusiones de la presente investigación solo se ciñan a poblaciones con características similares dentro del contexto actual de confinamiento debido a la pandemia. Por otro lado, a pesar que los instrumentos de recolección de datos y evaluación de las variables del estudio posean buenas propiedades psicométricas y sean de amplia aplicación por parte de la comunidad científica, el método de evaluación utilizado por estos instrumentos posee ciertas limitaciones que son inherentes y comunes a todos los inventarios autoadministrados. Estos asumen que los sujetos pueden y quieren describir de la forma más exacta posible sus síntomas y percepciones actuales, lo cual no siempre se cumple debido a factores como simulación, el individuo no dice la verdad de forma consciente y deseabilidad social, el individuo pretende dar una buena imagen de sí mismo.

1.6 Formulación de hipótesis

La presente investigación no requiere la formulación de hipótesis porque es un estudio descriptivo simple.

1.7 Variables

- Variable 1. Depresión
 - Cognitiva-afectiva
 - Somática

- Variable 2. Funcionalidad familiar
 - Adaptación
 - Participación
 - Gradiente de recursos
 - Afectividad
 - Recursos

- Variables intervinientes
 - Género

- Edad
- Grado de estudios

1.8 Definición teórica y Operacionalización de variables

1.8.1 Definición teórica

- **Variable 1: Depresión**

Trastorno que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro; con conceptualizaciones distorsionadas, ajustadas a esquemas inadecuados y errores sistemáticos en el procesamiento de la información (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2010).

- **Variable 2. Funcionalidad familiar**

Percepción del cuidado y apoyo que un individuo recibe de su propia familia (Smilkstein, 1978, citado en Castilla et al., 2015).

1.8.2. Operacionalización de las variables

Variable de estudio	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Categorías	Escala
Variable Depresión	Son las respuestas emitidas mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck-IA	Cognitivo-Afectiva	Constante estado de tristeza	1	Mínima depresión 0 – 9	Ordinal
			No tiene esperanza en el futuro	2		
			Sentimiento de fracaso constante	3		
			No siente satisfacción de nada	4		
			Sentimiento de culpa constante	5		
			Siente que merece ser castigado	6		
			Se odia o desprecia a sí mismo	7		
			Se culpa por todo lo que sucede	8		
			Imaginó quitarse la vida	9		
			Presenta llanto con frecuencia	10	Depresión leve 10 – 16	
			Presenta estado de ánimo irritable	11		
			Perdida de interés en otras personas	12		
			Se niega a tomar decisiones	13	Depresión Moderada 17 – 29	
			Percibe cambios físicos que le desagradan	14		
			Le cuesta esfuerzo realizar sus actividades	15		
		Se siente cansado sin motivo	17			
		Presenta alteraciones del sueño	16	Depresión grave 30 – 63		
		Ha perdido el apetito	18			
		Ha perdido peso	19			
		Se siente preocupado por cambios en la salud	20			
		Ha perdido el interés sexual	21			
		Somática				

Fuente: Adaptado de Beck et al. (2010); Beltrán & Freyre (2012)

Variable de estudio	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Categoría	Escala
Variable Funcionalidad Familiar	Son las respuestas emitidas mediante la aplicación del Cuestionario de APGAR Familiar	Adaptación	Se siente satisfecho con la ayuda familiar en problemas y/o necesidades	1	Altamente funcional 7 – 10	Ordinal
		Participación	Percibe que se habla y se comparten los problemas	2		
		Gradiente de recursos	Percibe que las decisiones se toman en conjunto	3	Disfunción moderada 4 – 6	
		Afectividad	Siente que su familia lo quiere	5		
		Recursos	Se siente satisfecho con el tiempo que se comparte en familia	4	Disfunción severa 0 – 3	
Fuente: Adaptado de Bellón et al. (1996); Castilla et al. (2015)						

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Mantilla-Falcón & Alomaliza (2017), desarrollaron un estudio correlacional intitulado *La disfuncionalidad familiar y los niveles de depresión en adolescentes de una unidad educativa rural en Ambato, Ecuador*, que tuvo como objetivo determinar la relación existente entre la depresión y la disfuncionalidad familiar en una población de adolescentes. Participaron 60 estudiantes, con edades de 15 a 18 años, de ambos géneros masculino 62% y femenino 38%, seleccionados mediante muestreo no probabilístico de orden criterio. Fueron aplicados el test de Beck para la determinación de la depresión juvenil y la prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar. Los resultados demuestran una correlación significativa entre la depresión juvenil y la disfuncionalidad de los hogares de proveniencia de los estudiantes ($r = 0,694$; $p\text{-value} = 0,0000$). Se observa también, una fuerte presencia de casos de depresión extrema (27%) y altos niveles de disfuncionalidad familiar severa (28,3%).

González-Quiñones & De la Hoz-Restrepo (2011), desarrollaron un estudio observacional, de corte transversal, intitulado *Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba, Bogotá*, que tuvo como objetivo estimar las relaciones entre los comportamientos de riesgo de la población adolescente y la familia en torno a la estructura y la

percepción de funcionalidad. La muestra estuvo conformada por 12.302 adolescentes (10 a 19 años de edad), estudiantes de 12 colegios públicos de la localidad de Suba. Para la recolección de los datos referentes a comportamientos de riesgo psicosocial fue aplicada una encuesta autoadministrada sobre comportamientos sexuales, adictivos, depresivos, violentos y de trastornos de conducta alimentaria; para la evaluación de la funcionalidad familiar se utilizó el test APGAR Familiar. Los resultados muestran que las principales relaciones entre familia y comportamientos de riesgo se encuentran en la relación derivada de la funcionalidad y los comportamientos violentos. Las variables que miden pensar y planear suicidio no mostraron significancia. Los autores concluyen que más importante es la funcionalidad que la estructura de la familia y recomiendan la educación en la resolución pacífica de conflictos en el seno de las familias.

Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin & Jiménez (2009), desarrollaron un estudio correlacional intitulado *La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes*, que tuvo como objetivo estimar la relación entre la depresión y los conflictos familiares en adolescentes que habitan en comunidades rurales y urbanas del Estado de Tlaxcala de México; así como también, determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión que presentan los adolescentes según su sexo y tipo de comunidad (urbana o rural). Participaron del estudio 342 adolescentes de Tlaxcala, con media de edad de 13,43 años. Para la evaluación de las variables estudio fueron aplicadas la Escala de Clima Familiar y el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados muestran que existe una correlación negativa moderada entre la depresión y la cohesión familiar en los participantes ($r=-.313$, $p < 0.01$). No se detectaron diferencias significativas por género y tipo de comunidad.

Cogollo, Gómez, De Arco, Ruiz & Campo-Arias (2009), desarrollaron un estudio relacional, de corte transversal, intitulado *Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia*, que tuvo como objetivo establecer la asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en adolescentes estudiantes de un colegio de un sector de

estrato bajo. Participaron de la muestra 424 estudiantes, con edad promedio 14,7 años, 59% mujeres y 41% hombres. Para la identificación de los síntomas depresivos de importancia clínica se aplicó la escala de Zung. La funcionalidad familiar se determinó con la aplicación de la escala de Apgar familiar. Los resultados descriptivos indican que la prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica fue de 41%; mientras que el 59,6% de los estudiantes informaron disfuncionalidad familiar. En el análisis multivariado no se encontró asociación significativa entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica, aun después de realizar ajustar por edad.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Rivera, Arias-Gallegos & Cahuana-Cuentas (2018), desarrollaron un estudio, descriptivo-relacional, intitulado *Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú*, que tuvo como objetivo la valoración del perfil familiar de adolescentes de la ciudad de Arequipa que presentan sintomatología depresiva. Participaron de la muestra 1.225 estudiantes de educación secundaria. Para evaluar la variable depresión fue utilizado el Inventario de Depresión de Beck; para la evaluación de la violencia que ejercen los padres sobre los hijos, la Escala de Tácticas de Conflicto de Straus; para evaluar la violencia entre los padres, la escala de Violencia Intramarital de Straus; para evaluar el uso de alcohol y drogas, el Inventario de Diagnóstico de Alcohol para Padres, y se aplicó un cuestionario para la recolección de datos sobre aspectos familiares (estructura familiar, calidad de la comunicación entre los padres, problemas económicos en el hogar). Los resultados muestran que un importante porcentaje (41,4%) cumple con los criterios psicométricos de depresión, y que factores como los conflictos interparentales, el consumo de alcohol de los padres y la violencia ejercida hacia los hijos arrojan diferencias significativas según el nivel de sintomatología depresiva. Los autores concluyen que ciertas características de disfuncionalidad familiar como el conflicto intrafamiliar, el consumo de alcohol y la violencia parental, se asocian con la sintomatología depresiva en los adolescentes.

Rojas & Saavedra (2014), desarrollaron un estudio descriptivo, de corte transversal, intitulado *Cohesión familiar e ideación suicida en adolescentes de la costa peruana en el año 2006*, que tuvo como objetivo determinar el grado de relación entre deseo de morir, pensamiento y planeamiento suicida con los indicadores de cohesión familiar en adolescentes de cinco ciudades (Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa) de la costa peruana en el año 2006. 2390 adolescentes participaron de la muestra, obtenida a través de muestreo probabilístico. El instrumento de recolección de datos estuvo basado en el Cuestionario de Salud Mental elaborado en Colombia, el cual fue adaptado en Perú mediante ensayos piloto (encuestas de campo y grupos focales). Los resultados muestran que la prevalencia del deseo de morir a lo largo de la vida fue de 26,7%, pensamiento suicida 10,8% y planeamiento suicida 4,2%. Hubo una asociación estadísticamente significativa e inversa entre los indicadores de cohesión familiar y todos los indicadores suicidas. El deseo de morir fue significativamente mayor en las mujeres (35,0%) en comparación con los varones (15,9%). Los autores concluyen que existe una relación inversa entre la ideación suicida y la cohesión familiar, y apoyan la idea de implementar mayores esfuerzos preventivos al interior de la familia y las escuelas, para identificar a los adolescentes en riesgo de suicidio o de alteraciones de la salud mental.

Torrel & Delgado (2014), desarrollaron un estudio correlacional intitulado *Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla - Tumbes, 2013*, que tuvo como objetivo determinar la asociación entre el funcionamiento familiar y la depresión en población adolescente. La muestra estuvo conformada por 88 adolescentes (15 a 19 años de edad). Para la evaluación del funcionamiento familiar fue aplicado el Test de Funcionamiento Familiar (FFSIL), que mide el grado de funcionalidad basado en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad; para la evaluación de la depresión se aplicó una escala de auto evaluación: Test de Zung. Los resultados muestran que existe asociación significativa ($p < 0,05$) entre las variables estudiadas; gran porcentaje de los alumnos pertenecientes a familias disfuncionales y severamente disfuncionales acusan depresión ligera y/o moderada.

González-Poves, Macuyama-Aricari & Silva-Mathews (2013), desarrollaron un estudio descriptivo, de corte transversal, intitulado *Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1° al 5° de secundaria de un colegio nacional mixto*, que tuvo como objetivo determinar los factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en una población adolescente. Participaron del estudio 163 estudiantes de una institución educativa del distrito Los Olivos, Lima. Los datos fueron recolectados aplicando tres cuestionarios: el APGAR familiar para conocer el funcionamiento de las familias; un cuestionario especialmente diseñado para reconocer el tipo de familia a la que pertenece el adolescente; y un tercer cuestionario elaborado a partir del modelo de Alonso Fernández, para identificar las manifestaciones depresivas que presentan los adolescentes. La relación funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas muestra que el 50,0% de adolescentes de familias con disfunción severa presentan manifestaciones depresivas bien definidas, y el 46,5% de familias con disfuncionalidad moderada también presenta manifestaciones depresivas bien definidas; incluso un 18,4% proveniente de familias con buen funcionamiento presentan manifestaciones depresivas bien definidas. Las autoras concluyen que las manifestaciones depresivas tienen relación directa con el funcionamiento de la familia ($p=0,030$); mientras que, las manifestaciones depresivas no guardan relación con el tipo de familia ($p=0,712$).

2.1.3. Antecedentes locales

Que habiendo indagado en los repositorios de las Universidades de la región Huancavelica, no fueron encontrados investigaciones referentes ni relacionados al trabajo que se realizó, así mismo trabajos que se relacionen con una de las variables estudio.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente que representa un importante problema de salud pública dada su elevada prevalencia, las grandes tasas de discapacidad y

mortalidad que implica, su repercusión social, económica y su impacto en los sistemas de salud (Gómez, 2019).

Pinto (2004), expresa que actualmente se concibe la depresión mayor (DM) como una sintomatología, es decir, un conjunto de síntomas relacionados que, para ser reconocidos como sintomatología depresiva requieren, para su diagnóstico, la presencia de cierto número de síntomas; sugiriendo así, que condiciones diferentes –combinaciones de síntomas– pueden recibir la misma etiqueta diagnóstica de DM. Por tanto, la depresión es un constructo teórico entendido a partir de un conjunto de síntomas, los cuales, por su vez, pueden ser también constructos. El sistema de clasificación que consta en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría - DSM, es el sistema más utilizado para fines clínicos y de investigación (APA, 2013), En función de la presencia de cinco síntomas, se establece la presencia de un episodio de DM; así como, mediante la presencia de apenas 2 criterios, se establece la presencia de depresión menor (Dmen).

Los síntomas que, según el DSM, caracterizan la depresión pueden agruparse en: a) Síntomas emocionales (Tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar por las cosas de la vida cotidiana, sentimientos de culpa, inutilidad y falta de ilusión, baja autoestima y pérdida de confianza en sí mismo); b) Síntomas físicos y conductuales (Llanto, irritabilidad, aislamiento social, aumento de tensión muscular, disminución de la libido, fatiga y disminución de la actividad, inquietud y ansiedad marcada, disminución o aumento del sueño y del apetito); c) Síntomas cognitivos (Pérdida de concentración y reducción de la atención, pesimismo y pensamientos recurrentes negativos sobre uno mismo, enlentecimiento mental y pensamientos rumiativos) (Nogueras, 2018).

En población adolescente, suelen presentarse síntomas de carácter más comportamental como irritabilidad, fracaso escolar o abuso de sustancias (Gómez, 2019). Tiene un carácter heterogéneo y multifactorial, cuyo origen depende de una mezcla de factores ambientales y biológicos.

Se presenta los criterios para establecer el diagnóstico de depresión, según la clasificación internacional DSM-5 (APA, 2013).

Criterios diagnósticos de depresión según DSM-5

A. Cinco (o más) de las sintomatologías deben haber estado presentes casi todos los días, durante un período de 2 semanas, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., parece lloroso). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. Evidente disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).
3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. Nota: En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no solo remordimiento o culpa de estar enfermo)
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

Nota: Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.

D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.

Fuente: Adaptado de APA (2013)

En población adolescente, suelen presentarse síntomas de carácter más comportamental como irritabilidad, fracaso escolar o abuso de sustancias (Gómez, 2019). Garaigordobil, Bernaras y Jaureguizar (2019) manifiestan sobre la complejidad de definir la depresión adolescente, teniendo en cuenta que en el manual diagnóstico DSM-V se considera a la depresión como un trastorno adulto, con una leve alusión a la depresión infantil y adolescente en donde la tristeza puede ser reemplazada por la irritación (APA, 2013, pp. 104-105). Del Barrio (2015, citado en Garaigordobil, Bernaras & Jaureguizar (2019) propone una definición para la depresión en

adolescentes como un cambio persistente en la conducta consistente en el descenso de la capacidad de disfrutar de los acontecimientos, comunicar con los demás, rendir escolarmente, con presentación de alteraciones de funciones corporales y frecuentemente acompañada de acciones plurales de protesta.

García y Sanz (2016) entienden los trastornos depresivos en adolescentes como patrones de conductas que se presentan con una frecuencia, intensidad o duración mayor de lo que cabría esperar en función del contexto o del nivel de desarrollo del niño o adolescente, y que causan malestar o deterioro clínicamente significativos en la actividad familiar, escolar, social o en otras áreas importantes de la actividad del menor, o van asociados a un riesgo elevado de morir o de sufrir discapacidad o malestar clínicamente significativos.

2.2.2 La depresión desde los modelos psicológicos

Existen, actualmente, desde los principales paradigmas de la psicología, diversos modelos que explican la etiología de la depresión. En esta sección se presentan algunos de ellos con la finalidad de realizar una aproximación a las bases teóricas que sustentan este proyecto de investigación.

2.2.2.1. Modelo psicoanalítico

Sigmund Freud, fundador del modelo psicoanalítico, defiende que existe una relación entre el duelo y la melancolía, como producto de la pérdida del objeto. El mecanismo básico resultante de la pérdida es la introyección del objeto perdido y la redirección de la ambivalencia, originalmente dirigida hacia el objeto, contra el objeto interiorizado. El efecto es una reorientación hacia el yo de los impulsos agresivos originalmente dirigidos hacia el objeto ambivalente. Dentro de estos modelos cabe destacar la Teoría del Apego de Bowlby y algunas convergencias de las corrientes actuales del pensamiento psicoanalítico, tales como: énfasis en la influencia de las vicisitudes del desarrollo temprano en la construcción de la identidad nuclear; jerarquización de las experiencias de gratificación-frustración en el vínculo con los personajes significativos y su internalización, construcción de códigos valorativos y autoestima; importancia de las experiencias de frustración de ciertos deseos y necesidades relacionales, tanto en los vínculos cercanos como con el medio sociocultural; aceptación de la colaboración

de la psicoterapia, el psicoanálisis y la psicofarmacología; importancia del proceso de duelos congelados o patológicos (Soriano, 2009; Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000).

2.2.2.2. Modelo cognitivo

Este modelo concibe la depresión como el resultado de una interpretación errónea de la realidad que tiene que afrontar el sujeto. Propone que experiencias tempranas adversas originan conceptos negativos que se configuran como esquemas, los mismos que se reactivan debido a experiencias vitales adversas, propiciando la aparición del fenómeno depresivo. La teoría cognitiva reconoce la importancia de factores biológicos, ambientales y conductuales enfatizando el rol de la cognición en el inicio y mantenimiento de los trastornos depresivos. Bajo este enfoque, la depresión surge al activarse, ante determinadas situaciones, un conjunto de esquemas cognitivos previos que provocan un sesgo en la percepción de la realidad (Soriano, 2009; Vázquez, Muñoz, Becoña, 2000).

2.2.2.3. Modelo conductual

Estos modelos comparten una base común en el paradigma del aprendizaje y los principios del condicionamiento clásico y operante. Sugieren que la depresión es un fenómeno aprendido relacionado con las interacciones negativas entre la persona y su entorno (p.ej., relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo). Estos modelos visualizan la depresión, de manera global, como una generalización de respuesta y estímulo. Diversas teorías explican este constructo: a) Teoría del reforzamiento (la depresión es causada por una pérdida de reforzamiento positivo, provocado por una falta de reforzantes o cuando los existentes no son contingentes respecto a la conducta de la persona); b) Teoría de la indefensión aprendida (las experiencias pasadas de impotencia real conducen a que el sujeto crea que las situaciones futuras no positivas también serán incontrolables, respondiendo a ellas con pasividad, resignación y aceptación depresiva); C) Teoría del autocontrol (las personas deprimidas se caracterizan por un déficit en su conducta de autocontrol: atención selectiva a los acontecimientos negativos, aplicación de normas estrictas de autoevaluación, atribuciones negativas sobre la propia conducta, ausencia de recompensas contingentes) (Soriano, 2009; Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000)

2.2.2.4. Teoría Cognitiva de Beck

Diagnósticas, como el DSM, las taxonomías empíricas de base matemática, como el Inventario de Depresión de Beck se basan en la Teoría Cognitiva de Beck ha generado una enorme investigación empírica y se la considera una de las principales representantes de las explicaciones cognitivas de la depresión; e incluso, a partir de ella se ha desarrollado una terapia para los trastornos depresivos y el Inventario de Depresión de Beck para detectar la existencia de síntomas depresivos y su gravedad, en adolescentes y adultos (Sanz, 1992).

La premisa básica de esta teoría es que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información (Sanz, 1992). En individuos depresivos aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida. Estos sujetos valoran excesivamente los sucesos negativos, considerándolos globales, frecuentes e irreversibles. Beltrán y Freyre (2012) explican que esta teoría se basa en un modelo de vulnerabilidad al estrés, modelo en el que se activan esquemas de pensamiento distorsionado que contribuyen a la forma negativa en que el individuo percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo cual inicia y mantiene los síntomas depresivos.

El modelo cognitivo de la depresión ha surgido a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales. Según Beck, Rush, Shaw y Emery (2010) el modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

- a) **La tríada cognitiva.** Consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo determinado: Visión negativa acerca de sí mismo, tendencia a interpretar sus experiencias de una manera negativa y visión negativa acerca del futuro.
- b) **Modelo de esquemas.** Los esquemas representan patrones cognitivos estables y constituyen la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo; este conceptualiza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas. Las conceptualizaciones de individuos con depresión

acerca de determinadas situaciones se distorsionan, ajustándose a esquemas inadecuados, de forma que el individuo pierde parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

c) **Errores sistemáticos en el procesamiento de la información.**

Mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria: Inferencia arbitraria (adelantar una conclusión en ausencia de evidencias o cuando las evidencias son contrarias); Abstracción selectiva (centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto y conceptualizar toda la experiencia en base a ello); Generalización excesiva (elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas; Maximización y minimización (evaluaciones equivocadas sobre la significación o magnitud de un evento, distorsionándolo); Personalización (atribución a sí mismo de fenómenos externos, sin base); Pensamiento absolutista, dicotómico (tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas, seleccionando para describirse a sí mismo categorías del extremo negativo).

García y Sanz (2016) utilizan los conceptos anteriores para explicar la depresión en adolescentes. Los autores manifiestan que el tipo de cuidado parental, educación, ambiente social, aprendizajes y circunstancias vitales podrían haber originado, en algunos menores, una predisposición o vulnerabilidad psicológica a la depresión. Bajo el enfoque de la teoría cognitiva de la depresión de Beck destacan las actitudes disfuncionales como factores psicológicos de vulnerabilidad (Beck et al., 2010). Las actitudes disfuncionales son creencias que establecen condiciones poco realistas, inflexibles e inadecuadas para determinar la autovaloración del individuo. Esas creencias, según Beck, se almacenan en la memoria formando esquemas cognitivos que actúan como filtros a través de los cuales se percibe, interpreta y recuerda la realidad. En los adolescentes vulnerables a la depresión, puesto que el contenido de sus esquemas son actitudes disfuncionales, la actuación de esos esquemas disfuncionales, se refleja en errores sistemáticos en la forma en que se procesa la información del entorno. Ese

procesamiento errado de la información origina imágenes y pensamientos negativos y distorsionados sobre el sí mismo, el mundo y el futuro (Tríada cognitiva depresiva), los cuales serían la causa fundamental del resto.

2.2.3. Funcionalidad familiar

La familia, no obstante al ser una de las entidades más próximas al individuo, ha generado una gran cantidad de teorías, métodos y metodologías que la estudian, desde la perspectiva de diversas disciplinas de las ciencias sociales (Sociología, Psicología, Antropología, Política) lo que muestra la gran complejidad que representa esta variable. La Psicología Social puede abordar el estudio de la familia bajo diversas corrientes teóricas: Teoría general de sistemas, Teoría del interaccionismo simbólico, Teoría de las representaciones sociales, Teoría del cambio social, Teoría de las preferencias (Yesca, 2015).

En esta investigación se aborda el estudio de la funcionalidad familiar desde una perspectiva sistémica. Se visualiza la familia como un sistema social, una entidad organizada que interactúa recíprocamente con su ambiente; que posee una dinámica relacional interna donde aparecen cuestiones que generan situaciones anómalas en las relaciones de convivencia que pueden colocar en situaciones de crisis la vitalidad y funcionalidad del sistema familiar.

Conceptualmente, se estudia la funcionalidad familiar a partir de la percepción de los adolescentes adoptándose, para ello, la definición de Smilkstein (1978; citado por Castilla *et al.*, 2015) donde se conceptualiza la funcionalidad familiar como la percepción del cuidado y apoyo que un individuo (adolescente, en este proyecto) recibe de su propia familia. Metodológicamente, para la evaluación de la funcionalidad familiar, se aplicará el APGAR-Familiar, instrumento descrito en el presente trabajo.

2.2.3.1. La familia: Sistema social y funciones

La familia, según Barna *et al.* (1986), es el componente de la estructura social de donde el individuo obtiene gran parte de los recursos para satisfacer sus necesidades sociales y psicológicas esenciales. Estos recursos pueden ser personas (parientes o percibidos como tales) y símbolos (lazos, obligaciones, historias compartidas, sentido de pertenencia).

La familia, institución que conecta a los individuos y a la sociedad, es un grupo social autónomo que posee sus propias estructuras y funciones, dando lugar a códigos simbólicos propios en sus relaciones (Donati, 2003). Lanche (2015), declara que la familia es el primer grupo al que pertenece el individuo y de él adquiere los valores básicos, en este es necesario lograr un progreso armónico e integral; la respuesta afectiva de uno a otro provee la recompensa básica de la vida familiar. En esa misma dirección, Vargas (2009; citado por Lanche, 2015) afirma que la familia es uno de los principales agentes de promoción de la salud mental en la sociedad. La familia es la primera escuela generadora de comportamientos o estilos de vida en sus miembros, por lo que desempeña una función importante en la adquisición y modificación de conductas en cada uno de ellos, favoreciendo el bienestar físico, mental y social.

Pérez & Reinoza (2011) declaran que, desde su origen, la familia tiene varias funciones consideradas, históricamente, universales, tales como: reproducción, protección, la posibilidad de socializar, control social, determinación del estatus para el niño y canalización de afectos, entre otras. Por otro lado, Muñoz (2014) considera como fines contemporáneos de la familia actual: la equidad generacional (corresponsabilidad intergeneracional entre ascendientes y descendientes); la transmisión cultural (canal conductor de costumbres y creencias); la socialización o provisión de conocimientos (habilidades y virtudes que permiten pertenencia a un grupo social); el control social (transmisión del compromiso de sus integrantes con la vigencia de normas justas y preceptos o códigos morales que promuevan la virtud) y la afirmación de la persona por sí misma (respeto, resguardo y promoción, al margen de consideraciones de sexo, edad o capacidad económica).

2.2.3.2. Roles de la familia saludable

Los roles saludables en la familia tienen como propósito la mejora cualitativa de la vida humana, por lo que tiene un sentido positivo de ayuda y potenciación de la persona para la gestión de su propia salud, promoviendo el desarrollo de comportamientos que lleven hacia formas de vida saludables. La pedagogía moderna manifiesta con objetividad que son numerosas las actitudes que permanecen en nosotros ante los interrogantes fundamentales de la vida, heredados de nuestra infancia en aquellos primeros años de nuestra existencia. Bastaría como dato negativo tomar la estadística de depresión en adolescentes de cualquier país para encontrar la importancia de una dinámica familiar positiva y auténtica. Es en el seno de la familia donde la persona adquiere sus creencias,

actitudes, valores y normas sociales, no se puede entender la conducta de un joven al margen del funcionamiento de la familia (Perea Quesada, 2004).

Dentro de las relaciones familiares los vínculos afectivos constituyen el eje central del dinamismo y el apego intrafamiliar, entendido este como la vinculación emocional que se establece y mantiene entre una persona y otros miembros del entorno familiar. Las relaciones de apego aunque se mantienen a lo largo del ciclo vital, interactúan en un sistema abierto que va cambiando en consonancia con la propia naturaleza del mismo, en este proceso hay que considerar dos etapas especialmente importantes como son la infancia y la adolescencia. Aristóteles decía que el buen amor es querer el bien para el otro. La coherencia entre los padres es otro requisito necesario para abordar de forma exitosa esta tarea, algo que en teoría nadie discute pero que en la práctica no siempre se lleva a término, coherencia entre lo que se piensa y las formas de vida. La educación en los roles de los hijos como toda tarea humana exige tiempo y esfuerzo y en este caso, especialmente, entrega y generosidad, el tiempo y el esfuerzo que los padres tienen que dedicar a sus hijos es un elemento insustituible que deberá prevalecer por encima del descanso o las aficiones, la exigencia de los padres siempre tendrá que ir por delante de la que se espera de los hijos, el comportamiento de los padres deberá ser un ejemplo para los hijos ya que tienen un gran poder formativo, las enseñanzas verbales se las cree en tanto que concuerdan con las obras; y así es como estas enseñanzas provocan, a los que entienden su verdad, a conformar con ellas sus formas de vivir (Millán Puelles, 1963, 199). El estilo de crianza de los padres tiene una gran influencia en los roles para el desarrollo de una personalidad armónica y saludable, coincidiendo una mayoría en el estilo democrático como el más adecuado. Según el estudio de Cooperrsmith (1967) este rol de estilo educativo está asociado con el desarrollo de una autoestima positiva en los hijos, esta forma de hacer no es inflexible ni blanda, respeta los derechos y las iniciativas de los hijos ya que la comprensión no está reñida con la firmeza y la no arbitrariedad, los padres pueden corregir con energía pero de forma constructiva, valorando más el esfuerzo que los resultados, debe existir una participación recíproca y participativa.

2.2.3.3. Modelos de Familias

- 1) **Modelo autoritario.** Donde uno de los padres o ambos, aunque con mayor frecuencia el padre, intentan ejercer el poder sobre los hijos o hijas. La vida en la

familia está marcada por el sentido de la disciplina y del deber, así como por el control de las propias necesidades o deseos, y los hijos tienen poca voz. La atmósfera familiar es, por lo general, más bien tensa; el padre es dominante y los otros son los súbditos. La madre, en la mayoría de los casos, ejerce el papel de mediador (Bertrand, 2000).

- 2) **Modelo hiperprotector.** Es el modelo más predominante en nuestra sociedad, modelo que puede desembocar en hijos con intolerancia a la frustración. Estos hijos e hijas que se han criado con el modelo de la hiperpaternidad no han tenido que enfrentarse por sí solos a una vida real, no han experimentado la frustración, el caerse y levantarse por sí solos. Cuando esto sucede en la edad adulta se frustran, se bloquean y no encuentran la manera de canalizar el problema (Bertrand, 2000).
- 3) **Modelo democrático-permisivo.** En este caso domina la ausencia de jerarquías, la familia se caracteriza por el diálogo y la igualdad de todos sus miembros. Padres e hijos consideran que son amigos. Los fines que hay que perseguir son la armonía y la ausencia de conflicto, el bien supremo es la paz. Las reglas se concuerdan entre padres e hijos y pueden ser negociadas; no se imponen castigos, sino que se intenta razonar conjuntamente sobre la actitud que hay que adoptar. En estas familias, el progenitor no representa el papel de guía, de soporte estable y seguridad, sino que se convierte en un amigo al que el hijo, por lo general, no se dirige en los momentos de crisis (Bertrand, 2000).
- 4) **Modelo sacrificante.** Los padres creen que tienen el deber de sacrificarse para promover el placer y la satisfacción de los hijos, que quedan libres de cualquier obligación. Los padres dan sin que a los hijos se les exija nada, con la esperanza no declarada de que algún día los recompensarán, ya sea alcanzando el éxito en la vida, o bien consiguiendo todo aquello que ellos no lograron conquistar. Para garantizar a los hijos un nivel de vida elevado, a menudo los padres realizan sacrificios y renunciaciones (Bertrand, 2000).
- 5) **Modelo intermitente.** Se caracteriza por una fuerte ambivalencia: las posturas adoptadas por los miembros de la familia cambian continuamente, especialmente en el caso de los padres. Se alternan, sin previsión alguna, rigidez y flexibilidad, posturas que revalorizan o descalifican a los hijos, que a su vez envían mensajes

inevitablemente contradictorios. La constante es el continuo cambio ante la ausencia de puntos de referencia y de bases seguras (Bertrand, 2000).

- 6) Modelo delegante.** Este modelo, típico de familias recién formadas que se incorporan a una familia extensa y ya estructurada, crea una dinámica de competición entre las distintas generaciones que se ocupan de los niños, los cuales aprenden a identificar las estrategias más favorables para obtener lo que desean. Las reglas se discuten con modalidades diferentes, debido al exceso de figuras de referencia. Los padres ya no son puntos de referencia autorizados; los abuelos son intermediarios eficaces para conseguir lo que interesa, pero en los momentos difíciles no representan una guía, la cual en realidad no existe (Bertrand, 2000).

2.2.3.4. Tipos de familia actualmente:

1) Familia sin hijos

Este tipo de familia está formada por una pareja sin descendientes. Cada vez son más las parejas que deciden conscientemente no tener hijos por múltiples razones personales. En otros casos, la infertilidad, motivo por el cual algunas parejas no tienen hijos (Robert Epstein, 2007).

2) Familia biparental con hijos

La familia biparental con hijos es la más clásica, también conocida como nuclear o tradicional. Está formada por un padre, una madre y el/los hijo/s biológico/s. La mayoría de la población, al pensar en una familia, se imagina a la familia biparental con hijos. Aunque cada vez se esté ampliando más el término, culturalmente aún podemos decir que es el tipo de familia más popular (Robert Epstein, 2007).

3) Familia reconstituida o compuesta

Esta clase de familia probablemente es la más frecuente en la actualidad debido a la creciente tendencia a la separación y al divorcio, las familias reconstituidas o compuestas son las que están formadas por la fusión de varias familias biparentales: tras un divorcio, los hijos viven con su madre o su padre y con su respectiva nueva pareja, que puede tener también sus propios hijos a cargo. Además, el otro progenitor también puede tener una pareja con hijos, por lo que estos hijos formarán parte de una gran familia compuesta (Robert Epstein, 2007).

4) Familia monoparental

Están formadas por un único adulto con hijos, generalmente, son más frecuentes las llamadas familias “monomarentales”, en las que el adulto presente es la madre (Robert Epstein, 2007).

Cada vez son más las familias monoparentales que están surgiendo en nuestro país. De hecho, en 2017 ya representaban un 10% del total de hogares, como lo demuestran los datos de la Encuesta Continua de Hogares que presenta anualmente el Instituto Nacional de Estadística (INE).

5) Familia de acogida

Las familias de acogida constan de una pareja o un único adulto que acoge a uno o más niños de manera temporal mientras que no puedan vivir en su familia de origen o mientras no encuentren un hogar permanente (Robert Epstein, 2007).

6) Familia adoptiva

Pese a no tener vínculos de sangre, son igualmente familias que pueden desempeñar un rol parental igual de válido que las familias biológicas. Muchas familias, por problemas de fertilidad, optan por adoptar como forma de acceder a la parentalidad. Sin embargo, es frecuente que las familias adoptivas se concentren en los países desarrollados, dado que sus ciudadanos tienen más recursos económicos para poder adoptar (Robert Epstein, 2007).

7) Familia extensa

La familia extensa está formada por varios miembros de la misma familia que conviven bajo el mismo techo. De este modo, pueden convivir padres, hijos y abuelos, o padres, hijos y tíos, etcétera (Robert Epstein, 2007).

2.2.3.5. La teoría del modelo ecológico

Un principio básico de esta teoría (Bronfenbrenner y Morris, 2006) es que el desarrollo infantil y juvenil está influenciado por diversos "ambientes", "entornos" o "ecologías" (por ejemplo, las familias, los compañeros, las escuelas, las comunidades, sistemas de creencias socioculturales, regímenes de políticas y, por supuesto, la economía). El modelo incluye múltiples interacciones con el entorno, o ambientes, dentro del microsistema de una persona (por ejemplo, la familia, la escuela, los compañeros); cómo las relaciones entre entornos (mesosistema) pueden afectar lo que sucede dentro de ellos (por ejemplo, interacciones entre la escuela y la familia); y cómo los entornos dentro de

los cuales los individuos no tienen presencia directa (exosistema y macrosistema) pueden afectar los entornos en sus microsistemas (por ejemplo, cómo las experiencias de los padres en su lugar de trabajo afectan sus relaciones dentro de la familia) (Bronfenbrenner, 1979). Por lo tanto, este modelo permite el análisis de la vida de las personas, "Organismos vivos cuyas características biopsicológicas, como especie y como individuos, tienen tanto que ver con su desarrollo como los entornos en los que viven" (Bronfenbrenner, 1995, p. 8).

- **Microsistemas.** Los microsistemas afectan a un niño directamente. Estas son las personas con las que interactúa el niño como: padres, compañeros y maestros. Se deberá tomar en cuenta la relación entre cada individuo y quienes lo rodean. Por ejemplo, para apreciar lo que está sucediendo con un estudiante de matemáticas, se deberá conocer la relación entre el estudiante y el maestro (Bronfenbrenner y Morris, 2006).
- **Mesosistema.** Son interacciones entre los que rodean al individuo. La relación entre los padres, escuelas, municipios, por ejemplo, afectará indirectamente al niño (Bronfenbrenner y Morris, 2006).
- **Exosistema.** Las instituciones más grandes, como los medios de comunicación o el sistema de salud, se denominan exosistema. Estos tienen un impacto en las familias, compañeros y escuelas que operan bajo las políticas y regulaciones que se encuentran en dichas instituciones (Bronfenbrenner y Morris, 2006).
- **Macrosistema.** Incluye los valores y las creencias de una cultura. Los ideales y expectativas extensas del macrosistema informan a las instituciones que afectarán al individuo (Bronfenbrenner y Morris, 2006).
- **Cronosistema.** Todo esto sucede en un contexto histórico denominado cronosistema. Los valores culturales cambian con el tiempo, al igual que las políticas de las instituciones educativas o los gobiernos en ciertos climas políticos. El desarrollo ocurre en un punto en el tiempo (Bronfenbrenner y Morris, 2006).

2.3. Bases conceptuales

- **Adaptación.** Capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis (Suarez & Alcalá, 2014).

- **Afectividad.** Relación de cariño y amor que existe entre los miembros de la familia (Suarez & Alcalá, 2014).

- **Depresión.** Trastorno mental frecuente caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OPS, 2017).

- **Funcionalidad familiar.** Percepción del cuidado y apoyo que un individuo recibe de su propia familia (Smilkstein, 1978; citado por Castilla et al., 2015).

- **Gradiente de recursos.** Desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo (Suarez & Alcalá, 2014).

- **Participación.** Implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar (Suarez & Alcalá, 2014).

- **Recursos o capacidad resolutive.** Compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de los miembros de la familia (Suarez & Alcalá, 2014).

- **Trastorno mental y del comportamiento.** Condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente. Los trastornos mentales se encuentran contemplados en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (Ley N° 30947, 2019).

- **Salud mental.** Proceso dinámico de bienestar, producto de la interrelación entre el entorno y el despliegue de las diversas capacidades humanas, tanto de los individuos como de los grupos y colectivos que forman la sociedad. Incluye la presencia de conflictos en la

vida de las personas, así como la posibilidad de afrontarlos de manera constructiva. Implica el proceso de búsqueda de sentido y armonía, que se encuentra íntimamente ligado a la capacidad de autocuidado, empatía y confianza que se pone en juego en la relación con las demás personas, así como con el reconocimiento de la condición, propia y ajena, de ser sujeto de derechos (Ley N° 30947, 2019).

- **Sintomatología depresiva.** Trastorno que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro; con conceptualizaciones distorsionadas, ajustadas a esquemas inadecuados y errores sistemáticos en el procesamiento de la información (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2010).

- **Cognitivo.** Proceso de adquisición de conocimiento mediante la información recibida por el ambiente, implica muchos factores como el pensamiento, el lenguaje, la percepción, la memoria, el razonamiento, la atención, la resolución de problemas, la toma de decisiones, etc., que forman parte del desarrollo intelectual y de la experiencia, estos procesos cognitivos constituyen la base a partir de la cual se entiende el mundo (Banyard 1995: 14).

- **Afectivo.** Patrón de comportamientos observables que es la expresión de sentimientos (emoción) experimentados subjetivamente. Tristeza, alegría y cólera son ejemplos usuales de afecto, siendo muy variable su expresión entre culturas diferentes así como en cada una de las personas (Cazau, Pablo 2002).

- **Somático.** Modos que tiene el cuerpo para mostrar el estado anímico o emocional cuando el individuo no expresa sus sentimientos y sensaciones de manera racional. Esto quiere decir que cuando una persona está estresada, angustiada, preocupada, feliz o cansada entre otras muchas sensaciones puede no demostrarlo conscientemente pero el cuerpo se encarga de dejarlo en claro a través de esas marcas somáticas o corporales (Manrique y Dowrick, 2000).

2.4. Base epistemológica

En la presente investigación se adopta como soporte teórico la Teoría Cognitiva de Beck, que tiene como soporte la corriente epistemológica racionalista de Emmanuel Kant (1724-

1804) sostiene que la causa principal del conocimiento reside en el pensamiento y la razón; esto quiere decir que a través del pensamiento y la razón se llega al conocimiento y esta posee necesidades lógicas y validez universal, el hombre no es un receptor pasivo de los estímulos que provienen del mundo, sino un interpretador activo. Nuestro conocimiento está determinado por unas estructuras a priori: no conocemos nunca las cosas tal y como son en sí mismas, nosotros conocemos las cosas mediatizadas por nuestro sistema de conocimiento. No vemos el mundo, vemos nuestro mundo: nos proyectamos en nuestro conocimiento de las cosas. Las características que el sentido común atribuye a la realidad misma, Kant las atribuye a la estructura cognoscitiva del hombre.

Desde la perspectiva cognitiva se sostiene que la depresión se debe a la presencia de patrones de pensamiento distorsionados, que actúan como esquemas rígidos negativos frente a sí mismo, el mundo y su futuro como condiciones necesarias para la percepción de pérdida, fracaso, falta de competencia frente al entorno.

El ser humano codifica sus experiencias con mecanismos de magnificación, catastrofización y generalización, los que son recogidos en el instrumento de recolección de datos el Inventario de Depresión de Beck-IA (BDI-IA). Clínicamente producto de lo que el hombre piensa después siente y luego acompaña una actuación.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Ámbito

El Distrito de Anchonga es uno de los 12 distritos de la Provincia de Angaraes, ubicada en el Departamento de Huancavelica, bajo la administración del Gobierno regional de Huancavelica; el distrito fue creado mediante Ley del 5 de enero de 1945, en el primer gobierno del Presidente Manuel Prado Ugarteche; el distrito abarca una superficie de 72,4 km²; Anchonga es uno de los 12 distritos de la provincia de Angaraes. Según el Censo de 2007 tiene una población de 7,487 habitantes, 82% de los cuales son rurales. Desde el punto de vista histórico esta localidad ha evolucionado desde el siglo XIX: en 1876 era un simple pueblo, con 335 habitantes. Desde entonces creció y en 1945 alcanzó la categoría de distrito. Según el Censo de 1961 contaba con 4,044 habitantes, que crecieron hasta 6,786 en 1981. A partir de entonces se dio un intenso proceso migratorio, motivado tanto por las escasas posibilidades económicas, como por efecto del terrorismo que afectó la zona. Pues en 1993 Anchonga redujo su población a 5,573 habitantes. En la década de 2000 ha vuelto a crecer la población a 7, 805.

La agricultura y la pequeña ganadería son las principales actividades productivas, a pesar que hay pocos terrenos agrícolas disponibles, tiene una zona muy accidentada, los terrenos son muy inclinados, lo cual limita la producción; por tal motivo la cosecha es mayormente destinada a autoconsumo. Los principales cultivos son la cebada, papa amarilla, trigo, maíz; también se dedican a la crianza de animales menores como cuyes, gallinas, y conejos; la mayoría destinados al autoconsumo, excepto por el cuy que es más comercializado.

Algunos cuentan con ganado vacuno y ovino, en pequeña escala (Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI. 2020).

Las unidades de análisis de la presente investigación, son estudiantes adolescentes de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” ubicado en el distrito de Anchonga.

3.2 Población

La población estuvo conformada por todos los estudiantes de los grados 3^o, 4^o y 5^o de la Institución Educativa Secundaria “José Gálvez Barrenechea”, estudiantes que oscilan entre 13 y 19 años y tienen un estatus socioeconómico de condición pobre, la actividad económica prioritaria en sus padres es la agricultura y la pequeña ganadería. La Institución Educativa está ubicada en el Distrito de Anchonga – Provincia de Angaraes con una población de 108 estudiantes.

3.3 Muestra

Para elegir los participantes del presente trabajo se ha optado por la muestra de tipo No probabilístico, de tipo censal, la misma que es el proceso total de recolectar, compilar, evaluar, analizar y publicar o diseminar en cualquier otra forma, los datos (o la información) demográficos, económicos y sociales que pertenecen en un momento determinado, a todas las personas de un país o de una parte bien delimitada del mismo (Hernández, 2006).

La muestra (Tabla 1) está constituida por los alumnos del 3^o, 4^o y 5^o, del nivel secundaria de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” que ascienden un total de 103 alumnos.

Tabla 1

Distribución de la muestra de alumnos del 3^a, 4^a y 5^a de la I.E. “José Gálvez Barrenechea”.

Grado	Población	Muestra
3°	45	45
4°	37	33
5°	26	25
Total	108	103

Fuente: elaboración propia

Criterio de inclusión:

- Estudiantes que cursan el 3° al 5° de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” que acepten participar voluntariamente con consentimiento informado.
- Estudiantes referidos del 3° al 5° grado que gocen de buena salud física y mental.
- Alumnos con acceso a internet, debido que la aplicación de los instrumentos se realizará en forma virtual.

Criterio de exclusión:

- Estudiantes que, a pesar de contar con el consentimiento de los padres / tutores, no acepten participar en la investigación.
- Estudiantes referidos del 3° al 5° grado que no gocen de buena salud física y mental.
- Estudiantes de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del 3^a, 4^a y 5^a que no tengan acceso a internet.

3.4. Nivel y tipo de estudio

3.4.1 Nivel de investigación

El nivel de investigación es descriptivo de tipo cuantitativo; se recolectó datos o componentes sobre diferentes aspectos de un grupo de adolescentes acerca de la presencia o ausencia de la depresión y funcionalidad familiar que perciben y se realizó un análisis y medición de los mismos, asimismo se busca especificar propiedades, características y rasgos importantes. Los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables a los que se refieren y se centran en medir con la mayor precisión posible (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

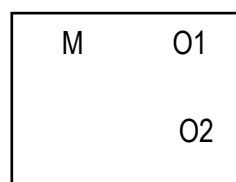
3.4.2 Tipo de investigación

El trabajo de investigación corresponde al tipo básico, teórico o fundamental, dado que no existe intervención o manipulación por parte de la investigadora; el propósito es resolver problemas de naturaleza teórica, los resultados obtenidos

podrán servir de base para el desarrollo de futuras investigaciones de carácter aplicado (Sánchez & Reyes, 2015).

3.5. Diseño de investigación

El diseño es descriptivo Simple- Transversal, miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar, esto con el fin de recolectar toda la información que obtengamos para poder llegar al resultado de la investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2003, p.117), cuyo esquema es el siguiente:



Donde:

M: Muestra

O1: Depresión

O2: Funcionalidad familiar

3.6. Método, Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Como método general se manejó el método científico de observación indirecta, se realizó una serie de operaciones y procedimientos para llegar a una meta, organizando la investigación mediante pasos o etapas para concretar el objetivo formulado. Como método específico se emplea el descriptivo; no se asumen variables causales en las que se pueda manipular la variable independiente. Según Sánchez & Reyes (2015), el método descriptivo consiste en describir, analizar e interpretar sistemáticamente un conjunto de hechos tal como se da en el presente, en su estado actual y en su forma natural. El análisis de los datos será realizado cuantitativamente.

3.6.1. Técnica

Para la recolección de datos se utilizó:

- La técnica psicométrica, como herramienta de medición estandarizada útil para encontrar los índices en los que un determinado rasgo o comportamiento se muestra en función de los resultados normales.
- La técnica de encuesta, permite recoger información relevante y pertinente acerca de un problema, fenómeno o suceso en una población determinada, para lo cual se hace uso de diversos instrumentos como cuestionarios, inventarios, test, etc. (Sánchez, Reyes y Mejía , 2018).

3.6.2. Instrumentos

- **Instrumento para la evaluación de la depresión**

Ficha técnica de depresión de Beck:

- Nombre del test. Inventario de Depresión de Beck-IA.
 - Nombre del test en su versión original. Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-IA).
 - Autor. Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
 - Editor del test en su versión original. NCS Pearson, Inc. (U.S.A.) – 1996.
 - Autor de la adaptación española. Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández.
 - Editor de la adaptación española. Pearson Educación, S.A – 2011.
 - Constructo evaluado. Depresión.
 - Ámbito de aplicación. Personas con 13 años o más de edad.
- ❖ **Descripción.** El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. El BDI-IA ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los

trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, 1993).

- ❖ **Fiabilidad.** Los coeficientes, para la adaptación española, son elevados (superiores a 0.85) y similares a los obtenidos en los estudios internacionales con la versión original del BDI-IA. Se enfatiza que el instrumento original muestra alta consistencia interna con coeficientes alpha de 0.86 y 0.81 para poblaciones psiquiátrica y no psiquiátrica respectivamente (Beck *et al.*, 1988).

El inventario de Beck-IA, En Perú, fue validado por Alcántara y Rodríguez en el año 2008, de la misma forma se aplica frecuentemente en los estudios Epidemiológicos del Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”, Para hallar la confiabilidad de la depresión, se trabajó con muestra piloto de 30 pacientes. Los datos obtenidos en la muestra piloto fueron ingresados al programa estadístico SPSS, obteniendo la siguiente confiabilidad: Alfa de Cronbach 0,801, Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizado 0,856, N de elementos 30, pacientes militares con VIH que acuden al Centro Médico Naval, Bellavista-2017 – Huancayo.

- ❖ **Calificación.** Test autoaplicado de 21 ítems. En cada uno de los ítems, el evaluado tiene que elegir entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida, y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63.
- ❖ **Baremación.** Se ofrecen 3 puntos de corte, que permiten calificar el nivel de depresión como mínima, leve, moderada o grave. La decisión de usar estos (u otros) puntos de corte se debe basar en las características concretas de la muestra y el propósito para el que se esté usando el test.

- **Instrumento para la evaluación de la funcionalidad familiar**

Ficha técnica de evaluación de funcionalidad familiar:

- Nombre del test. Cuestionario de función familiar APGAR.
 - Nombre del test en su versión original. The Family APGAR.
 - Autor. Smilkstein, G.
 - Autor de la adaptación española. Bellon, J.; Delgado, A.; Luna, J. y Lardelli, P. (1996)
 - Autor validación población adolescente peruana. Castilla *et al.* (2015).
 - Constructo evaluado. Funcionalidad familiar.
 - Ámbito de aplicación. Personas con 11 años o más de edad.
 - Descripción. Cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia. evalúa cinco funciones básicas de la familia:
 1. **Adaptación:** Capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.
 2. **Participación:** Implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
 3. **Gradiente de recursos:** Desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
 4. **Afectividad:** Relación de cariño y amor que existe entre los miembros de la familia.
 5. **Recursos o capacidad resolutive:** Compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de los miembros de la familia.
- ❖ **Fiabilidad.** Validación en población peruana adolescente, coeficiente de consistencia interna adecuado de 0,788 (Castilla *et al.*, 2015). Adicionalmente, esos autores realizaron un análisis de correlación ítem-total. Los resultados muestran coeficientes variando entre 0,450 y 0,550

para los cinco reactivos del test, indicando que todos ellos miden de manera consistente la variable y contribuyen con eficacia a su medición, en Lima Metropolitana de la Escala del Apgar, la muestra estaba conformada por 228 adolescentes entre hombres y mujeres cuyas edades oscilan entre 11 a 18 años de edad. Concluyendo asociaciones significativas ($p < .001$) para los reactivos y una Alpha de Crombach de 0.788, además se utilizó el análisis factorial para confirmar la validez de constructo a través de la rotación ortogonal (Castilla, 2014)

Validación en población peruana en estudiantes universitarios la validez y confiabilidad de la escala APGAR – Familiar estuvo conformada por 103 estudiantes de la Universidad Estatal Federico Villareal de una institución universitaria pública de Lima (2018). La escala se ha comportado demostrando consistencia interna y una buena correlación de los ítems. En Lima, los valores del Alfa de Cronbach es 0.68. (Humberto A. Castilla, 2014),

- ❖ **Calificación.** Test autoaplicado de 5 ítems. Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 10.
- ❖ **Baremación.** Se ofrecen 2 puntos de corte, que permiten calificar el nivel de funcionalidad familiar en: Altamente funcional (7 – 10); Disfunción moderada (4 – 6); Disfunción severa (0 – 3).

3.7. Procedimiento.

- Para el desarrollo de la investigación se coordinó con el Director del Centro Educativo, I.E. “José Gálvez Barrenechea”, posteriormente se formalizó con un documento oficial de permiso respectivo.
- Se acordó la programación de la aplicación de los instrumentos, exponiendo el objetivo del presente trabajo, de la misma forma la importancia de los resultados, se estableció el compromiso con el coordinador de tutoría, de facilitar posteriormente los resultados previas pautas éticas.

- La evaluación se realizó vía virtual con la herramienta de formularios de google forms, en las que se plasmaron los cuestionarios a responder, las respuestas se enviaron automáticamente a la hoja de cálculo, previa coordinación con el coordinador de tutoría para el envío del cuestionario mediante el whatsapp de cada alumno, ya que en el ámbito educativo, gran parte de las medidas del país y de toda las regiones del Perú han adoptado ante la crisis de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) la suspensión de las clases presenciales en todos los niveles, lo que ha dado origen a tres campos de acción principales: el despliegue de modalidades de aprendizaje a distancia, siendo permitido la utilización de una diversidad de formatos y plataformas, con o sin uso de tecnologías (UNESCO Messina y García, 2020).

3.8. Tabulación y análisis de datos estadísticos.

Se utilizó la estadística en el nivel descriptivo con porcentajes, frecuencias en tablas de contingencia, figuras para el análisis de las variables. Se empleó la técnica hermenéutica para el análisis e interpretación de los resultados además del uso del programa estadístico SPSS 25 para el procesamiento estadístico de los datos.

3.9. Consideraciones éticas

Se guarda la confidencialidad de la información obtenida y la identidad de los participantes. La participación sólo se concreta mediante consentimiento informado del mismo estudiante. Los resultados obtenidos sólo serán utilizados con fines propuestos en la investigación dejando de lado cualquier otro fin. Es necesario resaltar que se respetará el Código de Ética Profesional del Colegio de Psicólogos del Perú, principalmente los artículos consignados en los títulos Normas legales y morales, Confidencialidad y Actividades de investigación. Asimismo, la investigación de campo solo se efectuó con autorización escrita del director de la institución educativa donde se desarrolló el presente estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Se presentan los resultados descriptivos para ambas variables de estudio, donde se pretende dar respuesta al problema de investigación que originó el presente trabajo.

4.1 Análisis descriptivo

Se presenta la distribución de los constructos en la muestra, además de los resultados estadísticos descriptivos más representativos de las variables del estudio.

Objetivo general

- Determinar los niveles de depresión y la funcionalidad familiar en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.

La tabla 2 presenta los dos constructos evaluados en la muestra y alcanzan el objetivo general que originó el presente estudio y pretendió responder a la pregunta de investigación.

Se muestra los datos recolectados para ambas variables del estudio en ella se aprecia claramente la existencia de niveles de depresión y funcionalidad familiar entre las variables, la misma que se observa que la gran mayoría de los estudiantes se encuentran en la categoría de depresión mínima con un porcentaje de (62,14%) y (18,45%) de depresión leve, lo cual es un indicador importante en la muestra de estudiantes.

Para la funcionalidad familiar la gran mayoría de los estudiantes se encuentran en la categoría Altamente Funcional con un (90,29%) y 9,71% moderadamente funcional, sector de alumnos que alerta la necesidad de cambios en la interacción del alumno y su familia.

Tabla 2

Niveles de depresión y Funcionalidad Familiar en los adolescentes del nivel secundario, del 3º, 4º y 5º de la I.E. “Jose Gálvez Barrenechea”-2021.

DEPRESION			FUNCIONALIDAD FAMILIAR		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Depresión					
Mínima (0 – 9)	64	62,14	Altamente funcional	93	90,29
Leve (10 – 16)	19	18,45			
Moderada (17 – 29)	15	14,56	Disfunción moderada	10	9,71
Grave (30 – 63)	5	4,85	Disfunción severa	0	0
Total	103	100,0	Total	103	100,0

Fuente: Base de datos

Variable 1: Depresión

Objetivo específico (a)

- Identificar los niveles de la depresión en los adolescentes del nivel secundario de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.

La tabla 3 presenta los niveles de depresión en la muestra y los principales estadísticos descriptivos del constructo, respectivamente. Se observa que la gran mayoría de los estudiantes el 62,14%, se encuadran en la categoría de Depresión Mínima, se resalta también que el 18,45 % de los estudiantes se encuentran en la categoría de Depresión leve, asimismo el 14,56 % se encuentran en la categoría moderada y por último el 4,85 % se encuentran en la categoría grave.

Tabla 3

Niveles de depresión en los adolescentes del nivel secundario del 3º, 4º y 5º de la I.E. “Jose Gálvez Barrenechea”-2021.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Media
Mínima (0 – 9)	64	62,14	3,19
Leve (10 – 16)	19	18,45	12,68
Moderada (17 – 29)	15	14,56	20,93
Grave (30 – 63)	5	4,85	40,60
Total	103	100,0	

Fuente: Base de datos de elaboración propia

Objetivo específico (b)

- Conocer los síntomas de mayor y menor gravedad de la depresión en los adolescentes del nivel secundario de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.

En la tabla N° 4, se muestra los síntomas de mayor y menor gravedad, las mismas que obtuvieron **mayores puntuaciones** fueron: episodios de llanto (24%), irritabilidad (18%), insomnio y pérdida de apetito (12%). Por otro lado, los síntomas que se muestran de **menor gravedad** son los reflejados por los ítems ideas suicidas (86,4%), sensación de fracaso (85%), tristeza y autoexpresión (82%), expectativas de castigo, pérdida de peso (80%) y cambios en la imagen corporal (79%).

Tabla 4

Prevalencia porcentual de los síntomas de mayor y menor gravedad en los adolescentes del nivel secundario del 3º, 4º y 5º de la I.E. “José Gálvez Barrenechea”.

Ítems	Gravedad del síntoma (% de estudiantes)				M	DT
	0	1	2	3		
1. Tristeza	81,6	12,6	2,9	2,9	0,27	0,66
2. Pesimismo	70,9	25,2	2,9	1,0	0,34	0,59
3. Sensación de fracaso	84,5	10,7	4,9	0,0	0,20	0,51
4. Insatisfacción	66,0	23,3	2,9	7,8	0,52	0,88
5. Culpa	78,6	18,4	1,0	1,9	0,26	0,58
6. Expectativas de castigo	79,6	11,7	1,0	7,8	0,37	0,85
7. Autoexpresión	81,6	10,7	5,8	1,9	0,28	0,66
8. Autoacusación	74,8	10,7	11,7	2,9	0,43	0,81
9. Ideas suicidas	86,4	8,7	1,9	2,9	0,21	0,62
10. Episodios de llanto	66,0	6,8	2,9	24,3	0,85	1,29
11. Irritabilidad	60,2	18,4	3,9	17,5	0,79	1,14
12. Interés social	77,7	19,4	1,9	1,0	0,26	0,54
13. Indecisión	72,8	10,7	8,7	7,8	0,51	0,95
14. Cambios en la imagen corporal	78,6	7,8	7,8	5,8	0,41	0,87
15. Enlentecimiento	65,0	17,5	15,5	1,9	0,54	0,83
16. Insomnio	66,0	10,7	11,7	11,7	0,69	1,08
17. Fatigabilidad	70,9	9,7	14,6	4,9	0,53	0,92
18. Pérdida de apetito	65,0	15,5	7,8	11,7	0,66	1,04
19. Pérdida de peso	79,6	11,7	3,9	4,9	0,34	0,77
20. Preocupaciones somáticas	71,8	19,4	4,9	3,9	0,41	0,76
21. Interés sexual	70,9	20,4	1,9	6,8	0,45	0,84

Nota. M = Media. DT = Desviación típica

Fuente: Base de datos

Objetivo específico (c)

- Establecer los niveles de la depresión, según género en los adolescentes del nivel secundario de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.

La tabla 5 presenta la prevalencia de depresión en la muestra según el género y los principales estadísticos descriptivos, respectivamente. Se observa que la gran mayoría de estudiantes hombres (70,0%) se encuadran en la categoría de Depresión Mínima; 22,5% en la categoría Depresión Leve; solamente 7,5% en la categoría Depresión Moderada y ninguno en Depresión Grave. En relación a las mujeres, 57,1% en la categoría Depresión Mínima; 15,9% en la categoría Depresión Leve; 19,0% en la categoría Depresión Moderada y 7,9% en la categoría de Depresión Grave, los resultados descriptivos mostrados en la tabla parecen indicar que la variable depresión no se distribuye de la misma forma según el género de los estudiantes, mostrándonos que las mujeres son las que más se deprimen a comparación de los hombres.

Tabla 5

Prevalencia de depresión según género en los adolescentes del nivel secundario del 3°, 4° y 5° de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” 2021.

Categoría	Mujeres	Hombres	Total
Mínima	36 57,1%	28 70,0%	64 62,1%
Leve	10 15,9%	9 22,5%	19 18,4%
Moderada	12 19,0%	3 7,5%	15 14,6%
Grave	5 7,9%	0 0,0%	5 4,9%
Total	63 100,0%	40 100,0%	103 100,0%

Fuente: Base de datos

Objetivo específico (d)

- Identificar los niveles de la depresión, según edad en los adolescentes del nivel secundario de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.

La tabla 6 presenta la prevalencia de depresión en la muestra según la edad de los estudiantes y los principales estadísticos descriptivos, respectivamente. Se observa que, como era de esperarse, los estudiantes no se distribuyen uniformemente en los 7 grupos etarios identificados de 13 a 19 años.

En este grupo prevalece la categoría de Depresión Mínima en los estudiantes de 16 años con un 73,3 %; de la misma manera se resalta que los estudiantes de 18, 17 y 15 años de edad tienden a tener una prevalencia de depresión leve con el 27 % y un 67 %, mientras que en la depresión moderada prevalecen los alumnos de 19, 18, 17 y 16 años de edad con el 100,0 %, 33.3%, 18,2 % y 17% y en los estudiantes de 13 (33,3%), 17(9,1%) y 14(8.05%) años presentan la mayor cantidad de alumnos que tienen una prevalencia de Depresión Grave.

Tabla 6

Prevalencia de depresión según edad, en los adolescentes del nivel secundario del 3º, 4º y 5º de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” 2021.

Categoría	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	Total
Mínima	2	17	18	22	5	0	0	64
	66,7%	68,0%	60,0%	73,3%	45,5%	0,0%	0,0%	62,1%
Leve	0	4	8	2	3	2	0	19
	0,0%	16,0%	26,7%	6,7%	27,3%	66,7%	0,0%	18,4%
Moderada	0	2	4	5	2	1	1	15
	0,0%	8,0%	13,3%	16,7%	18,2%	33,3%	100,0%	14,6%
Grave	1	2	0	1	1	0	0	5
	33,3%	8,0%	0,0%	3,3%	9,1%	0,0%	0,0%	4,9%
Total	3	25	30	30	11	3	1	103
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Base de datos

Objetivo específico (e)

- Conocer los niveles de la depresión, según grado de estudios en los adolescentes del nivel secundario de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.

La tabla 7 presenta la prevalencia de depresión en la muestra según el grado de estudios y los principales estadísticos descriptivos, respectivamente. Se observa,

que en los estudiantes prevalece la categoría de Depresión Mínima en la mayor cantidad de estudiantes, siendo el porcentaje del Tercer Grado, 62,2 %; Cuarto Grado, 54,5 %; Quinto Grado, 72,0%. Se resalta que el 24,2% de los estudiantes de Cuarto Grado, existen la mayor cantidad de estudiantes que presentan Depresión leve; asimismo en la depresión con prevalencia moderada presentan los estudiantes del 4ª con el 21,2%, mientras que el 8,9% de los estudiantes de Tercer Grado presentan Depresión Grave.

Tabla 7

Prevalencia de depresión según grado de estudios de los adolescentes del nivel secundario 3º, 4º y 5º de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” 2021.

Categoría	Tercer Grado	Cuarto Grado	Quinto Grado	Total
Mínima	28 62,2%	18 54,5%	18 72,0%	64 62,1%
Leve	7 15,6%	8 24,2%	4 16,0%	19 18,4%
Moderada	6 13,3%	7 21,2%	2 8,0%	15 14,6%
Grave	4 8,9%	0 0,0%	1 4,0%	5 4,9%
Total	45 100,0%	33 100,0%	25 100,0%	103 100,0%

Fuente: Base de datos

Variable: 2 Funcionalidad Familiar

objetivo específico (f)

- Establecer los niveles de la funcionalidad familiar de los adolescentes del nivel secundario de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.

La tabla 8 presenta la distribución de la funcionalidad familiar en la muestra estudiada y los principales estadísticos descriptivos del constructo. La gran mayoría de estudiantes (90,29%) se encuadra en la categoría Altamente Funcional y el restante de estudiantes (9,71%) en la categoría Disfunción

Moderada. Se destaca que ningún estudiante evidenció provenir de una familia con disfunción severa.

Tabla 8.

Niveles de Funcionalidad familiar de los adolescentes del nivel secundario del 3°, 4° y 5° de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” 2021.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Altamente funcional	93	90,29
Disfunción moderada	10	9,71
Disfunción severa	0	0
Total	103	100,0

Fuente: Base de datos

Objetivo específico (g)

- Identificar la prevalencia porcentual de la funcionalidad familiar de los adolescentes del nivel secundario de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.

La tabla 9 muestra que las cinco funciones familiares evaluadas por el APGAR Familiar recibieron puntuaciones altamente positivas con medias próximas de la máxima valoración. Se resalta que la función afectividad (86,4%) es la que alcanzó la mejor valoración, seguido se resalta recursos con un (81,5 %), de la misma manera se observa que la mayor cantidad de alumnos sienten que son queridos por los miembros familiares y/o muestran un alto grado de satisfacción que tienen con su familia.

Tabla 9

Prevalencia porcentual de la funcionalidad familiar según dimensiones, de los adolescentes del nivel secundario del 3°, 4° y 5° de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” 2021.

Dimensiones	Funcionalidad familiar (% de estudiantes)			M	DT
	0	1	2		

Adaptación	4,9	23,3	71,8	1,67	0,57
Participación	1,0	36,9	62,1	1,61	0,51
Gradiente de crecimiento	0,0	28,2	71,8	1,72	0,45
Afectividad	0,0	13,6	86,4	1,86	0,34
Recursos	1,0	17,5	81,5	1,81	0,42

Nota. M = Media. DT = Desviación típica

Fuente: Base de datos

Objetivo específico (h)

- Conocer los niveles de la funcionalidad familiar, según género, de los adolescentes del nivel secundario de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.

La tabla 10 presenta la distribución de la variable Funcionalidad Familiar según el género y los principales estadísticos descriptivos, respectivamente. Se observa que un porcentaje de mujeres con un 87,3% y de hombres con un 95,0% se encuadran en la categoría Altamente Funcional, determinando la mayor cantidad de estudiantes tener actualmente relaciones emocionales muy estrechas y/o familia muy funcional, resaltando en la mayor cantidad de hombres. Por otro lado, se muestra que no existe disfunción severa en ninguno de los géneros ya que se observa la categoría disfunción severa el 0%.

Tabla 10

Funcionalidad familiar según género de los adolescentes del nivel secundario del 3°, 4° y 5° de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” 2021.

Categoría	Mujeres	Hombres	Total
Altamente funcional	55	38	93
	87,3%	95,0%	90,3%
Disfunción moderada	8	2	10
	12,7%	5,0%	9,7%
Disfunción severa	0	0	0
	0%	0%	0%
Total	63	40	103
	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Base de datos

Objetivo específico (j)

- Establecer los niveles de la funcionalidad familiar, según edad, de los adolescentes del nivel secundario de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.

La tabla 11 presenta la distribución de la variable Funcionalidad Familiar en la muestra según la edad de los estudiantes y los principales estadísticos descriptivos, respectivamente. En el grupo etario (13 -17 años), se concentra la gran mayoría de los estudiantes con prevalencia de funcionalidad familiar Altamente Funcional y en las edades de 15(10,0%), 16 (10,0%), 17 (9,1%), 18 (66,7 %) siendo los resultados en un prevalencia de disfunción moderada.

Tabla 11

Funcionalidad familiar según edad de los adolescentes del nivel secundario del 3°, 4° 5° de la I.E. “José Gálvez Barrenechea” 2021.

Categoría	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	Total
Altamente funcional	3	25	27	27	10	1	0	93
	100,0%	100,0%	90,0%	90,0%	90,9%	33,3%	0,0%	90,3%
Disfunción moderada	0	0	3	3	1	2	1	10
	0,0%	0,0%	10,0%	10,0%	9,1%	66,7%	100,0%	9,7%
Disfunción severa	0	0	0	0	0	0	0	0
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	3	25	30	30	11	3	1	103
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Base de datos

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue determinar los niveles de depresión y la funcionalidad familiar en los adolescentes de una institución educativa del distrito de Anchonga, provincia de Angaraes, Huancavelica. Los resultados evidencian que la prevalencia encontrada de niveles de depresión y la funcionalidad familiar en los adolescentes fue menor que la observada en otros estudios similares.

A partir de los hallazgos encontrados contrastamos con otras investigaciones como la de Mantilla-Falcón y Alomaliza (2017), sobre la depresión en adolescentes en edades de 15 a 18 años en ambos generos encontró el 1,8% tiene depresión mayor y 6,4 % de trastorno distimico, un 2% a 5% los adolescentes reúne los criterios y síntomas de depresion mayor en un corte transversal, y alrededor de un 16% han experimentado un transtorno depresivo, estos resultados son semejantes a los encontrados en nuestra investigación puesto que el 18, 45% presentó depresión leve y el 14,56 % depresión moderada. Lo que resulta significativo si tenemos en cuenta que la adolescencia es una etapa para la vulnerabilidad y crisis por los cambios físicos y psicológicos, de confusión en la búsqueda de su identidad que requiere por el contrario disponer de un buen soporte familiar para ayudar a enfrentar las dificultades propias de su etapa de vida. De esta manera el trabajo de Torrel & Delgado (2014), demuestra la existencia de correlación positiva significativa entre la disfunción familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla – Tumbes, lo que sugiere la necesidad de asociar ambas variables en un próximo estudio en la zona de Angaraes.

En relación al funcionamiento familiar el trabajo de Gonzáles Quiñones y de la Hoz-Restrepo (2011), que habla sobre la prevalencia de buena función familiar de 63 % y de disfunción familiar severa del 7 %, lo que concuerda con el trabajo realizado siendo estos

un (90,29 %) altamente funcional en nuestra muestra y no habiendo una funcionalidad familiar severa con un (0,0 %), probablemente la situación de crisis por pandemia sanitaria está propiciando la mayor cohesión familiar como unidad necesaria frente a las adversidades de enfermedad y muerte.

En concordancia con el trabajo de Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez (2009), refieren los autores que los adolescentes que mantenían relaciones distantes y hostiles con sus padres, obtuvieron puntajes más altos en las sub escalas de depresión y pensamientos automáticos que aquellos que contaban con amplios recursos de apoyo familiar, se puede apreciar que del total de la muestra femenina el 48,4%, se ubicó en el nivel de depresión mínima; el 15,3% obtuvieron puntuaciones que indican depresión leve; en depresión moderada se situó el 16,3% de las estudiantes, y finalmente en el valor depresión severa se encontraron el 17% de las participantes. En el citado estudio también se afirma la existencia de una relación inversa significativa entre cohesión familiar y depresión en los adolescentes. A lo anterior se suma el hallazgo de Rivera, Arias – Gallegos & Cahuana- Cuentas (2018), quienes desarrollaron un estudio descriptivo-relacional, intitulado Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, evidencia las características de disfuncionalidad familiar como el conflicto intrafamiliar, el consumo de alcohol y la violencia parental, se asocian con la sintomatología depresivas en los adolescentes.

Un estudio realizado en China revela que 23% de 2.330 escolares de la muestra del estudio evidenció estar en estado depresivo (Xie et al., 2019). Es necesario indicar que dicho estudio consideró población estudiantil de escuelas primarias, grupo etario de menor edad a la población de la presente investigación. Diversos estudios evidencian que la población adolescente es más proclive a desarrollar sintomatología depresiva ya que en esa etapa del desarrollo, distintos eventos vitales pueden adquirir un carácter estresante y tener influencia en el inicio y desarrollo de síntomas depresivos (Barra, et al. 2006).

Estadísticas de prevalencia de depresión en adolescentes, resultantes de estudios epidemiológicos de salud mental, en Huancavelica datan de hace una década. El Instituto Nacional de Salud Mental (2012b) reveló que, en 2010, la prevalencia de episodio depresivo moderado a severo era de 3,2% (2,7% en hombres y 3,6% en mujeres) mientras que la prevalencia de distimia era de 0,5% (0,0% en hombres y 0,9% en mujeres).

La presencia de niveles de depresión en relación con un determinado género es revelador; ya que en nuestro trabajo se observa y puntualiza mayor vulnerabilidad de sufrir depresión en el género femenino, asimismo se observa en nuestra variable 2: Funcionalidad Familiar obtener en nuestros resultados una alta prevalencia de funcionalidad familiar más en estudiantes hombres. Así tenemos que Rivera et.al. (2018) demuestra la presencia de depresión grave en hombres, lo que muestra la presencia de una depresión más significativa en mujeres que en hombres. Al parecer una explicación es la presencia del factor cultural y social imprime en la mujer mayores responsabilidades y exigencias en su rol familiar y social.

Prevalencia de depresión según edad, lo que se interpreta en los resultados que a medida que los alumnos tienen más edad, es menor la prevalencia de depresión, se presume que en la medida que alcanzan la madurez los jóvenes procesan mejor sus experiencias dejan de asumir papeles crítico y asumen nuevas responsabilidades. Los adolescentes que se convierten en adultos jóvenes tienen ahora un sentido más firme de su propia individualidad y pueden identificar sus propios valores, se centran más en el futuro y basan sus decisiones en sus ilusiones e ideales. Se separan más de su familia, tanto física como emocionalmente, no obstante, muchos restablecen una relación "adulta" con sus padres, considerándolos personas de su mismo nivel a quienes pedir consejos y con quienes hablar de temas serios, en vez de una figura de autoridad.

La depresión, según edad, en nuestros resultados existe una prevalencia de depresión grave en estudiantes de 13 (33,3 %) y 14 (8,0%) años, el cual es preocupante ya que, los adolescentes son más proclive a desarrollar sintomatología depresiva y más en esta etapa del desarrollo, distintos eventos vitales pueden adquirir un carácter estresante y tener influencia en el inicio y desarrollo de síntomas depresivos, Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez (2009) así como lo menciona en su trabajo que el funcionamiento familiar percibido por los adolescentes se asocia de manera significativa con la depresión.

Asimismo, partir de los hallazgos encontrados se realiza la comparación a otras investigaciones sobre nuestra segunda variable Funcionalidad Familiar. Frente a lo cual González-Poves, Macuyama-Aricari & Silva-Mathews (2013), desarrollaron un estudio descriptivo, de corte transversal, intitulado *Factores familiares*, quienes encuentran la presencia de síntomas de disfunción familiar en niveles muy elevados: 26,4% (43) con disfunción moderada y 24,5% (40) con severa. Hallazgos distintos a los encontrados en

nuestro estudio que detecta la presencia de (90,29 %) con altamente funcional, (9,71 %) disfunción moderada y un (0%) disfunción severa. De la misma manera, el trabajo de Cogollo, Gómez, De Arco, Ruiz & Campo-Arias (2009), desarrollaron un estudio relacional, de corte transversal, intitulado *Asociación entre disfuncionalidad* con un total de 250 adolescentes, utilizaron los instrumentos de medición (APGAR familiar y escala de Zung para depresión) en cuanto a la percepción de la funcionalidad familiar por parte de adolescentes, se encontró entre los varones un 62,1% de disfuncionalidad, comparado con un 58,9% en las mujeres, siendo diferente a nuestros resultados ya que en nuestro trabajo se resalta un porcentaje de mujeres con un 87,3% y de hombres con un 95,0% en la categoría Altamente Funcional, determinando la mayor cantidad de estudiantes tener familia muy funcional a los hombres.

Los resultados descriptivos de la funcionalidad familiar no dejan de ser controvertidos: Las cinco funciones familiares evaluadas por el APGAR Familiar recibieron puntuaciones altamente positivas con medias próximas de la máxima valoración. Esto levanta un interrogante sobre la probable existencia de otros factores intervinientes, relativas al contexto actual de confinamiento originado por la pandemia, el sufrimiento familiar que hace que se valore más a pesar de las adversidades, lo que podría estar teniendo algún efecto, no necesariamente negativo sobre la percepción de la funcionalidad familiar. Fernández et al. (2020) declaran que el tiempo de permanencia en familia puede tener un efecto positivo sobre esa percepción considerando, básicamente, que el apoyo familiar se torna mucho más importante en tiempos de crisis y es en la familia donde la persona recibe apoyo psicológico en situaciones de mayor estrés personal y social.

En cuanto a la funcionalidad familiar según género, destaca la mayor funcionalidad percibida en los hombres con un 95,0% en comparación con las mujeres con un 87,3% aunque las diferencias no son significativas.

Finalmente en el intervalo de edad (13 -17 años), se concentra la gran mayoría de los estudiantes con prevalencia de funcionalidad familiar, Altamente Funcional, esto es en la medida que se acercan a la adolescencia intermedia utilizan mejores recursos de adaptación y cambian patrones opositores por otros más colaborativos en su familia.

La presente investigación logro cumplir con la determinación de su objetivo propuesto, reafirmando los objetivos específicos entre ambos constructos.

CONCLUSIONES

- En la presente investigación se determinó que la muestra de adolescentes de secundaria de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Achonga, tienen el 62,14% de depresión mínima y 18,45% depresión leve. En lo que respecta al Funcionamiento Familiar, el 90,29% es altamente funcional y el 9,7% es moderadamente funcional.
- El análisis de la variable depresión identificó que los adolescentes del nivel secundario evidencia alguna sintomatología depresiva, con 18,45% depresión leve, 14,56 % depresión moderada y 4.85% depresión grave, lo que indica un grupo menor no obstante con ideación suicida
- Los síntomas depresivos con mayores puntuaciones fueron episodios de llanto, irritabilidad, insomnio y pérdida de apetito, y de menor gravedad fueron ideas suicidas, sensación de fracaso, tristeza y autoexpresión. Síntomas que probablemente guardan relación con el confinamiento por pandemia sanitaria.
- En lo referente al género y la depresión, el género masculino alcanza Depresión Mínima el 70,0%, en la categoría Depresión Leve el 22,5%, en la depresión Moderada 7,5% y en la categoría grave un 0,0%. En el género

femenino el 57,1% en la categoría Depresión Mínimo; 15,9% en la categoría Leve, Moderada 19,0%, sin embargo en éste grupo se alerta del 7,9% casos de Depresión Grave.

- En la medida que se incrementa la edad (17 y 18 años) se incrementa la presencia de depresión con porcentajes de 27,3% y 66,7% respectivamente en depresión leve, 18,2% y 33,3% respectivamente en depresión moderada, esto se debe en la medida que logran la mayor madurez de estabilidad emocionalmente.
- Se destaca que el 24,2% de los estudiantes de Cuarto Grado, tiene Depresión leve; y el 21,2% prevalencia moderada, mientras que el 8,9% de los estudiantes de Tercer Grado presentan Depresión Grave, es decir tiene correlato el grado de estudios con la edad cronológica como muestra de mayor susceptibilidad emocional por los cambios propios de la etapa de vida.
- El análisis de la variable funcionalidad familiar identificó prevalencia alta (90,29%) de familias funcionales y una prevalencia, de (9,71 %) de familias con disfunción moderada, no se aprecia casos de funcionamiento severo. Las cinco funciones familiares evaluadas por el Apgar Familiar recibieron puntuaciones altamente positivas con medias próximas de la máxima valoración. La función afectividad es la que alcanzó la mejor valoración.
- Son las mujeres con un 87,3% y los hombres con un 95,0% se encuadran en la categoría Altamente Funcional, determinando la mayor cantidad de estudiantes tener actualmente relaciones emocionales muy estrechas y/o familia muy funcional, resaltando mayor funcionalidad en los hombres.
- En el grupo etario (13 -17 años), se concentra la gran mayoría de los estudiantes con prevalencia de funcionalidad familiar, Altamente Funcional, esto es mayor afectividad, adaptación y recursos dentro del grupo familiar.

RECOMENDACIONES

A la luz de los resultados obtenidos, considerando la naturaleza multifactorial de la etiología de la depresión, el funcionamiento familiar las características socioeconómicas de la población estudiada y el contexto actual de confinamiento debido a la pandemia, se sugiere:

- Desde una perspectiva sistémica social: Formular e implementar, desde la institución educativa, el trabajo conjunto de todos los actores de la comunidad educativa: alumnos, padres familia, docentes, director, la puesta en marcha de programas educativos de prevención de la depresión y promoción del funcionamiento familiar.
- La detección precoz, utilizando los instrumentos de *screening* de la presente investigación, o similares. Estos programas deberían involucrar a las familias y basarse en un trabajo interdisciplinario e intersectorial (Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” y Red de Salud Angaraes) de forma que coadyuve a la detección temprana.
- Desde una perspectiva investigativa para futuros estudios: generar nuevos trabajos con los constructos en otros contextos sociales y culturales, con las variables sociodemográficas según edad, género, grado de instrucción que permitan generalizar resultados.

- En la misma perspectiva de investigación, es necesario realizar estudios que consideren otros factores, tanto de riesgo como de protección, que cavarían con la aparición y desarrollo de sintomatología depresiva en los adolescentes. Esos factores son diversos (biológicos, ambientales, conductuales, psicológicos, familiares) lo que muestra la complejidad de la etiología del constructo depresión.
- Dentro de los factores familiares, la funcionalidad familiar no obstante su importancia, es apenas un factor. El empleo de modelos de ecuaciones estructurales ciertamente sería de gran utilidad en el avance de esta línea de investigación y auxiliaría en la optimización de programas de prevención que posteriormente, desde una perspectiva sistémica, puedan desarrollarse.
- A la Universidad: sugerir la réplica de la presente investigación, una vez transcurrida la pandemia, en poblaciones semejantes a la presente para intentar dilucidar mejor los probables efectos de la crisis sanitaria sobre la depresión y percepciones de funcionalidad familiar en estudiantes adolescentes provenientes de localidades menos favorecidas o vulnerables. Además, comparar los resultados obtenidos en la presente con los resultados que arroje el estudio epidemiológico de salud mental en niños y adolescentes en Lima Metropolitana en el contexto del Covid-19, recientemente iniciado por el Instituto Nacional de Salud Mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, M.; Ramírez, B.; Silva, A.; Coffin, N. & Jiménez, M. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol. 9, núm. 2, junio, pp. 205-216. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/560/56012878005.pdf>
- Barna R.; Concha, I.; Florenzano, R.; Gonzales, A.; Horwitz, N.; Maddaleno, M.; Romero, M.; Salazar, D.; Segovia, I.; Valdés, M.; Ventuini, G.; Villaseca P. & Ringeleng, I. (1986). *Salud familiar*. Santiago de Chile: Ed. Corporación de promoción universitaria.
- Beck, A.; Rush, A.; Shaw, B. & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. 19ª. ed., Bilbao: Editorial Desclée de Brower, S.A.
- Beck, A.; Steer, R. & Garbin, M. (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), pp. 77-100.
- Bellón, J.; Delgado, A.; Luna, J. & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*, 8 (6), pp. 289-

295. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-cuestionario-funcion-familiar-apgar-familiar-14357>
- Castilla, H.; Caycho, T.; Ventura, J.; Palomino, M.; De La Cruz, M. (2015). Análisis factorial confirmatorio de la escala de percepción del funcionamiento familiar de Smilkstein en adolescentes peruanos. *Salud & Sociedad*, vol. 6, núm. 2, mayo-agosto, pp. 140-153. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4397/439742867003.pdf>
- Cogollo, Z.; Gómez, E.; De Arco, O.; Ruiz, I. & Campo-Arias, A. (2009). Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 38, núm. 4, pp. 637-644. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v38n4/v38n4a05.pdf>
- Donati, P. (2003). *Manual de sociología de la familia*, EUNSA, Pamplona.
- Garaigordobil, M.; Bernaras, E. & Jaureguizar, J. (2019). Evaluación de un programa universal de prevención de la depresión en niños y niñas de educación primaria. *Revista de Psicología y Educación*, 14(2), pp. 87-98. Recuperado de <http://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/174.pdf>
- García, M. & Sanz, J. (2016). *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes: de la investigación a la consulta*. 1ra ed. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gómez, R. (2019). *Eficacia y coste-efectividad de la investigación estilo de vida saludable aplicada por medio de TICs para el tratamiento de la depresión en atención primaria: un estudio controlado*. Tesis Doctoral. Universitat de les Illes Balears. Palma, España. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/666968/trgjlde1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- González-Poves, J.; Macuyama-Aricari, T. & Silva-Mathews, Z. (2013). Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1º al 5º de secundaria de un colegio nacional mixto. *Revista Enfermería Herediana*,

- 6(2), pp. 66-77. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/1795>
- González-Quiñones, J. & De la Hoz-Restrepo, F. (2011). Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba, Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 13 (1), pp. 67-78. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v13n1/v13n1a06.pdf>
- Horwitz, N.; Florenzano, R. & Ringeling, I. (1985). Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 98, pp. 144-154. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/16959/v98n2p144.pdf?sequence>
- INSM (2012 a). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la ciudad de Huancavelica 2010. Informe General. *Anales de Salud Mental*, Vol. XXVIII Año 2012, Números 1 y 2. Instituto Nacional de Salud Mental. Lima: INSM. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/view/39>
- INSM (2012 b). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima y Callao 2007*. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Lima: INSM. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/view/43>
- Lanche, F. (2015). *El clima familiar y las conductas agresivas de los adolescentes del décimo año de educación básica del Instituto Tecnológico Nacional Huaquillas, sección vespertina del Cantón Huaquillas, Provincia de El Oro, 2013*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional de Loja. Loja, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/11343>
- Ley N° 30947 (2019). El Peruano, Lima, Perú, 23 de mayo de 2019.
- Mantilla-Falcón, L. & Alomaliza, C. (2017). La disfuncionalidad familiar y los niveles de depresión en adolescentes de una unidad educativa rural en Ambato, Ecuador.

- Revista ENIAC Pesquisa*, Guarulhos (SP), V.6, n.2, jun.- dez, pp. 315-324.
Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6230907>
- MINSA (2018). *Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria, 2018 – 2021*. Documento técnico. Ministerio de Salud, Dirección de Salud Mental. Lima: Ministerio de Salud. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
- Muñoz, R. (2015). *Detección de depresión, ansiedad y pánico en atención primaria mediante el PHQ*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Roger_Munoz-Navarro/publication/293581426_Deteccion_de_depresion_ansiedad_y_panico_e_n_atencion_primaria_mediante_el_PHQ/links/56b9a14808ae7e3a0f9f8696.pdf
- Nogueras, E. (2018). *Evaluación de la implementación de una guía de práctica clínica para el manejo de la depresión en atención primaria*. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga. Málaga, España. Recuperado de <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/17292>
- OMS (2018). *Salud mental del adolescente*. Notas descriptivas. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
- OPS (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34006>
- OPS (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
- Pérez, A. & Reinoza, M. (2011) El educador y la familia disfuncional. *Educere*. Universidad de los Andes. Vol. 15, N° 52, septiembre-diciembre, pp. 629-634. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/356/35622379009.pdf>

- Pinto, A. (2004). *Sistemas de activación e inhibición conductual en los trastornos depresivos atendidos en la atención primaria en salud. Un estudio de seguimiento a 6 meses*. Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona, España. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5564/apm1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rivera, R.; Arias-Gallegos, W. & Cahuana-Cuentas, M. (2018). Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 56 (2), pp. 117-126. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v56n2/0717-9227-rchnp-56-02-0117.pdf>
- Rojas, I. & Saavedra, J. (2014). Cohesión familiar e ideación suicida en adolescentes de la costa peruana en el año 2006. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 77 (4), pp. 250-261. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972014000400008
- Sánchez, H. & Reyes, C. (2015). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima: Business Support.
- Sanz, J. (1992). *Procesos cognitivos en la ansiedad y en la depresión*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/2995/>
- Soriano, J. (2009). *Marcadores relacionales en la depresión mayor y la distimia*. Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona, España. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5587/jsp1de1.pdf?sequence=1>
- Suarez, M. & Alcalá, M. (2014). APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, v.20, n.1. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010
- Torrel, M. & Delgado, M. (2014). Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla - Tumbes, 2013. *Ciencia y Desarrollo*, 17 (1),

- Enero-Junio, pp. 47:54. Recuperado de <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/CYD/article/view/1102/1080>
- Vargas, H.; Tovar, H. & Valverde, J. (2010). Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la Sierra Peruana 2003. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 73 (3), pp. 84-94. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/1709>
- Vázquez, F.; Muñoz, R. & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, Vol. 8, Nº 3, pp. 417-449. Recuperado de https://www.academia.edu/19368033/Teorias_de_la_depresion
- Yesca, E. (2015). *Psicología social de la familia: estructura, dinámica y nuevos modelos de familia en Nicaragua*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/37678/1/T37219.pdf>

ANEXOS

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JOSÉ GÁLVEZ BARRENECHEA” DEL DISTRITO DE ANCHONGA – ANGARAES, PERÚ							
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA				
<p>Problema ¿Cuáles son los niveles de depresión y la funcionalidad familiar en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021?</p>	<p>Objetivo general Determinar los niveles de depresión y la funcionalidad familiar en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>a) Identificar los niveles de la depresión en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.</p> <p>b) Conocer los síntomas de mayor y menor gravedad de la depresión en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.</p>	<p>Hipótesis La presente investigación no requiere la formulación de hipótesis porque es un estudio descriptivo simple.</p> <p>Variables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variable 1. Depresión <ul style="list-style-type: none"> - Cognitiva-afectiva - Somática • Variable 2. Funcionalidad familiar <ul style="list-style-type: none"> - Adaptación - Participación - Gradiente de recursos - Afectividad - Recursos • Variables intervinientes <ul style="list-style-type: none"> - Género 	<p>Nivel de investigación El nivel de investigación es descriptivo de tipo cuantitativo.</p> <p>Tipo de investigación El trabajo de investigación corresponde al tipo básico, teórico o fundamental</p> <p>El diseño Descriptivo Simple- Transversal, cuyo esquema es el siguiente:</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; width: 100px; margin: 10px auto; padding: 5px;"> <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="padding: 5px 15px;">M</td> <td style="padding: 5px 15px;">O1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px 15px;"></td> <td style="padding: 5px 15px;">O2</td> </tr> </table> </div> <p>Donde: M: Muestra O1: Depresión O2: Funcionalidad familiar</p> <p>Población</p>	M	O1		O2
M	O1						
	O2						

	<p>c) Establecer los niveles de la depresión, según género, en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.</p> <p>d) Identificar los niveles de la depresión, según edad, en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.</p> <p>e) Conocer los niveles de la depresión, según grado de estudios, en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.</p> <p>f) Establecer los niveles de la funcionalidad familiar de los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.</p> <p>g) Identificar la prevalencia porcentual de la funcionalidad familiar de los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” del distrito de</p>	<p>- Edad - Grado de estudios</p>	<p>La población está conformada por todos los estudiantes de los grados 3^a, 4^a y 5^a de la Institución Educativa Secundaria “José Gálvez Barrenechea”, estudiantes que oscilan entre 14 y 19 años.</p> <p>Muestreo No probabilístico de tipo censal.</p> <p>Muestra La muestra está constituida por los alumnos del 3^a, 4^a y 5^a, del nivel secundaria de la Institución Educativa “José Gálvez Barrenechea” que ascienden un total de 103 alumnos</p> <p>Instrumentos de recolección de datos:</p> <p>V1. Inventario de Depresión de Beck-IA. V2. Cuestionario de función familiar Apgar.</p> <p>Técnicas de procesamiento de datos</p> <p>Técnica estadística descriptiva, Programa IBM SPSS v25 para el procesamiento estadístico</p>
--	--	---------------------------------------	--

	<p>Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.</p> <p>h) Conocer los niveles de la funcionalidad familiar, según género, de los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa "José Gálvez Barrenechea" del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.</p> <p>i) Establecer los niveles de la funcionalidad familiar, según edad, de los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa "José Gálvez Barrenechea" del distrito de Anchonga - provincia de Angaraes, 2021.</p>		
--	---	--	--

ANEXO 02

Consentimiento Informado

INSTITUCIÓN : “José Gálvez Barrenechea”- Distrito de Anchonga-Angaraes.

TESISTA : Santoyo Humán, Danai

PROYECTO : “DEPRESION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL DISTRITO DE ANCHONGA – ANGARAES, 2021”

YO, TUTOR....., con DNI....., hago constar que ACEPTO voluntariamente que mis alumnos a mi cargo del 3^a “B”, participen en la investigación titulada “ DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL DISTRITO DE ANCHONGA – ANGARAES, 2021, así mismo informar a cada padre de familia la importancia, a cargo de la Bachiller, SANTOYO HUAMAN, Danai, de la UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN. Se me ha explicado que el propósito del estudio es determinar la relación entre Depresión y Funcionalidad Familiar en adolescentes del 3^a, 4^a y 5^a.

Eh recibido la explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, así como de los beneficios que se esperan obtener. Adicionalmente estoy en pleno conocimiento que la información obtenida será absolutamente ANÓNIMA Y CONFIDENCIAL y que no aparecerán mis datos personales en revistas, libros y otros medios.

Eh leído el documento, entiendo las declaraciones obtenidas en él, para lo cual firmo libre y voluntariamente.

Anchonga - Angaraes,dedel 2021.

Anexo 03 Instrumentos de recolección de datos

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

DATOS PERSONALES

Nombre: _____ Año.: _____

Edad: _____ Sexo: M___ F___

INSTRUCCIONES

A continuación, se presentan cuatro posibles respuestas para cada ítem.

Lee cada punto con atención y marca con una "X" la respuesta que mejor se adapte a tu situación actual.

¡Gracias por tu participación!

1. Tristeza

- No me siento triste
- Me siento triste
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello
- Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo

2. Pesimismo

- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro
- Me siento desanimado con respecto al futuro
- Siento que no puedo esperar nada del futuro
- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar

3. Sensación de fracaso

- No me siento fracasado
- Siento que he fracasado más que una persona normal
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos
- Siento que como persona soy un fracasado completo

4. Insatisfacción

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes
- No disfruto de las cosas como solía hacerlo

- Ya nada me satisface realmente
 - Todo me aburre o me desagrada
-

5. Culpa

- No siento ninguna culpa particular
 - Me siento culpable buena parte del tiempo
 - Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
 - Me siento culpable todo el tiempo
-

6. Expectativas de castigo

- No siento que esté siendo castigado
 - Siento que puedo estar siendo castigado
 - Espero ser castigado
 - Siento que estoy siendo castigado
-

7. Autoexpresión

- No me siento decepcionado de mí mismo
 - Estoy decepcionado conmigo
 - Estoy harto de mí mismo
 - Me odio a mí mismo
-

8. Autoacusación

- No me siento peor que otros
 - Me critico por mis debilidades o errores
 - Me culpo todo el tiempo por mis fallas
 - Me culpo por todas las cosas malas que suceden
-

9. Ideas suicidas

- No tengo ninguna idea de matarme
 - Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo
 - Me gustaría matarme
 - Me mataría si tuviera la oportunidad
-

10. Episodios de llanto

- No lloro más de lo habitual
 - Lloro más que antes
 - Ahora lloro todo el tiempo
 - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera
-

11. Irritabilidad

- No me irrito más ahora que antes
 - Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes
 - Me siento irritado todo el tiempo
 - No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme
-

12. Interés social

- No he perdido interés en otras personas
 - Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar
 - He perdido la mayor parte de mi interés en los demás
 - He perdido todo interés en los demás
-

13. Indecisión

- Tomo decisiones como siempre
 - Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes
 - Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones
 - Ya no puedo tomar ninguna decisión
-

14. Cambios en la imagen corporal

- No creo que me vea peor que antes
 - Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a)
 - Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a)
 - Creo que me veo horrible
-

15. Enlentecimiento

- Puedo trabajar tan bien como antes
 - Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo
 - Tengo que hacer un gran esfuerzo para empezar a hacer alguna cosa
 - No puedo hacer ningún trabajo
-

16. Insomnio

- Puedo dormir tan bien como antes
 - No duermo tan bien como antes
 - Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme
 - Me despierto varias más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme
-

17. Fatigabilidad

- No me canso más de lo habitual
 - Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme
 - Me canso al hacer cualquier cosa
 - Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa
-

18. Pérdida de apetito

- Mi apetito no ha variado
 - Mi apetito no es tan bueno como antes
 - Mi apetito es mucho peor que antes
 - Ya no tengo nada de apetito
-

19. Pérdida de peso

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo
 - He perdido más de 2 kilos
 - He perdido más de 4 kilos
 - He perdido más de 6 kilos
-

20. Preocupaciones somáticas

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual
 - Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago y constipación
 - Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa
 - Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más
-

21. Interés sexual

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo
 - Estoy menos interesado por el sexo que antes
 - Estoy interesado mucho menos interesado por el sexo que antes
 - He perdido por completo mi interés por el sexo
-

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

DATOS PERSONALES

Nombre: _____ Año.: _____

Edad: _____ Sexo: M___ F___

INSTRUCCIONES

Marca con un aspa (X) las celdas que consideres ser tu respuesta conveniente; no existen respuestas correctas o incorrectas, por eso te agradecemos que respondas con la mayor sinceridad.

¡Gracias por tu participación!

1. ¿Estás contento con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?		
Casi nunca	A veces	Casi siempre
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?		
Casi nunca	A veces	Casi siempre
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?		
Casi nunca	A veces	Casi siempre
4. ¿Estás contento con el tiempo que tu familia y tú pasan juntos?		
Casi nunca	A veces	Casi siempre
5. ¿Sientes que tu familia te quiere?		
Casi nunca	A veces	Casi siempre

(2) WhatsApp x INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE x +

docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdUKcnL0m3RjVtXTFDMSV9s7uaGPU8Zd10LMIEtwDio4100w/viewform?vc=0&tc=0&w=1&flr=0

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

CONSENTIMIENTO INFORMADO
A través del presente documento doy mi consentimiento para participar en el desarrollo del inventario de Depresión de Beck y el cuestionario de funcionalidad familiar. Al aceptar desarrollar esta prueba declaro que mi participación es enteramente voluntaria.

INSTRUCCIONES
A continuación, se presentan 4 posibles respuestas para cada ítem. Lee cada punto con atención y marca, las respuesta que mejor se adapte a tu situación actual.
Gracias por tu participación

danaisantoyoh@gmail.com (no compartidos)
[Cambiar de cuenta](#)

***Obligatorio**

Nombre *

Tu respuesta _____

Eclad: *

Tu respuesta _____

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Windows taskbar: 22:39 7/08/2021

(2) WhatsApp x INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE x +

docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdUKcnL0m3RjVtXTFDMSV9s7uaGPU8Zd10LMIEtwDio4100w/viewform?vc=0&tc=0&w=1&flr=0

Grado de estudios *

Tu respuesta _____

sexo *

varon
 mujer

Lugar donde vive *

Tu respuesta _____

Tristeza *

No me siento triste
 Me siento triste
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello
 Me siento tan triste o desichado que no puedo soportarlo

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Windows taskbar: 22:41 7/08/2021

The image shows a screenshot of a Google Forms survey titled "INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE". The survey is displayed in a web browser window. The form contains several sections, each with a title and four radio button options. The sections are: "Pesimismo", "Sensación de fracaso", "Insatisfacción", "Culpa", "Expectativas de castigo", "Autoexpresión", and "Autoacusación". The browser's address bar shows the URL: "docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdUKcnL0m3RjvXtFDMSV9s7uaGPUJ8Zd10LMIetwDio4100w/viewform?vc=0&c=0&w=1&fir=0". The Windows taskbar is visible at the bottom, showing the time as 22:41 on 7/08/2021. A watermark "Activar Windows" is visible in the bottom right corner of the form.

Pesimismo *

- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro
- Me siento desanimado con respecto al futuro
- Siento que no puedo esperar nada del futuro
- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar

Sensación de fracaso *

- No me siento fracasado
- Siento que he fracasado más que una persona normal
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos
- Siento que como persona soy un fracasado completo

Insatisfacción *

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes
- No disfruto de las cosas como solía hacerlo
- Ya nada me satisface realmente
- Todo me aburre o me desagrada

Culpa *

- No siento ninguna culpa particular
- Me siento culpable buena parte del tiempo
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- Me siento culpable todo el tiempo

Expectativas de castigo *

- No siento que esté siendo castigado
- Siento que puedo estar siendo castigado
- Espero ser castigado
- Siento que estoy siendo castigado

Autoexpresión *

- No me siento decepcionado de mí mismo
- Estoy decepcionado conmigo
- Estoy harto de mí mismo
- Me odio a mí mismo

Autoacusación *

The image shows two screenshots of a Google Forms survey titled "INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE". The survey is displayed in a browser window with the URL docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdUKcnL0m3RjVtXFDMSV9s7uaGPJ8zd10LMIetwDio4100w/viewform?vc=0&c=0&w=1&fir=0. The survey consists of several sections, each with four radio button options.

Autoacusación *

- No me siento peor que otros
- Me critico por mis debilidades o errores
- Me culpo todo el tiempo por mis fallas
- Me culpo por todas las cosas malas que suceden

Ideas suicidas *

- No tengo ninguna idea de matarme
- Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo
- Me gustaría matarme
- Me mataría si tuviera la oportunidad

10. Episodios de llanto *

- No lloro más de lo habitual
- Lloro más que antes
- Ahora lloro todo el tiempo
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera

Irritabilidad *

- No me irrito más ahora que antes
- Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes
- Me siento irritado todo el tiempo
- No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme

Interés social *

- No he perdido interés en otras personas
- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás
- He perdido todo interés en los demás

Indecisión *

- Tomo decisiones como siempre
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones
- Ya no puedo tomar ninguna decisión

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

(2) WhatsApp x INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE x +

docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdUKcnL0m3RjVxTfDMSV9s7uaGPIJ8Zd10LMIetwDio4100w/viewform?vc=0&c=0&w=1&ftr=0

Cambios en la imagen corporal *

- No creo que me vea peor que antes
- Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inactivo (a)
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inactivo (a)
- Creo que me veo horrible

Enlentecimiento *

- Puedo trabajar tan bien como antes
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para empezar a hacer alguna cosa
- No puedo hacer ningún trabajo

Insomnio *

- Puedo dormir tan bien como antes
- No duermo tan bien como antes
- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme
- Me despierto varias más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Windows taskbar: 22:42 7/08/2021

(2) WhatsApp x INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE x +

docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdUKcnL0m3RjVxTfDMSV9s7uaGPIJ8Zd10LMIetwDio4100w/viewform?vc=0&c=0&w=1&ftr=0

Fatigabilidad *

- No me canso más de lo habitual
- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme
- Me canso al hacer cualquier cosa
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa

Pérdida de apetito *

- Mi apetito no ha variado
- Mi apetito no es tan bueno como antes
- Mi apetito es mucho peor que antes
- Ya no tengo nada de apetito

19. Pérdida de peso *

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo
- He perdido más de 2 kilos
- He perdido más de 4 kilos
- He perdido más de 6 kilos

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Windows taskbar: 22:42 7/08/2021

(2) WhatsApp x INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE x +

docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdUKcnL0m3RjVvXTfDMSV9s7uaGPJ8Zd10LMIEtwDio4100w/viewform?vc=0&c=0&w=1&fir=0

Preocupaciones somáticas *

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago y constipación
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más

Interés sexual *

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo
- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- Estoy interesado mucho menos interesado por el sexo que antes
- He perdido por completo mi interés por el sexo

FUNCIONALIDAD FAMILIAR
INSTRUCCIONES
Marca la opción que consideres que se acerque más a tu modo de sentir. No existen respuestas correctas o incorrectas, por eso te agradecemos que respondas con la mayor sinceridad. ¡Gracias por tu participación!

¿Estás contento con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema? *

- Casi nunca

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Windows taskbar: 22:42 7/08/2021

(2) WhatsApp x INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE x +

docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdUKcnL0m3RjVvXTfDMSV9s7uaGPJ8Zd10LMIEtwDio4100w/viewform?vc=0&c=0&w=1&fir=0

¿Estás contento con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema? *

- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre

¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa? *

- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre

¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa? *

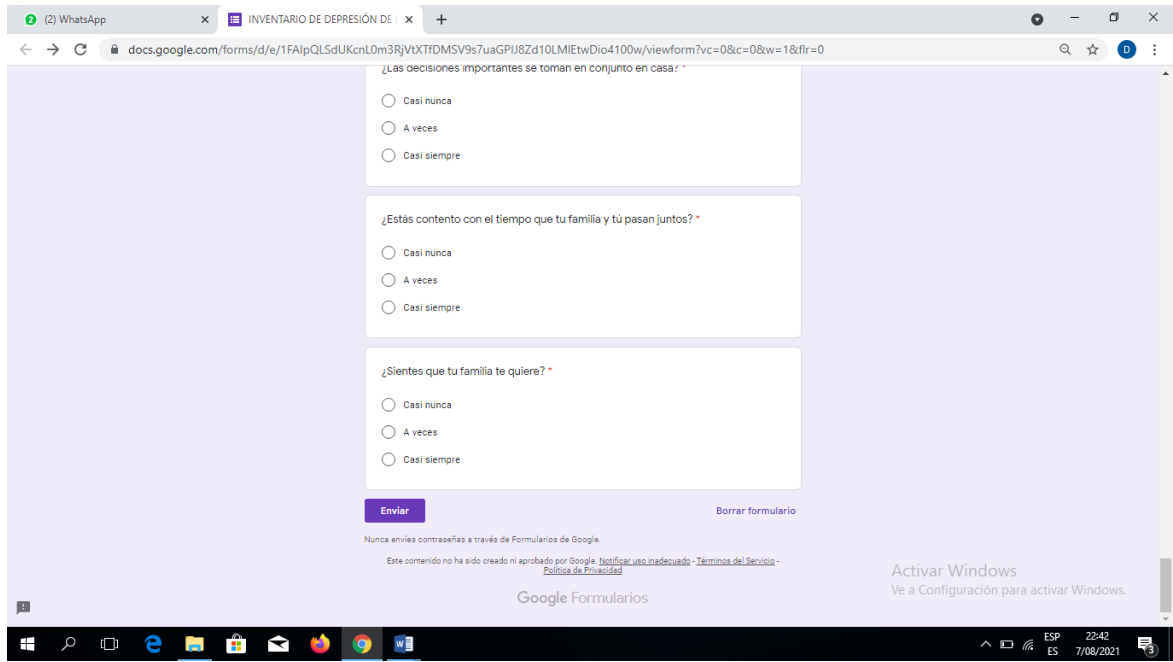
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre

¿Estás contento con el tiempo que tu familia y tú pasan juntos? *

- Casi nunca
- A veces

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Windows taskbar: 22:42 7/08/2021



Anexo 04





UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN" HUÁNUCO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TEMA

Que en atención a lo solicitado y el informe de Conformidad y Originalidad del tema de investigación de parte del señor Asesor, se hace Constar que:

La investigación titulada: "**DEPRESION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL DISTRITO DE ANCHONGA – ANGARAES, 2021**", de la BACH. SANTOYO HUAMÁN, Danai, presenta **ORIGINALIDAD** respecto al tema de investigación.

Se expide la presente CONSTANCIA a solicitud del interesado para los fines pertinentes.

Huánuco, 04 de abril de 2022

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Crisanto Mallqui Cruz'.

Mg. Crisanto Mallqui Cruz
Director (e) Unidad de investigación
Facultad de psicología



UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN" HUÁNUCO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE CONFORMIDAD Y CONTROL ANTIPLAGIO

Que en atención a lo solicitado y el informe de Conformidad y Control Antiplagio realizado por el señor Asesor, se hace Constar que:

La investigación titulada **DEPRESION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL DISTRITO DE ANCHONGA – ANGARAES, 2021**, de la BACH. SANTOYO HUAMÁN, Danai ; presenta un índice de similitud de un 24 % según lo verificado en el reporte del análisis del Software Turnitin. Por lo que se concluye que las coincidencias no exceden el máximo de porcentaje permitido por el programa anti plagio establecido en el Reglamento Específico de Grados y Títulos vigente de la Facultad de Psicología.

Se expide la presente CONSTANCIA a solicitud del recurrente para los fines pertinentes

Huánuco, 04 de abril de 2022

Mg. Crisanto Mallqui Cruz
Director (e) Unidad de investigación
Facultad de psicología



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN – HUANUCO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
DECANATO



RESOLUCIÓN N°334 -2021-UNHEVAL-FAC.PSIC-D

Cayhuayna, 22 de diciembre del 2021

Visto, los documentos presentados para Sustentación de Tesis para los alumnos del PROFI.

CONSIDERANDO:

Que, con Oficio N°326-2021-UNHEVAL/PROFI-C, de fecha 20.DIC.21, la Coordinación del PROFI, solicita, fecha, hora y lugar de sustentación de tesis para los alumnos del CICLO I – 2021.

Que, con Resolución N°190-2021-UNHEVAL-FPSIC-D, de fecha 02.SET.21, se aprueba el Proyecto de Tesis titulado: “**DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL DISTRITO DE ANCHONGA – ANGARAES, 2021**”, de la Bachiller en Psicología SANTOYO HUAMAN, DANAI.

Que, en cumplimiento al Art. 46°, 46.3 y 47° del Reglamento del Programa de Fortalecimiento en Investigación – PROFI, la Decana en uso de sus atribuciones, designa a los Miembros del Jurado de tesis, asimismo, fecha, hora y lugar de sustentación, quedando conformado el Jurado por los siguientes docentes: Dra. LILIA CAMPOS CORNEJO - Presidente, Dra. FLOR AYALA ALBITES - Secretaria, Mg. ENRIQUE CHAVEZ HUAMAN – Vocal, con fecha de sustentación el **30 DE DICIEMBRE DEL 2021, a horas 03.30. p.m. vía virtual.**

Estando a las atribuciones conferidas a la Decana, por la Ley Universitaria 30220 y el Estatuto de la UNHEVAL;

SE RESUELVE:

- 1° **FIJAR**, como fecha de sustentación de la tesis, titulada: “**DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL DISTRITO DE ANCHONGA – ANGARAES, 2021**”, de la Bachiller SANTOYO HUAMAN, DANAI, el día **30 DE DICIEMBRE DEL 2021, a horas 03.30. p.m. vía virtual.**
- 2° **DESIGNAR**, a los Miembros del Jurado para Sustentación de la Tesis, titulada: “**DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL DISTRITO DE ANCHONGA – ANGARAES, 2021**”, como se indica:

• Dra. LILIA CAMPOS CORNEJO	PRESIDENTE
• Dra. FLOR AYALA ALBITES	SECRETARIA
• Mg. ENRIQUE CHAVEZ HUAMAN	VOCAL
- 3° **DISPONER** que los miembros del Jurado cumplan con el Reglamento General de Grados y Títulos, por lo expuesto en los considerandos de la presente resolución.
- 4° **DAR A CONOCER**, la presente Resolución a los miembros del jurado e interesadas.

Regístrese, comuníquese, archívese.



Firmado digitalmente por BERAUN QUIRONES Edith Haydee FAU
 20172383531 hard
 Motivo: Soy el autor del documento
 Fecha: 23.12.2021 12:21:47 -05:00

Dra. Edith Haydee Beraún Quiñones
DECANA

Distribución:
 Jurados (3), PROFI, Archivo



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN -HUANUCO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DECANATO



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL
TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

A los 30 días del mes de diciembre del 2021, siendo las 3:30 p.m, se reunieron en forma virtual, los Miembros integrantes del Jurado Examinador de la Tesis, titulada: “**DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL DISTRITO DE ANCHONGA – ANGARAES, 2021**”, de la Bachiller en Psicología **SANTOYO HUAMÁN, DANAI**, procedieron a dar inicio al acto de sustentación de tesis para el otorgamiento del título de Licenciada en Psicología, siendo los Miembros del Jurado los siguientes:

- | | |
|----------------------------------|------------|
| . Dra. LILIA LUCY CAMPOS CORNEJO | PRESIDENTA |
| . Dra. FLOR MARIA AYALA ALBITES | SECRETARIA |
| . Mg. ENRIQUE CHAVEZ MATOS | VOCAL |

Finalizada la sustentación de la tesis, se procedió a deliberar y verificar la calificación, habiendo obtenido las notas y el resultado siguiente:

GRADUANDOS	1° Miembro	2° Miembro	3° Miembro	Prom. Final
SANTOYO HUAMÁN, DANAI	15	15	15	15

OBSERVACIONES:

.....
 Se da por concluido, el Acto de Sustentación de la Tesis a horas 4:43, en fe de lo cual firmamos.

.....

 PRESIDENTE

.....

 SECRETARIO

.....

 VOCAL

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICA DE PREGRADO

IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos de los autores de la tesis)

Apellidos y Nombres: Santoyo Huamán, Danai.

DNI.: 45553229 **Correo Electrónico:** danaisantoyoh@gmail.com

Teléfono Casa: _____ **Celular:** 945404498 **Oficina:** _____

IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Pregrado
Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud
E.P.: Psicología Humana

Título Profesional obtenido:

Psicología Humana

Título de la tesis:

DEPRESION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL DISTRITO DE ANCHONGA – ANGARAES, 2021.

Tipo de acceso que autoriza(n) el (los) autor (es):

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción de Acceso
X	PÚBLICO	Es público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica más no al texto completo.

Al elegir la opción "Público", a través de la presente autorizo o autorizamos de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya (n) marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el período de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

- () 1 año
- () 2 años
- () 3 años
- () 4 años

Luego del período señalado por usted (es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Fecha de firma: 17 de febrero del 2022

Firma del autor y/o autores:



SANTOYO HUAMAN DANAI

DNI N° 45553229

NOTA BIOGRÁFICA



DANAI SANTOYO HUAMÁN

Nací un 23 de marzo de 1988 en Huancavelica. Mis estudios primarios lo realice en la Institución Educativa Estatal 36002 “Azules” y mis estudios secundarios lo realice en el colegio de mujeres “Francisca Diez Canseco de Castilla”. Mis estudios superiores lo lleve a cabo en la Universidad Alas Peruanas, en la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud – Escuela Profesional de Psicología Humana, en la ciudad de Huancavelica en los periodos de 2011 – 2016, obteniendo el grado de bachiller en Psicología Humana en el año 2017.