

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y
HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE HUMANIDADES

Carrera Profesional de Psicología



**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN LOS ALUMNOS DE 6TO
GRADO DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS EN EL DISTRITO DE
GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, AÑO 2018.**

TESIS

Presentado por:

Bach. Daniela Alejandra Lanchipa Ramos

Tesis para optar el título Profesional de:

Licenciada en Psicología

Tacna- Perú

2019

Dedicatoria:

El presente trabajo se lo dedico a mis padres y hermanos que estuvieron siempre alentando mis logros y siendo el mejor apoyo en mis derrotas, además lo dedico a toda mi familia y a mi tía María Ramos (+) que desde el cielo guió mis pasos hacia el logro de mis metas.

Y a esos seres especiales, que llegan cuando no te lo esperas y sin pensarlo se convierten en personas muy importantes, las cuales te brindan apoyo, amistad y amor incondicional.

Muchas Gracias

Agradecimientos:

Agradezco a la Universidad Privada de Tacna y a mis profesores que confiaron en mí y me enseñaron a mejorar mi formación profesional.

INDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
ÍNDICE DE CONTENIDOS	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	x
Resumen	xi
Abstract	xii
Introducción	13
CAPÍTULO I	15
EL PROBLEMA	15
1. Planteamiento del problema	15
1.1. Formulación del problema	16
1.1.1. Pregunta general	16
1.1.2. Preguntas específicas	17
1.2. Objetivos de la investigación	17
1.2.1. Objetivo general	17
1.2.2. Objetivos específicos	17
1.3. Hipótesis	18
1.3.1. Hipótesis general	18
1.3.2. Hipótesis específicas	18
1.4. Justificación	18
CAPÍTULO II	20
MARCO TEÓRICO	20
2.1. Antecedentes	20
2.1.1. Antecedentes Internacionales	20
2.1.2. Antecedentes Nacionales	23
2.1.3. Antecedentes Locales	25
2.2. Fundamentos Teóricos	28
2.2.1. Funcionalidad Familiar	28
2.2.1.1. Familia	28
2.2.1.2. Funciones de la Familia	30
2.2.1.3. Tipos de Familia	32

2.2.1.4. Modelos actuales de interacción familiar	33
2.2.1.5. Niveles de funcionalidad Familiar	38
2.2.1.6. El adolescente en la familia	40
2.2.2. Depresión	42
2.2.2.1. Definición	42
2.2.2.2. Modelos teóricos y explicativos de la depresión	43
2.2.2.3. Causas y consecuencias de la depresión	44
2.2.2.4. Criterios diagnósticos de la depresión	47
2.2.2.5. Depresión en la adolescencia	53
2.2.2.6. Características de la depresión en la adolescencia	54
2.3. Definiciones básicas	55
2.3.1. Funcionalidad Familiar	55
2.3.2. Adaptabilidad	55
2.3.3. Cooperación	55
2.3.4. Desarrollo	55
2.3.5. Afectividad	55
2.3.6. Capacidad Resolutiva	56
2.3.7. Familia	56
2.3.8. Depresión	56
2.3.9. Disforia	56
2.3.10. Autoestima negativa	56
2.3.11. Adolescencia	57
CAPÍTULO III	58
METODOLOGÍA	58
3.1. Identificación y operacionalización de variables	58
3.1.1. Variable 1: Funcionalidad Familiar	58
3.1.2. Variable 2: Depresión	59
3.2. Tipo y diseño de investigación	60
3.3. Ámbito de investigación	60
3.4. Población y muestra	61
3.5. Técnicas e instrumentos	61
3.5.1. Técnicas	61
3.5.2. Instrumentos	62
3.6. Procedimientos de la investigación	63

3.6.1. Trabajo de campo	63
3.6.2. Procesamiento y análisis de la información	63
CAPÍTULO IV	65
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	65
4.1. Presentación de resultados	65
4.1.1. Resultados de variables sociodemográficas y características	67
4.1.1.1. Edad	67
4.1.1.2. Sexo	68
4.1.1.3. Institución Educativa a la que pertenece	69
4.1.2. Resultados del análisis descriptivo de la variable funcionalidad familiar	71
4.1.3. Resultados del análisis descriptivo de la variable depresión infantil	73
4.1.4. Resultados del análisis descriptivo de la variable funcionalidad familiar y la variable depresión infantil	75
4.2. Contrastación de hipótesis	77
4.2.1. Contrastación de hipótesis específica 1	80
4.2.2. Contrastación de hipótesis específica 2	82
4.2.3. Contrastación de hipótesis específica 3	84
4.2.4. Contrastación de hipótesis general	86
4.3. Discusión	89
CONCLUSIONES	92
RECOMENDACIONES	93
REFERENCIAS	94
ANEXOS	100

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Definiciones de familia citados por Chuquillanqui (2012)	29
Tabla 2. Tipos de familia según Torres & Torres (1998)	32
Tabla 3. Tipos de familia según Rodríguez (2017)	33
Tabla 4. Causas de depresión en adolescentes según Loján (2016)	44
Tabla 5. Operacionalización de la variable funcionalidad familiar	58
Tabla 6. Operacionalización de la variable depresión infantil	59
Tabla 7. Edad de los encuestados	67
Tabla 8. Sexo de los encuestados	68
Tabla 9. Institución Educativa a la que pertenece	69
Tabla 10. Distribución del nivel de funcionalidad familiar en alumnos del 6to grado	71
Tabla 11. Distribución del nivel de depresión infantil en alumnos del 6to grado	73
Tabla 12. Distribución de la variable funcionalidad familiar y depresión infantil en alumnos del 6to grado	75
Tabla 13. Prueba de normalidad según el estadístico Kolmogorov-Smirnov respecto a las dimensiones y variables funcionalidad familiar y depresión infantil	78
Tabla 14. Presentación de la prueba estadística no paramétrica chi cuadrada bondad de ajuste, para una muestra de la variable funcionalidad familiar de los alumnos de 6to grado	80
Tabla 15. Presentación de la prueba estadística no paramétrica chi cuadrada bondad de ajuste, para una muestra de la variable depresión de los alumnos de 6to grado	82
Tabla 16. Presentación de los coeficientes de correlación Tau b de kendall de la variable funcionalidad familiar y depresión de los alumnos de 6to grado	85
Tabla 17. Presentación de los coeficientes de correlación Tau b de kendall de la variable funcionalidad familiar y depresión de los alumnos de 6to grado	87
Tabla 18. Interpretación de la correlación Tau b de kendall	88

Tabla 19. Distribución del nivel de las dimensiones de la variable funcionalidad familiar	104
Tabla 20. Distribución del nivel de funcionalidad familiar en alumnos del 6to grado según sexo y edad.	107
Tabla 21. Distribución del nivel de depresión infantil en alumnos del 6to grado según sexo y edad	111
Tabla 22. Distribución de ítems de la variable depresión infantil - disforia	115
Tabla 23. Distribución de ítems de la variable depresión infantil – autoestima negativa	117

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad	67
Figura 2. Sexo	68
Figura 3. Instituciones Educativas Públicas del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa a la que pertenecen los alumnos encuestados	69
Figura 4. Distribución del nivel de funcionalidad familiar en alumnos del 6to grado	71
Figura 5. Distribución del nivel de depresión infantil en alumnos del 6to grado	73
Figura 6. Distribución de la variable funcionalidad familiar y depresión infantil en alumnos del 6to grado	75
Figura 7. Distribución del nivel de las dimensiones de la variable funcionalidad familiar	105
Figura 8. Distribución del nivel de funcionalidad familiar en alumnos del 6to grado según sexo y edad.	109
Figura 9. Distribución del nivel de depresión infantil en alumnos del 6to grado según sexo y edad	113
Figura 10. Distribución de ítems de la variable depresión infantil - disforia	116
Figura 11. Distribución de ítems de la variable depresión infantil – autoestima negativa	118

Resumen

El objetivo principal de esta investigación es determinar la relación de la funcionalidad familiar y la depresión en los alumnos de 6to grado de Instituciones Educativas públicas en el Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018. Se aplica un tipo de investigación básica por su finalidad y correlacional por el nivel de conocimientos alcanzado. El diseño es no experimental de tipo descriptivo correlacional. La muestra del estudio es una muestra censal, pues se trabaja con todos los miembros de la población, conformada por 452 participantes, entre los 11 y 13 años, de género masculino y femenino, del 6to grado de primaria y pertenecientes a las Instituciones Educativas Públicas del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa. Los instrumentos que se utilizan en la presente investigación son: La Escala de Apgar Familiar y El Cuestionario de Depresión Infantil. Como resultado, se puede afirmar que existe disfunción familiar leve, asimismo existe un nivel mínimo o moderado de depresión en los alumnos de 6to grado de Instituciones Educativas Públicas en el distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018. Se realizó el análisis respectivo para hallar la correlación entre ambas variables, según los estadísticos de prueba no paramétrico Tau b de Kendall $t_b = -0,370$ y P-valor = 0.000. La investigación afirma que existe relación significativa entre funcionalidad familiar y depresión en los alumnos de 6to grado de instituciones educativas públicas en el Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

Palabras clave: Funcionalidad Familiar, Depresión

Abstract

The main objective of this research is to determine the relationship of family functionality and depression in 6th grade students of public educational institutions in the District of Gregorio Albarracín Lanchipa, 2018. A type of basic research is applied for its purpose and correlational by the level of knowledge reached. The design is non-experimental of correlational descriptive type. The study sample is a census sample, since it works with all members of the population, consisting of 452 participants, between 11 and 13 years of age, male and female, of the 6th grade of primary school and belonging to the Public Educational Institutions of the Gregorio Albarracín Lanchipa District. The instruments used in the present investigation are: The Family Apgar Scale and The Infant Depression Questionnaire. As a result, it can be affirmed that there is mild family dysfunction, there is also a minimum or moderate level of depression in the 6th grade students of Public Educational Institutions in the district of Gregorio Albarracín Lanchipa, 2018. The respective analysis was carried out to find the correlation between both variables, according to Kendall tau b nonparametric test statistic $t_b = -0.370$ and P-value = 0.000. The research affirms that there is a significant relationship between family functionality and depression in the 6th grade students of public educational institutions in the Gregorio Albarracín Lanchipa District, 2018.

Keywords: Family Functionality, Depression

Introducción

Desde la antigüedad se ha destacado el rol que cumple la familia en la formación de un nuevo integrante, caracterizándose por brindar soporte emocional, apoyo y educación en valores, lo cual continúa reforzándose en el adolescente, quien vive en permanente cambio y evolución, pues es una etapa crucial en su desarrollo individual y su integración social.

Por este motivo la funcionalidad familiar es importante en el desarrollo del adolescente, dado que le brinda soporte necesario para su desenvolvimiento social e individual; es así que este funcionamiento es la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y mide el grado de satisfacción de las funciones básicas del sistema familiar, así como la adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutiva; que son importantes para las relaciones interpersonales entre ellos y favorecen el mantenimiento de la salud. (Smilkestein, 1978)

Por otro lado, datos registrados en el Perú señalan que el trastorno mental más común que afecta a los adolescentes es la depresión siendo un 20% de atención en niños y adolescentes, además las cifras indican que un 20% o 25% de adolescentes tienen deseos de morir y un 10% o 15% intenta llevar a cabo su intención, teniendo como antecedente el maltrato infantil, el abandono y la falta de apoyo de la familia. (Sausa, 2018)

Es de mucho interés realizar la presente investigación no solo por el contexto psicológico sino también porque contribuye a la explicación del comportamiento de la persona en relación a su entorno familiar o social, lo cual puede influir en su estado de ánimo y valía personal. Es importante mencionar que, hasta la actualidad, se siguen desarrollando varios estudios para poder explicar como sucede esta relación entre la funcionalidad familiar y la depresión infantil; sin embargo aunque se han encontrado resultados positivos, también se han hallado otros no tan

significativos. Es así que en el presente estudio se dará a conocer la investigación teórica como sustento para explicar los resultados hallados.

El presente informe está dividido en cuatro capítulos:

Capítulo I, El problema, en este capítulo se explica el planteamiento y formulación del problema, los objetivos, la justificación; y la formulación de las hipótesis de investigación.

Capítulo II, Marco teórico, se muestran los antecedentes internacionales y nacionales, y se presentan los fundamentos teóricos, estos contenidos constituyen las bases científicas para desarrollar la investigación.

Capítulo III, Metodología de la investigación, se establece la identificación y operacionalización de variables, el tipo y diseño de la investigación, el ámbito del estudio, la población y muestra, las técnicas e instrumentos y los procedimientos de la investigación.

Capítulo IV, Resultados y discusión, está constituido por la presentación del análisis e interpretación de los hallazgos y datos obtenidos por las variables del estudio, la contrastación de hipótesis. Por último se presenta la discusión de los resultados hallados, de esta manera se plantean las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1. Planteamiento del Problema

Según la OMS la depresión es un trastorno mental frecuente en la población y aproximadamente afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, cada año 800 000 personas entre 15 y 29 años se suicidan, siendo esta la segunda causa de muerte. En Latinoamérica, Brasil es considerado como el de mayor prevalencia de depresión con 5,8%, sin embargo, Perú presenta un 4,8 % porcentaje que también es de considerar porque ésta cifra sigue incrementándose; es así que 20 de cada 100 personas sufren de depresión, casi un 60% no obtiene la ayuda que necesita, la edad promedio es de 25 a 35 años de edad y hoy en día a aumentado 30 veces más las probabilidades de atentar contra su vida.

Según la OMS aproximadamente un 3% de la población infantil sufre depresión, lo que corresponde a un 10 a 15 % en las consultas de psiquiatría infantil. En el Perú el trastorno mental más común que afecta a los adolescentes es la depresión siendo un 20% de atención en niños y adolescentes, además las cifras indican que un 20% o 25% de adolescentes tienen deseos de morir y un 10% o 15% intenta llevar a cabo su intención. Asimismo, en los últimos 10 años, las atenciones por salud mental en niños y adolescentes han cambiado, pues se están diagnosticando depresiones en menores de 5 años de edad, pero el índice más elevado se presenta entre los 7 y 8 años. (Vera, 2018).

Según datos del departamento de investigación, docencia y atención en salud mental del Instituto Nacional de Salud del Niño (2014), refieren que son varias las causas o factores que desencadenan la depresión encontrándose entre estas: la separación de la madre en forma precoz, el cambio de domicilio o de escuela, tener padres disfuncionales, el fallecimiento de personas cercanas como abuelos, el bullying entre otros.

Además, se manifiesta que las adolescentes de 10 a 18 años son más propensas a la depresión, debido a la mayor cantidad de factores de riesgo asociados a maltrato infantil, patología familiar y otras causas. (Sausa, 2018)

Por tal motivo es importante el núcleo familiar para el desarrollo del adolescente, porque brinda seguridad, protección, formación y soporte emocional para un óptimo progreso de sus capacidades y habilidades en contextos como el personal, social, familiar y laboral. Entonces es importante investigar si la depresión podría mantener relación con la funcionalidad que presente la familia en la que se desarrolle el adolescente, entendiendo que la estabilidad emocional que transmitan los padres hacia los hijos es de suma importancia.

1.1. Formulación del problema

1.1.1. Pregunta general

¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y depresión en los alumnos de 6to grado de Instituciones Educativas Públicas en el Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018?

1.1.2. Preguntas específicas

¿Cuál es el nivel de funcionalidad familiar de los alumnos de 6to grado de Instituciones Educativas Públicas en el Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018?

¿Cuál es el nivel de depresión en los alumnos de 6to grado de Instituciones Educativas Públicas en el Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018?

¿Cuál es el grado de relación entre el nivel de funcionalidad familiar y el nivel depresión en los alumnos de 6to grado de Instituciones Educativas Públicas en el Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018?

1.2. Objetivos de la investigación

1.2.1. Objetivo general

Establecer la relación entre la funcionalidad familiar y depresión en los alumnos de 6to grado de Instituciones Educativas Públicas en el Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

1.2.2. Objetivos específicos

Determinar el nivel de funcionalidad familiar de los alumnos de 6to grado de Instituciones Educativas Públicas en el Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

Determinar el nivel de depresión en los alumnos de 6to grado de Instituciones Educativas Públicas en el Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

Determinar si existe una relación significativa entre funcionalidad familiar y depresión en los alumnos de 6to grado de Instituciones Educativas Públicas en el Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

1.3. Hipótesis

1.3.1. Hipótesis general

Existe relación entre funcionalidad familiar y depresión en los alumnos de 6to grado de Instituciones Educativas Públicas en el Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

1.3.2. Hipótesis específicas

La disfunción familiar se presenta en un nivel leve en los alumnos de 6to grado de Instituciones Educativas Públicas en el Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

La depresión se presenta en un nivel mínimo o moderado en los alumnos de 6to grado de Instituciones Educativas Públicas en el Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

Existe relación significativa entre funcionalidad familiar y depresión en los alumnos de 6to grado de Instituciones Educativas Públicas en el Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

1.4. Justificación de la investigación

Se decidió llevar a cabo la presente investigación acerca de la relación de la funcionalidad familiar y depresión en los alumnos de 6to grado de Instituciones Educativas públicas en el Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

El impacto teórico se da por los nuevos aportes de la presente investigación a los estudios realizados respecto a la relación entre ambas variables ya mencionadas, considerando que hasta el momento no han sido estudiadas en Tacna; por ello podemos considerar un aporte más a los estudios desarrollados a nivel nacional.

El impacto práctico se da por la nueva información obtenida en la investigación, que contribuirá a la implementación de nuevos programas, talleres y charlas para orientar a la familia y fortalecer el estado emocional y personal del niño o adolescente.

CAPITULO II

EL MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin & Lourdes (2009) realizaron una investigación denominada *La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes*, teniendo por objetivo principal estimar la relación entre la depresión y los conflictos familiares en adolescentes que habitan en comunidades rurales y urbanas del Estado de Tlaxcala en la República Mexicana. Participó una muestra de 342 adolescentes de Tlaxcala cuya media de edad fue de 13,43 años. Los instrumentos empleados fueron la Escala de Clima Familiar (FES) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Los resultados indican que existe una correlación negativa moderada entre la depresión y la cohesión familiar en los participantes. Este antecedente se asemeja al presente estudio en lo siguiente: se trabaja con adolescentes, y una variable es similar. Y se diferencia en que este antecedente utiliza instrumentos diferentes y la segunda variable es diferente al del presente estudio.

Salinas, Alonso, Quintero, Hernández, Molina, Lozada & Agreda (2013) realizaron una investigación denominada *Relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas y privadas. Municipio Libertador. Merida – Venezuela*, teniendo por objetivo principal relacionar el nivel

de depresión y la funcionalidad familiar en adolescentes pertenecientes a una institución educativa pública y una privada. Participaron una muestra de 1082 estudiantes adolescentes, la mayoría entre 14-19 años de edad inscritos en dos instituciones de educación secundaria. Grupo A constituido por 524 alumnos (48,4%) de un instituto público (U.E Rómulo Betancourt). Grupo B 558 alumnos (51.6%) de una institución privada (U.E. Arzobispo Silva) del Municipio libertador de Mérida-Venezuela. Los instrumentos empleados fueron la escala de Graffar modificado para establecer el estrato socioeconómico, escala de Beck para detectar depresión y test de apgar familiar para establecer la funcionalidad familiar. El presente estudio tomó una muestra por conveniencia. Los resultados indican que los adolescentes, no poseen trastornos afectivos tipo depresión, tienen buena adaptabilidad, participación, desarrollo, afectividad y resolución, que se traduce en alta funcionalidad familiar y no existen diferencias estadísticamente significativas al relacionar los niveles de depresión con funcionalidad familiar. Este antecedente se asemeja al presente estudio en lo siguiente: se trabaja con adolescentes, y las variables son las mismas. Y se diferencia en que este antecedente utiliza un instrumento diferente al del presente estudio.

Rivera, A. & Sánchez, S. (2014) realizó una investigación denominada *Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la unidad educativa Herlinda Toral - Cuenca*, teniendo por objetivo principal determinar la disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la unidad educativa Herlinda Toral, Cuenca 2014 - Ecuador. Participó una muestra de 200 adolescentes entre 14 y 18 años de ambos sexos que asisten a la unidad educativa Herlinda Toral. La investigación es de tipo cuantitativa descriptiva. Los instrumentos empleados fueron Apgar familiar y el test de Hamilton. Los resultados indican que un 48,5% presentan relación entre la disfuncionalidad familiar y la depresión, el 50% de adolescentes presentan disfuncionalidad familiar entre las edades de 14 a 16 años, el 65.5% de sexo femenino presentaron disfuncionalidad familiar, el 43.5% de entre 14 a 16 años presentaron depresión y el 60% de sexo femenino presentó depresión en la unidad educativa "Herlinda Toral". Este antecedente se asemeja al presente estudio en lo siguiente: se trabaja con adolescentes, y una variable es similar. Y se diferencia en

que este antecedente utiliza instrumentos diferentes y la segunda variable es diferente al del presente estudio.

Apolo (2017) realizó una investigación denominada *Funcionalidad familiar y su relación con conductas de riesgo en los estudiantes del Colegio Ciudad de Portovelo - Ecuador*, teniendo por objetivo principal determinar la relación entre la funcionalidad familiar y las conductas de riesgo en los estudiantes del Colegio Ciudad de Portovelo. Participó una muestra de 195 estudiantes de 12 a 19 años. Los instrumentos empleados fueron el cuestionario para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas (SCOFF) y el test Apgar familiar. Los resultados indican que no existe relación entre la funcionalidad familiar y el tipo de familia, también se excluyó la relación con el consumo de alcohol y drogas; mientras que si se relaciona con el consumo de tabaco, con tener o no relaciones sexuales, con violencia extrapersonal y autoinflingida y con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Este antecedente se asemeja al presente estudio en lo siguiente: se trabaja con adolescentes, y una variable es similar. Y se diferencia en que este antecedente utiliza instrumentos diferentes y la segunda variable es diferente al del presente estudio.

Díaz, Tirado & Simancas (2017) realizaron una investigación denominada *Validez de constructo y confiabilidad de la APGAR familiar en pacientes odontológicos adultos de Cartagena, Colombia*, teniendo por objetivo principal determinar la validez de constructo y confiabilidad del APGAR familiar en pacientes adultos de Cartagena, Colombia. Participaron una muestra de 227 pacientes adultos, entre 22 y 94 años atendidos en una clínica odontológica universitaria del norte. El instrumento empleado fue la APGAR que indaga el estado de la funcionalidad familiar en los últimos seis meses. El presente estudio tomó una muestra por conveniencia. Los resultados indican que la APGAR familiar en pacientes odontológicos del norte de Colombia muestra ser un instrumento de tamizaje de alta utilidad clínica, excelente consistencia interna pero cuestionable validez de constructo. Este antecedente se asemeja al presente estudio en lo siguiente: se utiliza el mismo instrumento, y una de las variables es la misma. Y se diferencia en que este antecedente trabaja con una población diferente y no se relacionan variables.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Arenas (2009) realizó una investigación denominada Relación entre el funcionamiento familiar y la depresión en adolescentes, teniendo por objetivo principal la relación que tiene la funcionalidad familiar con la ausencia o presencia de depresión en los adolescentes que asisten al departamento de psicología del hospital nacional Hipólito Unanue en el distrito del Agustino en la ciudad de Lima, Perú. Participaron una muestra de 63 adolescentes, entre 12 y 17 años, de ambos sexos pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo. Los instrumentos empleados fueron el cuestionario tetradimensional de depresión (CET-DE) para observar presencia o ausencia de depresión, y la escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III). En presente estudio se tomó una muestra de tipo no probabilística de tipo intencional. Los resultados indican que la relación entre el funcionamiento familiar y la depresión no es estadísticamente significativa debido a que la mayoría de adolescentes no presentaba indicadores de depresión y la percepción de sus niveles de funcionalidad familiar oscila mayormente en rango medio y en segunda instancia en rango balanceado. No obstante, se encontró que, del total de la muestra, el 32% presenta depresión y el 18% percibe a su familia en un rango medio, el 8% en un rango extremo y tan solo un 6% en un rango balanceado. Este antecedente se asemeja al presente estudio en lo siguiente: se trabaja con adolescentes, y las variables son similares. Y se diferencia en que este antecedente utiliza instrumentos diferentes.

Torrel & Delgado (2013) realizaron una investigación denominada Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la i.e. Zarumilla – Tumbes 2013, teniendo por objetivo principal determinar dicha asociación a fin de tener una base científica que nos permita más adelante implementar proyectos de intervención que aborden tal problemática. Participaron una muestra que estuvo conformada por 88 adolescentes de la institución educativa mixta Zarumilla con edades comprendidas entre los 15 y 18 años. Los instrumentos empleados fueron el test de funcionamiento familiar(FFSIL), que consiste en medir el grado de funcionalidad basado en 7 variables y el test de Zung, que es una escala de autoevaluación para la depresión, el cual nos permitió evaluar el nivel de depresión en los alumnos. Los

resultados indican que se estableció la asociación significativa entre el funcionamiento familiar y nivel de depresión en los adolescentes evaluados. Gran porcentaje de los alumnos pertenecientes a familias disfuncionales y severamente disfuncionales acusan depresión ligera y/o moderada. Este antecedente se asemeja al presente estudio en lo siguiente: se trabaja con adolescentes, y ambas variables son iguales. Y se diferencia en que este antecedente utiliza instrumentos diferentes.

Álvarez & Horna (2017) realizó una investigación denominada *Funcionamiento familiar y autoestima en adolescentes de la institución educativa pública San José-La Esperanza. 2016*, teniendo por objetivo principal determinar la relación que existe entre el nivel de funcionamiento familiar y el nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa pública San José, Trujillo - Perú. Participaron una muestra de 128 estudiantes. Los instrumentos empleados fueron la escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar – FASES III de Olson (1985) el Inventario de Autoestima de Coopersmith (1989). Los resultados indican que se encontró relación estadística significativa entre las variables. No obstante, con respecto al funcionamiento familiar, se encontró un 28.9% en nivel balanceado, 32.8% en nivel medio y 38.3% en nivel extremo; con respecto al nivel de autoestima se encontró un 49.2% de adolescentes con autoestima muy alta, 17.2% con autoestima alta, 18.7% con autoestima media, 9.4% con autoestima baja y el 5.5% con autoestima muy baja. Este antecedente se asemeja al presente estudio en lo siguiente: se trabaja con adolescentes, y una variable es similar. Y se diferencia en que este antecedente utiliza instrumentos diferentes.

Cristobal (2017) realizó una investigación denominada *Funcionamiento familiar y la depresión en estudiantes de la institución educativa Héroes de Jactay, Huánuco-2016*, teniendo por objetivo principal conocer la relación entre el clima social familiar y los síntomas depresivos de los estudiantes de la Institución Educativa “Héroes de Jactay” – Huánuco 2016. Participaron una muestra de 282 alumnos de ambos sexos con edades que fluctúan entre los 12 y 17 años. Los instrumentos empleados fueron la Escala del Clima Social Familia y el Inventario de Depresión Infantil. Los resultados obtenidos afirman que existe relación entre clima

social familiar y síntomas depresivos. Este antecedente se asemeja al presente estudio en lo siguiente: se trabaja con adolescentes y las variables son similares. Y se diferencia en que este antecedente utiliza instrumentos diferentes.

Sánchez & Sánchez (2017) realizaron una investigación denominada *Depresión y Funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas secundaria de menores N° 60027 y N° 6010227. San Juan Bautista 2016*, teniendo por objetivo principal determinar la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes de las instituciones educativas públicas de menores N° 60027 y N° 6010227 del distrito de San Juan Bautista durante el año 2016. El estudio fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo, correlacional. Participaron una muestra de 79 estudiantes. Los instrumentos utilizados fueron la “escala de autovaloración de depresión de Zung y el cuestionario Apgar. Los resultados indican que el 17,2% de los adolescentes resultaron con un nivel de depresión leve a moderado y el 14.4% obtuvieron un nivel de depresión moderada a intensa; así mismo se evidencia que el 12,6% presenta funcionalidad normal, el 34.2% disfunción leve, el 32,9% disfunción moderada y el 20,3% con disfunción severa. Por lo tanto se concluye que existe una relación significativa entre los niveles de depresión y la funcionalidad familiar. Este antecedente se asemeja al presente estudio en lo siguiente: se trabaja con adolescentes y variables son las similares. Y se diferencia en que este antecedente utilizó diferentes instrumentos.

2.1.3. Antecedentes Locales

Valverde (2011) realizaron una investigación denominada *Violencia escolar o Bullying relacionado con el Funcionamiento Familiar, adolescentes de la I.E. "Mariscal Cáceres" Tacna - 2011*, teniendo por objetivo principal determinar la relación entre la violencia o bullying con el funcionamiento familiar en adolescentes de la I.E. “Mariscal Cáceres”. El estudio fue de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal prospectivo. Participó una población total 654 alumnos de 1ero a 5to año, la muestra estuvo conformada por 242 alumnos entre varones y mujeres. Los instrumentos utilizados fueron el Test de Funcionamiento familiar de la Cuesta y Escala De Bull Ying (violencia entre pares adaptación de Cajidas y Cols). Los

resultados indican que el nivel de violencia escolar predominante es el moderado (42%), seguido del severo (38%). Por lo tanto, se concluye que existe una relación significativa entre el Bullying y el funcionamiento familiar. Este antecedente se asemeja al presente estudio en lo siguiente: se trabaja con adolescentes y las variables son similares. Y se diferencia en que este antecedente utilizó diferentes instrumentos.

Flores (2013) realizó una investigación denominada Relación del funcionamiento familiar y la autoestima de los estudiantes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna - 2013, teniendo por objetivo principal determinar la relación del funcionamiento familiar y la autoestima de los estudiantes de la I.E. Enrique Paillardelle Tacna, 2013. El estudio fue de tipo no experimental, descriptivo y correlacional, de corte transversal. Participaron una muestra de 120 estudiantes entre varones y mujeres que se obtuvo por muestreo no probabilístico “por conveniencia”. Los instrumentos utilizados fueron el test FF-SIL para funcionamiento familiar y test de habilidades sociales (autoestima). Los resultados indican que el 55,8% de los estudiantes de la I.E. son de familias con riesgo de disfuncionalidad a su vez, presentan autoestima promedio en un 45,8%, y el 23,3% son familias funcionales que presentan autoestima promedio en un 15,8%, mientras que en un 20,8% son familias disfuncionales que presentan autoestima promedio en un 14,2%. Por lo tanto, se concluye a través del estadístico chi cuadrado, que existe relación altamente significativa entre las variables, ($p= 0,00 < 0,05$). Este antecedente se asemeja al presente estudio en lo siguiente: se trabaja con adolescentes y una de las variables es similar. Y se diferencia en que este antecedente utilizó diferentes instrumentos.

Huallpa (2016) realizó una investigación denominada Funcionamiento Familiar relacionado con la conducta agresiva en los adolescentes de la I.E. Gerardo Arias Copaja –Tacna – 2016, teniendo por objetivo principal determinar la relación entre el funcionamiento familiar y conducta agresiva en los adolescentes de la I. E. Gerardo Arias Copaja Tacna – 2016. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional de corte transversal. Participaron una muestra 181 estudiantes de nivel secundario. Los instrumentos que se aplicaron fueron el Test de Funcionamiento Familiar y el Test de Agresividad. Los resultados indican que el tipo de

funcionamiento familiar que predomina y que representa más de mitad del total de estudiantes es “Moderadamente Funcional” con un 55,25%, en conductas agresivas la escala de “Muy agresivo” vemos a los estudiantes de quinto año y tercer año con 6,25% y 6,17%. Por lo tanto se concluye que existe relación significativa entre funcionamiento familiar y conducta agresiva, comprobado mediante la prueba Chi cuadrado. Este antecedente se asemeja al presente estudio en lo siguiente: se trabaja con adolescentes y una de las variables es similar. Y se diferencia en que este antecedente utilizó diferentes instrumentos.

Quispe (2017) realizó una investigación denominada *Relación entre el Bullying y la depresión en los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017*, teniendo por objetivo principal determinar la relación entre el Bullying y la Depresión en los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017. Es un estudio de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal, con abordaje cuantitativo. La población estuvo constituida por 890 adolescentes que cursan del primero al quinto año de educación secundaria, la muestra estuvo conformada por 270 estudiantes entre varones, con edades comprendidas entre los 15 y 18 años. Los instrumentos empleados fueron el Autotest Cisneros y el Inventario de depresión de Beck-II. Los resultados muestran que el 88,2% manifiestan haber sido víctimas de bullying, siendo el 34,2% de la muestra los que han vivido el bullying con mayor intensidad, y las conductas más frecuentes fueron la Coacción y Exclusión - Bloqueo Social. En relación a la presencia de la depresión, se encontró que el 69,3% no presentan depresión. Los resultados indican la existencia de relación positiva con una intensidad de asociación alta. Concluyendo que a mayor nivel de bullying, mayor será la gravedad de la depresión presente en los adolescentes. Este antecedente se asemeja al presente estudio en lo siguiente: se trabaja con adolescentes, y una variable es igual. Y se diferencia en que este antecedente utiliza instrumentos diferentes.

Alfaro (2018) realizó una investigación denominada *Relación de la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar con la ideación suicida en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2018*, teniendo por objetivo principal determinar la relación de la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar con la ideación suicida en

estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna – 2018. El estudio presenta el enfoque cuantitativo, descriptivo correlacional de corte transversal. Participaron de la investigación estudiantes de 1ro a 5to de secundaria de la I.E. Gerardo Arias Copaja con una muestra 208 estudiantes, con edades comprendidas entre 12 y 18 años. Los instrumentos aplicados fueron la Escala de Ideación Suicida de Beck, el test de funcionamiento familiar y la escala de depresión de Birleson modificada para el Perú. Los resultados indican que el 77,9% presentó un nivel bajo de ideación suicida, el 40,4% presentó síntomas depresivos, el 57,7% presentó moderado funcionamiento familiar. El 16,8% son de sexo femenino con alto y medio nivel de ideación suicida, 29,3% son de sexo femenino de familia moderadamente funcional, el 30,3% femenino con síntomas depresivos y depresión. El 42,9% presentan síntomas depresivos e ideación suicida medio y son de familias disfuncionales. Por lo tanto se concluye que existe relación significativa entre el nivel de ideación suicida con la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar. Este antecedente se asemeja al presente estudio en lo siguiente: se trabaja con adolescentes y las variables son las similares. Y se diferencia en que este antecedente utilizó diferentes instrumentos.

2.2. Fundamentos Teóricos

2.2.1. Funcionalidad Familiar

2.2.1.1. Familia

En la presente investigación es importante saber la definición de nuestra primera variable, encontrando diferentes definiciones de familia, siendo las principales las siguientes:

“La familia se concibe como un microorganismo que se puede estudiar en situaciones críticas como: el poder; la intimidad; la autonomía, la confianza y la habilidad para comunicarse; son partes vitales que fundamentan nuestra forma de vivir en el mundo. La vida de la familia depende de la comprensión de los sentimientos y necesidades subyacentes a los acontecimientos familiares cotidianos.” (“La familia según Virginia”, 2013)

Chuquillanqui (2012) cita algunas investigaciones psicológicas realizadas que definen a la familia como el lugar donde el ser humano nace psicológicamente porque ésta ayuda a la formación de autoimagen, valía e identidad personal lo cual configura su personalidad, entre las investigaciones citada tenemos a:

Tabla 01

Definiciones de familia citados por Chuquillanqui (2012)

Autor	Definición
Belarty Ferrer (1999)	“La familia se va formando las expectativas hacia la vida, se desarrolla la afectividad, el estilo de comunicación, la forma de relacionarse con los demás y la capacidad de asumir responsabilidades.”
Condori (2002)	Manifiesta que “la familia es el núcleo fundamental de la sociedad y que sus integrantes se desarrollan mejor cuando comparten y satisfacen sus necesidades básicas en un ambiente de afecto y respeto”.
Fernández (2000)	La familia “es un sistema organizado que tiene finalidades claras: alimentación, adaptación al medio, protección y socialización de sus miembros.”
Condori (2002)	Señala que “la familia como un sistema es un grupo de personas que interactúan entre sí y están comprometidas en definir sus relaciones recíprocas de acuerdo a determinadas reglas”.

Fuente: Elaboración Propia

La funcionalidad es la suma de diversas aportaciones de cada integrante de la familia que producen emociones y generan relaciones duraderas en familia. (Ccoicca, 2015)

La familia funcional tiene la capacidad para recurrir a recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas, resaltando la participación de cada miembro de la familia para tomar decisiones y asumir responsabilidades dentro de la dinámica familiar, logrando madurez emocional en la autorealización de los miembros a través del apoyo y guía mutua, mostrando amor, atención, dedicación, espacio y tiempo a los mismos. (Smilkstein, 1978)

La OMS define al funcionamiento familiar como:

La capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve; dicho de otra manera, el funcionamiento familiar se explica por los distintos procesos del cambio que pueden facilitar y promover la adaptación de la familia a una situación determinada. Por lo general, el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado "familia" y de ahí que sea de suma importancia también para su salud, su modo de vida familiar. (Castillo, 2017, p. 39)

2.2.1.2. Funciones de la Familia.

La familia cumple funciones que se muestran desde la crianza de los hijos hasta que cada miembro de la familia cumpla su desarrollo personal, (“La familia según Virginia”, 2013, citada por Morán, 2015). Entre las principales funciones tenemos:

- **Función de la satisfacción emocional:** Es muy importante el amor para los seres humanos ya que no se puede vivir sin él, éste es aprendido gracias al entorno familiar, se ha verificado que el niño que carece de afecto en su familia llega a tener conflictos en sus relaciones interpersonales con la sociedad.
- **Función psicológica:** refiere a la necesidad de la persona por sentirse querido y poder pertenecer a un grupo social, estas necesidades se fomentan dentro de la familia, por ello los integrantes de la misma deberán fortalecer la seguridad y poder garantizar un óptimo desarrollo.
- **Función asistencial y educativa:** Esta función se les brinda a los niños durante su largo desarrollo. La función educativa es encargada por los padres a la

escuela, sin embargo es de consideración tener en cuenta que la primera educación es dada por la familia quienes tienen el primer contacto.

- **Función social y económica:** refiere que la etapa de integración e interacción es un proceso en el cual la persona se adapta y pasa a ser parte del entorno social, además se encarga de cumplir diferentes funciones que cumplan sus propias expectativas de acuerdo a lo aprendido. Con respecto a la función económica son los padres quienes brindan el sustento económico a través del trabajo.

Ochoa (2015) refiere que la familia cumple algunas funciones que garantizan la supervivencia de cultura de la sociedad, dentro de las cuales tenemos:

- **Desarrollo de la identidad:** Es aquí donde los padres son responsables de reforzar y enseñar sentimientos de valía y conocimientos personal, generando así en los hijos un óptimo nivel de autoestima, esto se verá reflejado por el buen clima familiar, la comunicación y cohesión entre los integrantes de la familia. Por ello la familia cumple un rol importante en la formación del niño y adolescentes ya que la orientación que se les brinde ayudara en su formación conductual, escolar y se fomentara la toma de buenas decisiones para evitar el pandillaje y drogas.
- **Agente de socialización:** La familia es el primer agente de socializador de un nuevo integrante, por tal motivo la familia se encarga de enseñar valores, principios y el entorno cultural que los rodea, sin embargo también consideramos a la familia como agente negativo ya que no brindan una educación basada en normas y los padres actúan de forma permisiva generando malos comportamientos en nuevos integrantes.
- **Agente de protección y apoyo:** se considera a la familia como el grupo de personas que tendrán un vínculo afectivo el cual cumple un rol importante porque fortalece las relaciones interpersonales basadas en sentimientos de apego y amor, brindando protección, orientación, guía constante y generando confianza; sin embargo, hay familias que demuestran un rechazo total a los hijos a través de sus actos y falta de protección.

2.2.1.3. Tipos de Familia. Torres & Torres (1998) citado por Morán (2015) establece algunas formas en las que se da el agrupamiento familiar:

Tabla 02

Tipos de Familia según Torres & Torres (1998)

Tipos	Definición
Extensa patriarcal	<p>o Se caracteriza por estar formado por varias generaciones de la familia donde la muerte de algún miembro fortalece y une en el aspecto tanto económico como en el abastecimiento de suministros que permitan la supervivencia mediante el uso y consumo de los mismos.</p> <p>De acuerdo a las relaciones que mantienen sobresale la jerarquización donde los padres están por encima de sus hijos, los viejos encima de los jóvenes, los mayores por encima de los menores y en la mayoría de casos el papel de subordinada lo cumple la mujer.</p>
Nuclear	<p>Está compuesta por los padres y sus hijos. Esta también se puede dividir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con parientes próximos. Tienen en la misma localidad otros miembros. • Sin parientes próximos. No tienen miembros en la misma localidad. • Numerosa. Formada por los padres y más de dos hijos. • Ampliada. Si en el hogar conviven además otras personas. Esta a su vez se puede subdividir en: Con parientes, si estas personas con las que conviven mantienen un vínculo consanguíneo (abuelos, tíos, etc.). Con agregados, si las personas con la que convive la familia nuclear no mantienen ningún vínculo consanguíneo (huéspedes, servicio, etc.).
Binuclear	Esta se forma después del divorcio, los cónyuges se vuelven a casar y conviven con los hijos de la nueva pareja.
Monoparental	Esta se constituye por un el padre o la madre con sus hijos indistintamente.
Personas sin familia	Esta se forma cuando viven solos tales como los solteros, viudos y los jóvenes independizados, además se incluye al adulto soltero, viudo sin hijos y a los jóvenes emancipados.
Equivalentes familiares	Ese grupo lo conforman las personas que no están dentro de las familias tradicionales, estas pueden ser los grupos religiosos que no viven en su comunidad, parejas estables de homosexuales o lesbianas, grupo de amigos que conviven en una misma localidad.

Fuente: Elaboración Propia

Rodríguez (2017) dentro de la recopilación de su investigación realizada, define los siguientes tipos de familia:

Tabla 03

Tipos de Familia según Rodríguez (2017)

Tipos	Definición
Familia Extensa o Consanguínea	Compuesta por más de una unidad nuclear siempre y cuando vivan bajo un mismo techo, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, hijos, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás.
Familia Monoparental	Constituida por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes, ya sea porque los padres se han separado y los hijos quedan al cuidado de uno de ellos, por lo general la madre, excepcionalmente, se encuentran casos en donde es el hombre el que cumple con esta función; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.
Familia de Madre Soltera	Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones, pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta
Familia de Padres Separados	Familia en la que los padres se encuentran divorciados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad.

Fuente: Elaboración Propia

2.2.1.4. Modelos actuales de Interacción Familiar

Los modelos de interacción familiar se desarrollan gracias a la repetición de los diferentes tipos de interacción, los cuales indican el nivel de comunicación que existe entre los miembros de una familia. Estos suceden la mayor parte del tiempo entre padres e hijos, donde

los padres aplican correctivos ante una mala conducta, el hijo considera insoportables las injerencias paternas y reacciona rebelándose y rechazando las indicaciones, por lo tanto los padres tendrán que intervenir correctamente, lo que seguirá causando mayor rebeldía del hijo. (Nardone, Giannotti & Rocchi, 2003, p. 44)

A continuación, mencionaremos los modelos de interacción familiar que consideran dichos autores:

La familia hiperprotector: Esta familia se caracteriza por brindar protección de forma desmedida y cerrada sobre los hijos a quienes consideran no aptos para realizar o cumplir determinada actividad, prevalece la sustitución de los adultos sobre los jóvenes intentando hacer su vida fácil y eliminar sus dificultades, hasta tomar el lugar del hijo. Hoy en día muchos de los adolescentes o jóvenes adultos que suelen ser problemáticos, detectados en la escuela o por los padres, suelen tener como base primordial un clima familiar y social hiperprotector.

En algunas de las modalidades comunicativas, encontramos redundancias como: la protección, las palabras y gestos que demuestran amor, su modalidad no verbal más relevante es intervenir inmediatamente ante una dificultad del hijo. Los padres suelen realizar un exceso de preguntas sobre lo que realiza el hijo para intervenir o prevenir; el objetivo de iniciar una conversación es por preocupación en diferentes aspectos de su vida como salud, educación o socialización

La relación entre los integrantes de la familia suelen ser de tipo complementario, es decir los padres toman el lugar de superior y el hijo de inferior, por ende cuando el hijo desea actuar de forma voluntaria es desalentado por los padres.

La familia democrático - permisivo: se caracteriza por la ausencia de jerarquías, donde padre e hijo son amigos y no existe autoridad; además no se delimitan las funciones. Dentro de las características más comunes en la presente familia destaca el realizar las actividades por convencimiento propio dado por el diálogo, donde las reglas se pactan y hay un contrato sin variaciones con el fin de que

se busque la armonía y ausencia de conflictos, sin embargo si se aproxima un conflicto en la pareja la flexibilidad de una de las partes se puede convertir en sumisión para evitar la aparición de la agresividad, cada miembro de la familia tiene los mismos derechos. Con la llegada de un nuevo integrante en la familia, la pareja recurrirá al sometimiento a su hijo ya que ha funcionado entre pareja.

Las modalidades comunicativas que encontramos son la comunicación democrática en pareja sea en relación con la fuerza contractual o para compartir premisas y no traspasarse sin ser adaptado en el nuevo contexto de la familia con hijos ya que perdería su connotación democrática para convertirse simplemente en estilo permisivo. En estas familias se admiten a los hijos como si fuesen adultos.

La relación entre los integrantes de esta familia, destaca el diálogo y los acuerdos pero sin una jerarquía definida. Los padres se vuelven confidentes y cómplices cuando es posible; y se comportan más como amigos de los hijos que como guías con autoridad. Además carece la distribución de tareas en casa lo cual conlleva a una tolerancia excesiva cuando no se cumplen algunas labores asignadas. Estos padres son tolerantes en relación con el comportamiento de su núcleo familiar como hiper-críticos respecto a los comportamientos de otros núcleos familiares.

La familia sacrificante, se caracteriza por el constante sacrificio de los padres para brindarle lo mejor a los hijos y que éste sea recíproco, dejando de lado los deseos personales, lo cual causa insatisfacción. Desde inicios la pareja considera esta consigna sobre el sacrificio, para mantenerse estable donde aparentemente uno toma la posición de inferioridad (el altruista) y el otro la posición de superioridad (el egoísta) quien puede gozar de los beneficios del sacrificio del otro; además existe una constante competencia para saber quién se sacrifica más y se renuncia a tener una vida placentera.

Las modalidades comunicativas que encontramos giran siempre entorno a que el deber de los padres es sacrificarse; el sacrificio y el deber son términos que siempre están presentes. También se muestra la desilusión de algunas de las partes porque su sacrificio es por el bien común y se priva de diferentes momentos, sin embargo a la vez resalta su comportamiento llegando a convertirse en una víctima.

Por otro lado los hijos intentan que los padres acepten su diferente visión del mundo y de la vida, y les exhortan a divertirse más, a salir, a viajar, pero los padres responden que si los hijos quieren seguir vestidos a la moda, continuar sus estudios, tener su propio coche, etc., ellos tienen que continuar sacrificándose y dejar de hacer muchas cosas.

La relación entre los integrantes de la familia generan comportamientos como el egoísmo y el altruismo insano, este último construye interacciones sociales que se basan en que algunos dan y otros cogen. Las relaciones son a menudo asimétricas, con los hijos ésta se basa a menudo en el altruismo insano por el que los padres dan sin que se les pida; si su sacrificio no es apreciado se lamentan, se enfadan y tachan a los hijos de desagradecidos, o bien imponen inquietantes silencios.

La familia intermitente, se caracteriza por oscilar de un modelo al otro equívoco. Destaca por que los miembros de la familia asumen diferentes posiciones constantemente dejando de ser coherentes respecto a un modelo, están connotados por una ambivalencia constante. Por ejemplo, el padre puede alternar posiciones de hiperprotección seguidas de conductas democrático-permisivas, para después asumir el papel de víctima sacrificante. Aun cuando pueda parecer extraño, este modelo de relaciones familiares es el más frecuente y el motivo es porque la sociedad se encuentra en constante evolución buscando mejores estrategias para brindar y hacer lo mejor.

Dentro de las modalidades comunicativas y relacionales tenemos a dos tipos de interacción cotidianas donde los padres pasan de tener una actitud dura e intransigente a ser blandos y permisivos en el día a día con sus hijos.

Por otro lado, los hijos se comportan de forma contradictoria siendo obedientes y buenos hijos, o por el contrario tomando actitudes negativas y siendo irresponsables. Esto suele ocurrir cuando padres o hijos son incapaces de mantener una sola posición.

La familia delegante, muestra la falta de interés de los padres por cuidar a sus hijos y encargan a otras personas para que cumplan su rol. Desde el inicio la pareja

no desarrolla un sistema autónomo de vida, en un clima de plena libertad, sino que se inserta en un contexto de relaciones familiares fuertemente estructurado: el de la familia de origen de uno de los dos cónyuges. Los hijos, en efecto, se encontrarán en la necesidad de adoptar continuos pactos si quieren organizarse y mantener la convivencia. La situación les lleva, por una parte, a disfrutar de unos beneficios y, por la otra, a aceptar compromisos. En efecto, por agradecimiento o comodidad, la pareja continuará aceptando el modo de vida de la familia de origen, que difícilmente se cambiará. En estas familias la manera que parece más sencilla para mantener el equilibrio y la paz es la de dar el timón a la suegra/madre, tanto para la organización de la casa como para el cuidado de los nietos, esta actitud de delegar a alguien más el cuidado de sus hijos parece cómodo hasta que los hijos crecen y requieren de necesidades diferentes.

En las modalidades comunicativas, a menudo son los mensajes no verbales que contradicen a los verbales ya que no ayudan a mantener tranquilidad y armonía en familia. Pueden aparecer, tanto en los adultos como en los niños y en los adolescentes, intentos de esconder hechos, ideas, o sentimientos, con mutismos y finalmente mentiras.

La relación entre los integrantes de la familia genera una confusión entre hijos y nietos, lo cual crea una complicidad entre los nuevos padres y los hijos, sin embargo, se rompe en ausencia de los abuelos, con la pretensión de colocar a la última generación en el peldaño más bajo que le corresponde. En las relaciones con los nietos, los abuelos pueden sentirse particularmente responsables en cuanto se refiere a la incolumidad física y tienden a expresar su ansiedad-miedo respecto a nuevas experiencias en ausencia de los padres. Continuarán comportándose con los adolescentes de forma protectora como cuando eran niños lo cual conlleva al malhumor y tensión en la relación de los abuelos y adolescentes con formas de falta de respeto. Los padres, con la coartada de la presencia de los abuelos, pueden tender a estar poco presentes para evitar continuas discusiones y delegar la educación a los padres/suegros.

La familia autoritaria, ésta se caracteriza por que uno de los padres o ambos ejercen el poder sobre los hijos de forma decidida y rígida en la dinámica familiar. El

adulto daba las reglas, imponía la disciplina y se presentaba como modelo ejemplar a imitar. A pesar de que parece un modelo un tanto a contra corriente y superado, hay familias que todavía se inspiran en él. Los hijos no tienen voz y aceptan los dictámenes impuestos por los padres, se les desanima y obstaculiza a seguir las modas o las diversiones del momento, se les alienta en el estudio y en la adquisición de habilidades y competencias con las que puedan obtener éxitos y afirmaciones personales.

Las modalidades comunicativas están fijadas en que el padre es el único que tiene poder, el clima familiar es tenso por que los integrantes están a la expectativa de lo que dice o hace para evitar que se moleste y se muestre violento; sin embargo, en su ausencia el clima se muestra más tranquilo entre la madre e hijos. La familia autoritaria además tiende a entablar conversaciones, en las cuales la madre puede ser mediadora y explicar al padre sobre un tema específico o de lo contrario formar parte de los hijos como víctima. Los hijos adolescentes cuando intentan contrastar las normas vigentes de casa, difícilmente tienen éxito por lo que se crearán barreras comunicativas generando rebeldía o finalmente obedecerán las premisas desarrollando sufrimiento.

La relación entre los integrantes de la familia tienen en claro la jerarquía del padre dominante y los demás integrantes de la familia en posición de vasallaje; la madre puede tomar el papel de mediadora y finalmente si el hijo asume la misma posición y valores de los padres completando una relación de reglas rígidas y roles que se deben respetar; sin embargo si el hijo se rebela pueden existir enfrentamientos que llegaran a ser violentos y si la madre apoya al hijo las discusiones serán más intensas ya que el padre creerá que la esposa le está traicionando lo cual genera una mala relación entre padre e hijo.

2.2.1.5. Niveles de Funcionalidad Familiar.

La funcionalidad familiar se presenta en niveles los cuales se presentan a continuación según (Smilkstein, 1978 citado por Rodríguez, 2007):

Funcionalidad Normal, se caracteriza por su capacidad para cubrir necesidades de cada miembro de la familia, como el afecto, apoyo en situaciones de crisis, y en el proceso de adaptación a los nuevos cambios.

Disfunción Familiar, se caracteriza por falta de recursos en la familia cuando es necesario mejorar la relación entre los miembros. La cual se divide en tres: Disfunción Leve, Disfunción Moderada y Disfunción severa.

Disfunción Leve, resalta falta de comprensión y empatía hacia algunos de los miembros, mientras que a otros ésta es extrema. Además, escasa participación y compañía de los padres en eventos sociales.

Disfunción Moderada, se presenta cuando existe miedo a los padres, además cuando no hay igualdad y existen los hijos favoritos dejando de lado a otro lo cual genera celos entre hermanos.

Disfunción Severa, se verá reflejada porque se cruzan los límites del respeto hacia los integrantes de la familia.

Smilkstein y colaboradores en 1978, crearon el test APGAR familiar, para medir la percepción del funcionamiento familiar y con ello trabajar un programa de intervención familiar. Dentro de los cuales utiliza 5 criterios para medir el funcionamiento familiar

Adaptabilidad: Se resalta a través de como la familia recurre a diferentes recursos para resolver situaciones de crisis.

Cooperación: Se evalúa la capacidad de compartir y resolver problemas, a través de la comunicación en familia para buscar la solución.

Desarrollo: Se refleja en cómo se aprende y supera cada etapa de la familia, formando la individualización de cada uno en forma madura

Afectividad: Se demuestra a través del cariño y preocupación que se tiene para cada miembro de la familia a través de emociones.

Capacidad Resolutiva: La capacidad de aplicar los elementos anteriores para compartir el tiempo y recursos con cada miembro de la familia.

2.2.1.6.El adolescente en la familia

La OMS refiere que la adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, caracterizado por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios.

La adolescencia es una etapa de notable importancia en la vida del ser humano, es un período que se inicia con los cambios puberales y se caracteriza por grandes transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. Este periodo finaliza con la adquisición de la madurez física, emocional, vocacional, laboral y económica de la adultez.

En la adolescencia el cuerpo se modifica, las funciones se tornan más complejas y se logra la capacidad de reproducción; se desarrolla el pensamiento abstracto y la posibilidad de proyectarse hacia el futuro y valorar las consecuencias de sus actos; cada individuo participa en una experiencia de descubrimiento personal y en el establecimiento de una identidad. La integración de principios y valores morales, el respeto a sí mismo y a los demás, a la naturaleza, así como la adopción de prácticas religiosas, contribuyen al desarrollo espiritual. (OMS, 2016)

La adolescencia, es una etapa compleja y dentro de ese rango cronológico el desarrollo es diferente en cada adolescente, por lo que se han propuesto las fases siguientes:

- Adolescencia temprana. Entre los 10 y 14 años.
- Adolescencia tardía. Entre 15 y 19 años.

La adolescencia es un periodo de oportunidades y cambios durante el cual se desarrolla las capacidades para aprender, experimentar, utilizar el pensamiento crítico, expresar su libertad creativa y participar en procesos sociales y políticos, por lo que asegurar el pleno desarrollo de estas capacidades debe ser una prioridad. (UNICEF, 2015)

Las vivencias positivas de la infancia contribuyen a facilitar el desarrollo en esta etapa, cumpliendo un papel fundamental la familia. Las instituciones en donde se desenvuelven como la escuela, club, iglesia e incluso la misma calle, dejan su huella favoreciendo o deteriorando el desarrollo individual. (Apolo, 2017)

El adolescente inmerso en la familia vive la influencia de los problemas económicos y sociales que atañen a su familia, por ello la importancia de que la familia sea capaz de adaptarse a los cambios, de mantenerse cohesionada a pesar de ello y de tener la comunicación como el instrumento más importante dentro de su funcionalidad.

La Organización de las Naciones Unidas (2003), en la Sesión Especial por la Infancia, en el art. N° 15, refiere lo siguiente: "La familia es la unidad básica de la sociedad y, como tal, debe reforzarse. La familia tiene derecho a recibir una protección y apoyo completo. La responsabilidad primordial de la protección, la educación y el desarrollo de los niños incumbe a la familia".

Los diferentes procesos de crianza y de sociabilización impactan en el desarrollo infantil y del adolescente; de la familia, depende la elección de la escuela primaria, y tanto hogar como escuela influirán en la elección de los grupos sociales en la adolescencia.

Se ha observado, que la carencia de diálogo en el hogar y la violencia se asocian a mayor depresión, baja autoestima, falta de proyectos en la adolescencia y, por lo tanto, a mayor probabilidad de conductas de riesgo.

La familia ha experimentado cambios, ha perdido jerarquía, ya no es la más importante y única fuente de transmisión de valores a los hijos y los cambios en cuanto a las relaciones padre-madre (cuando existen ambos) y las relaciones padre-hijos, madre-hijos, sobre la demanda de una mayor relación entre los miembros y la responsabilidad por la crianza y las normas familiares influyen en que los límites que se establecen sean más confusos y frágiles, lo cual repercute negativamente sobre el desarrollo psicosocial de los adolescentes.

Según Apolo (2017), el vínculo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca cambios en los otros, los problemas que puedan originarse son debido a deficiencias en la interacción familiar es decir a la disfuncionalidad de la familia como sistema afectando no solamente a uno de sus miembros sino a todos.

Para Ccoicca (2015) la familia es uno de los elementos más relevantes e influyente dentro del factor sociocultural del niño, modelo de actitud, disciplina, conducta y de comportamiento, de no cumplir su función puede fomentar en el niño conducta agresiva.

2.2.2. Depresión

2.2.2.1. Definición.

Según la OMS, la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza 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. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

2.2.2.2. Modelos teóricos y explicativos de la depresión

Arenas (2009) describe brevemente los siguientes modelos explicativos:

Modelo psicodinámico: Este refiere que en la antigua Grecia comenzaron diferentes investigaciones sobre la depresión, donde Hipócrates toma en cuenta que la persona reprimida se asocia a la melancolía, luego de un tiempo Freud comenta la diferencia de una pérdida consciente que es real y evidencia duelo, y la pérdida inconsciente relacionada con la melancolía. En conclusión, la melancolía resulta del cruce entre el proceso del duelo y el proceso de la regresión.

El intento de suicidio es en consecuencia explicable para Freud en el contexto del sadismo, como un retorno de la carga de objeto hacia sí, lo que le hace posible tratarse a sí mismo como objeto. Además, pudo identificar que la base de la depresión era la baja autoestima y la patología del narcisismo.

Modelo cognitivo: Beck se apoyó en el enfoque clínico y experimental que facilitó el desarrollo del modelo y el estilo de la terapia, basándose en tres conceptos psicológicos que explican la depresión (p. 43):

- Concepto de triada cognitiva: Son tres patrones que influyen en la percepción de sí mismo, la percepción del futuro y de la experiencia propia, haciendo que la visión sea pesimista y negativa. Esto ocasiona en el individuo signos físicos como la apatía, el desganado y los refuerza a adoptar una conducta negativa.
- Organización estructural del pensamiento depresivo: Cada persona tiene patrones cognitivos estables para interpretar las situaciones que se presenten, en el caso de los depresivos se distorsionan los conceptos y crean esquemas inadecuados e incluso llegan a ser dominantes.
- Errores en el procesamiento de información: Los errores sistemáticos en el pensamiento del deprimido hacen que valide sus conceptos negativos y son: La interferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización y pensamiento absolutista.

Modelo de procesamiento de información: Presenta un estilo cognitivo e indica que la influencia va en doble sentido puesto que las emociones también pueden perturbar la cognición en la memoria, toma de decisiones, etc.

Ruíz & Gonzales (1996) citado por Arenas (2009) estudiaron la relación entre la depresión, memoria implícita y el procesamiento de información llegando a la aproximación de que existe mayor tendencia entre el estado de ánimo y la memoria explícita, es decir que el estado de ánimo será acorde a las experiencias aprendidas. Un caso de depresión puede ser visto como un trastorno, un tipo de personalidad, una manera de interpretar el mundo, una secuencia de acciones reforzadas o una resultante de un sistema de fuerzas en interacción. De igual manera el paciente y terapeuta tiene múltiples opciones para abordar su problemática. (p. 44)

2.2.2.3.Causas y consecuencias de la depresión.

Causas

Según Sánchez & Sánchez (2017) refiere que una de las causas puede ser el resultado de diferentes factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos. Además, algunos tipos de depresión pueden darse de generación en generación y otros sin tener antecedentes familiares.

Diferentes investigaciones refieren que también se puede desarrollar depresión por influencia de genes que se interconectan con factores sociales, ambientales u otros como la pérdida de un ser querido, relación amorosa conflictiva.

Según Loján (2016), las causas comunes de depresión en adolescentes son:

Tabla 04

Causas de depresión en adolescentes según Loján (2016)

Perspectiva	Definición
Biológicas	Se presenta por la influencia hormonal y enfermedades crónicas
Psicológica	Puede desarrollarse por la alta inestabilidad emocional en esta etapa, sentimientos de inferioridad de rechazo o abandono, lo cual genera un

	estado de ánimo triste o irritable de forma persistente acompañado de sentimientos de inutilidad o de culpa.
Sociales	Se puede dar por el bullying o maltrato escolar, el fracaso en los estudios, ruptura con los amigos o con la pareja, falta de habilidades de socialización y comunicación lo cual genera dificultad en las relaciones interpersonales.
Familiares	Como los conflictos con los padres, familias disfuncionales, violencia familiar y también antecedentes familiares de depresión.

Fuente: Elaboración Propia

Según la Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el niño y adolescente (2009, pp. 47-50), se pueden encontrar las siguientes causas:

- **Biológicas:** se incrementan los niveles de cortisol y de hidrocortisona, los cuales predicen el comienzo de la depresión en subgrupos de adolescentes con riesgos psicosociales elevados de presentarla, también aparecen alteraciones de los niveles de hormona del crecimiento, prolactina y cortisol en jóvenes con riesgo de depresión
- **Psicológicas:** La presencia de síntomas depresivos, como anhedonia o pensamientos de muerte, incrementan de forma significativa el riesgo de presentar depresión mayor en niños y adolescentes. Además de aquellos niños y adolescentes con discapacidades físicas o de aprendizaje, déficit de atención, hiperactividad o alteraciones de conducta, también tienen un mayor riesgo de depresión.
- **Sociales:** Otros factores también asociados con un número mayor de síntomas depresivos son el vivir en estructuras familiares diferentes de las de los padres biológicos, problemas de salud en los adolescentes, o una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja. No parece existir asociación entre vivir en el medio rural o urbano. El acoso por parte de iguales o bullying y la humillación (como el trato degradante, la burla delante de otros o el sentirse ignorado) son también factores de riesgo de depresión. Deberían considerarse niños y adolescentes con riesgo elevado de presentar trastornos mentales, incluida la depresión, aquellos sin hogar, los internos en centros de

acogida, refugiados y aquellos con antecedentes de delincuencia, especialmente los reclusos en instituciones de seguridad, por último, la adicción a la nicotina, el abuso de alcohol o el consumir drogas ilícitas son considerados también factores de riesgo asociados con la depresión.

- Familiares: Se ha visto que los hijos de padres con depresión presentan una probabilidad entre tres y cuatro veces mayor de desarrollar trastornos del humor, y en concreto, la psicopatología materna se considera un predictor de depresión en el niño. El alcoholismo familiar, el contexto familiar en el que vive el niño o el adolescente parece jugar un papel trascendental también se ha asociado a una mayor probabilidad del desarrollo de depresión. Son también factores de riesgo asociados con la depresión, las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o separación conflictivos de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo. El trabajo de los padres fuera de casa, ingresos económicos bajos o vivir en áreas desfavorecidas, si ocurren de forma independiente, no parecen presentar una fuerte asociación con el desarrollo de depresión en los niños o adolescentes.

Consecuencias

Sánchez y Sánchez (2017) refieren que las consecuencias están relacionadas al estado emocional o físico de la persona, es por ello que pierden la motivación para realizar algo determinado o vivir en la desesperanza, y en casos más graves la persona puede tener un intento de suicidio.

La depresión trae como consecuencia una afección física como dolores de cabeza, cansancio y algunos efectos secundarios ante el consumo de antidepresivos, y cuando se inicia un tratamiento se asocian enfermedades, infecciones y probables problemas cardiovasculares a consecuencia del debilitamiento inmune. (Sánchez y Sánchez, 2017)

Sin embargo luego de superar una depresión se aprende a disfrutar más de la vida y ser más felices; sin olvidarnos de la nueva oportunidad para surgir con más fuerza. (Sánchez y Sánchez, 2017)

Según Loján (2016), algunas de las consecuencias son que los adolescentes optan por el consumo de sustancias, dedicarse al vandalismo, la delincuencia y en el caso más grave sería el suicidio. Además tiene gran impacto sobre el crecimiento, desarrollo personal, rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales se ven afectadas.

Por otra parte, los trastornos depresivos se encuentran asociados con abuso de alcohol y drogas, promiscuidad sexual, conductas delictivas y con aumento de la violencia y de la agresividad, así como de trastornos de la conducta alimentaria, por lo que la depresión en la adolescencia, además del propio coste personal, puede conllevar un grave coste social. (Loján, 2016)

La depresión mayor es además uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes. Así, según las estimaciones de la OMS, el suicidio es la cuarta causa de fallecimiento en el tramo de edad de 15-44 años. A nivel mundial, uno de los datos más preocupantes es el aumento del suicidio en edades jóvenes, sobre todo varones.

2.2.2.4. Criterios diagnósticos de depresión.

Los criterios de diagnósticos más usados para el ámbito clínico como en investigaciones son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedad y problemas Relacionados con la salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM)

Según los principales manuales de Diagnóstico en Salud Mental tenemos los siguientes criterios.

Criterios Diagnósticos Según la DSM V

- Trastorno de depresión mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

- Trastorno depresivo persistente (distimia)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnias.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.

6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años, pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

- Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas suficientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.

- (2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
- (3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días.
- (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- (5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- (7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo)
- (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas)
- (9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- A. Los síntomas causan malestar significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- B. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- C. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- D. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Criterios Diagnósticos Según la CIE – 10

La CIE-10 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30- F39).

La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

- F32.0 Episodio depresivo leve

- F32.1 Episodio depresivo moderado
 - F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
 - F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
 - F32.8 Otros episodios depresivos
 - F32.9 Episodio depresivo, no especificado En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión:
 - ánimo depresivo
 - pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar
 - aumento de la fatigabilidad
-
- Criterios diagnósticos de un episodio depresivo
- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
 - B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico
 - C. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos” tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos.
- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
 - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
 - Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
 - Empeoramiento matutino del humor depresivo
 - Presencia de enlentecimiento motor o agitación
 - Pérdida marcada del apetito
 - Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
 - Notable disminución del interés sexual

2.2.2.5. Depresión en la adolescencia

Callabed y cols. (1997) citado por Cristobal (2017) señalan, luego de diversas investigaciones, que la depresión en adolescentes puede ser un estado de ánimo negativo, que varía cualitativa y cuantitativamente, que se presenta en los adolescentes normales, así como también puede ser síntoma de un trastorno en pacientes psiquiátricos. La depresión en el adolescente puede ser el resultado de rupturas amorosas, estrés, etapa de maduración, además de fracaso escolar.

Además se encontró resultados referentes a depresión los cuales refieren que las adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los varones. Entre los factores de riesgo se encuentran eventos de la vida generadores de estrés, en particular la pérdida de un padre por muerte o por divorcio, maltrato infantil (físico y/o sexual), atención inestable, falta de habilidades sociales, enfermedad crónica y antecedentes familiares de depresión. Es importante reconocer que el diagnóstico de depresión en adolescentes puede ser difícil por constantes variaciones del estado de ánimo.

Beck y Burns (1978) citado por Arenas (2009) investigan sobre la depresión y descubren que los niños y adolescentes deprimidos tienen baja autoestima, tienden a la autocrítica, se sienten desgraciados, cobijan ideas de suicidio, pesimismo del futuro, van perdiendo la capacidad de decidir y de esperanza, se aíslan y pierden la oportunidad de recibir estímulos positivos. Añadido a esto la probabilidad aumentará si la familia se convierte en un factor de riesgo.

Los antecedentes familiares serán importantes por el aspecto genético, social y ambiental, ya que la misma proporcionará el soporte emocional y apoyo para todo tipo de crisis que pueda vivir el adolescente generando así una funcionalidad familiar óptima para el desarrollo del mismo.

Sánchez & Sánchez (2017) refieren que la depresión en los adolescentes se presenta en un momento de grandes cambios personales, cuando hombres y mujeres están definiendo una identidad distinta a la de sus padres, lidiando con asuntos de género y su sexualidad emergente, y tomando decisiones por primera vez en sus

vidas. La depresión en la adolescencia a menudo coexiste con otros trastornos tales como ansiedad, comportamiento perturbador, trastornos alimenticios, o abuso de sustancias. También puede conducir a un aumento en el riesgo de suicidio.

Algunos adolescentes no saben a dónde ir para obtener tratamiento de salud mental o piensan que el tratamiento no les ayudará. Otros no reciben ayuda porque creen que los síntomas de depresión pueden ser sólo parte de la tensión típica de la escuela o de ser un adolescente. (U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. 2015)

Un estudio clínico financiado por el NIMH que abarcó a 439 adolescentes con depresión grave descubrió que una combinación de medicación y psicoterapia era la opción de tratamiento más efectiva. Otras investigaciones financiadas por el NIMH están desarrollando y probando maneras de prevenir el suicidio en niños y adolescentes, incluyendo diagnóstico, tratamiento temprano y un mejor entendimiento del pensamiento suicida.

2.2.2.6. Características de la depresión en la adolescencia.

Párraga (2016) comenta que los diferentes cambios del adolescente están relacionados con trastornos como la depresión mayor y existen diversas investigaciones al respecto por los casos de suicidios, intentos de suicidios y conductas relacionadas con el desequilibrio emocional.

Según Loján (2016), los síntomas en un adolescente deprimido son físico-emocionales asociados como:

Ansiedad, nerviosismo, alteraciones en el sueño, alteración del apetito y peso corporal, además de presentar baja autoestima, sentimiento de culpa, tristeza o irritabilidad prolongada que pueden llevar a ideas de autoeliminación, pérdida de energía e interés en actividades habituales (que antes causaban placer), quejas frecuentes de síntomas físicos, tales como: los dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional del adolescente.

En el ámbito educativo suelen presentar deterioro en el desempeño escolar, dificultad para concentrarse, sentimientos de fracaso; finalmente en el entorno social presentarán poca tolerancia a elogios o premios, y pueden llegar al uso y abuso de drogas o de bebidas alcohólicas.

Los síntomas varían mucho entre las personas y, a veces, la depresión puede ocultarse detrás de una cara feliz, no hay que ignorar las señales de advertencia; hay que escuchar atentamente cuando un amigo o familiar comente que está deprimido, la persona puede estar diciendo que él o ella necesitan ayuda.

2.3. DEFINICIONES BÁSICAS

2.3.1. Funcionalidad Familiar

Vivanco (2017) refiere:

Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante. (p. 13)

2.3.2. Adaptabilidad: Se resalta a través de cómo la familia recurre a diferentes recursos para resolver situaciones de crisis.

2.3.3. Cooperación: Se evalúa la capacidad de compartir y resolver problemas, a través de la comunicación en familia para buscar la solución.

2.3.4. Desarrollo: Se refleja en cómo se aprende y supera cada etapa de la familia, formando la individualización de cada uno en forma madura.

2.3.5. Afectividad: Se demuestra a través del cariño y preocupación que se tiene para cada miembro de la familia a través de emociones.

2.3.6. Capacidad resolutive: La capacidad de recurrir a aplicar los elementos anteriores para compartir el tiempo y recursos con cada miembro de la familia.

2.3.7. Familia

Según Nardone (2003) la familia es:

El sistema de relaciones fundamentalmente afectivas, presente en todas las culturas, en el que el ser humano permanece largo tiempo, y no un tiempo cualquiera de su vida, sino el formado de sus faces evolutivas cruciales (neonatal, infancia y adolescente) (p. 38)

2.3.8. Depresión

Según Cabrales (2006) la depresión es:

Es un trastorno de tipo afectivo caracterizado por la presencia de diferentes síntomas que tienen que ver con el estado de ánimo de tristeza, alteraciones cognitivas y síntomas somáticos, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de la vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado. Este trastorno es prominente, relativamente persistente e impregna todas las áreas de funcionamiento de una persona, de tal manera que se afecta significativamente su productividad. (p. 1)

2.3.9. Disforia: Es la expresión de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo, lo que lleva al niño o adolescente a manifestar cambios en su estado de ánimo, con presencia de mal humor e irritabilidad, llorando o enfadándose con facilidad.

2.3.10. Autoestima negativa: Son las ideas de autodesprecio incluyen sentimientos de incapacidad, fealdad y culpabilidad, presentando ideas de persecución, deseos de muerte y tentativas de suicidio, junto con ideas de huida de casa.

2.3.11. Adolescencia

Según la Organización Mundial de la Salud (2016) la define como:

El periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. Identificación y Operacionalización de Variables

3.1.1. Variable 1: Funcionalidad Familiar

Definición operacional: Nivel de funcionalidad familiar según las dimensiones: Adaptabilidad, Cooperación, Desarrollo, Afectividad y Capacidad Resolutiva, que se puede medir a través de la Escala APGAR de Funcionalidad Familiar desarrollada por Smilkstein (1978).

Tabla 05

Operacionalización de Variable 1

DIMENSION	INDICADORES	CATEGORIAS	TIPO DE VARIABLE
Adaptabilidad	Resolución de conflictos		
Cooperación	Trabajo en equipo		Variable Categórica Politómica
Desarrollo	Crecimiento personal	Buena	funcionalidad

Afectividad	Afecto en familia	familiar	
		Disfunción	familiar
		leve	
		Disfunción	familiar
		moderada	
Capacidad Resolutiva	Integración de aprendizaje	Disfunción de severa	familiar

Fuente. Elaboración propia

3.1.1. Variable 2: Depresión

Definición operacional: Nivel de depresión según las dimensiones: Disforia y Autoestima Negativa, medido a través del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs desarrollada por Kovacs(2004).

Tabla 06

Operacionalización de Variable 2

DIMENSION	INDICADORES	CATEGORIAS	TIPO DE VARIABLE
Disforia	Sentimientos de tristeza	No presenta Mínimo o moderado	Variable Categórica Politómica
Autoestima Negativa	Falta de valía personal	Marcado o severo Máximo	

Fuente. Elaboración propia

3.2. Tipo y Diseño de Investigación

La presente investigación es según su finalidad de tipo básica y según el nivel de conocimiento es de tipo correlacional. La investigación es de tipo básica porque busca ampliar conocimientos y la comprensión del tema. Por el nivel de conocimiento esta investigación es de tipo correlacional porque pretende evaluar la relación que existe entre funcionalidad familiar y depresión, para encontrar detalles que sustenten su grado de relación.

El diseño es no experimental puesto que se pretende medir las variables tal como se presentan y de tipo descriptivo correlacional debido a que busca determinar el grado de relación existente entre las dos variables, cuyo esquema es el siguiente:

$$\begin{array}{ccc} \mathbf{Ox} & & \\ \mathbf{M} & & \mathbf{r} \\ \mathbf{Oy} & & \end{array}$$

M = Alumnos de 6to grado de las Instituciones Educativas Públicas del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa.

Ox = Observación de los niveles de funcionalidad familiar de alumnos de 6to grado de las Instituciones Educativas Públicas del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa.

Oy = Observación de los niveles de depresión de alumnos de 6to grado de las Instituciones Educativas Públicas del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa.

r = Relación entre la funcionalidad familiar y depresión de los alumnos de 6to grado de las Instituciones Educativas Públicas del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa.

3.3. Ámbito de la investigación

La presente investigación se realizó en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, el cual fue creado en el año 2001, además presenta una población total de 68,989 habitantes de los cuales 7,494 son la población adolescente que pertenece a

una edad de 10 a 14 años. Un dato resaltante del censo 2007 informa que el 8,93% de la población general es analfabeta y el 32,6% de la población no estudia, generando preocupación en el área educativa.

Las Instituciones Educativas públicas del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa son: I.E. Santa Teresita del Niño Jesús, I.E. Jorge Chavez, I.E. Enrique Paillardelle, I.E. Esperanza Martínez de Lopez e I.E. Jose Antonio Encinas Franco. Estas Instituciones se encuentran conformadas por alumnos del 6to grado del nivel primario.

3.4. Población y Muestra

La población está constituida por 452 alumnos varones y mujeres desde los 11 a 13 años que cumplan con los siguientes criterios.

Los criterios de inclusión son los siguientes:

- Sexo: mujer y hombre.
- Edades que oscilan desde 11a 13 años.
- Alumnos de 6to grado.
- Perteneciente a las siguientes instituciones:

I.E. Santa Teresita del Niño Jesús

I.E. Jorge Chávez

I.E. Enrique Paillardelle

I.E. Esperanza Martínez de López

I.E. José Antonio Encinas Franco

Se considera para la presente investigación una muestra censal según López (1998), pues se trabajará con todos los miembros de la población.

3.5. Técnicas e instrumentos

3.5.1. Técnicas

Para ambas variables se utilizó la técnica de la encuesta.

3.5.2. Instrumentos

Escala APGAR de funcionalidad Familiar de Smilkstein

Este instrumento fue desarrollado por Smilkstein, Castilla, Caycho, Shimabukur & Valdivia validaron el test en población peruana en el año 2014. La escala APGAR FAMILIAR, evalúa la percepción del funcionamiento familiar, mediante la exploración de su satisfacción en las relaciones que tiene con sus familiares y abarca las siguientes dimensiones: Adaptabilidad (Ítem 1), Cooperación o Participación (Ítems 2), Desarrollo (Ítems 3), Afectividad (Ítems 4) y Capacidad Resolutiva (Ítems 5). Las respuestas presentan gradación tipo Likert, que van desde “Nunca”, hasta “Siempre”, con valores de 0 a 4. También se puede obtener una puntuación total o global sumando todos los ítems. Se puede interpretar según los siguientes niveles: Buena funcionalidad familiar (de 18 a 20 puntos), Disfunción familiar leve (de 14 a 17 puntos), Disfunción familiar moderado (de 10 a 13 puntos) y Disfunción familiar severa (de 9 o menos puntos).

Respecto a las propiedades psicométricas del instrumento, Castilla (2014) realizó la validación del instrumento encontrando una validez de constructo, alcanzando un valor de 0,785. En cuanto al análisis psicométrico del inventario, la escala total presenta una consistencia interna moderada mediante el coeficiente alfa de cronbach de 0,785, lo que refleja su consistencia interna.

Inventario de Depresión Infantil de Kovacs

Este instrumento fue desarrollado por Kovacs aplicable para adolescentes desde los 10 a 15 años de edad, adaptada a versión española por la misma en el año 2004. El nombre original del Inventario es Children's Depression Inventory creado por Kovacs y Beck en 1977. León realizó la validación en el Perú en el año 2013. El instrumento cuenta con 27 ítems, cada uno de ellos enunciados en tres frases que recogen la intensidad del síntoma depresivo o frecuencia de su presencia en el niño o adolescentes, el alumno de 6to grado debe de señalar una de las tres frases que mejor describa su situación en las dos últimas semanas. De las tres posibles elecciones: 1.

En una se refleja la normalidad (corresponde a las más baja frecuencia o intensidad del síntoma, puntaje = 0), 2. En otra, la severidad del síntoma (corresponde a la frecuencia o intensidad media del síntoma, puntaje = 1) y 3. En la tercera, la enfermedad clínicamente más significativa (corresponde a la mayor frecuencia o intensidad del síntoma, puntaje =2).De esta manera, el puntaje máximo que el participante puede obtener en dicho cuestionario es de 54, y el mínimo que puede obtener es 0. Este instrumento presenta una alta consistencia interna y validez.

Además, la prueba revela una confiabilidad adecuada en base a las correlaciones interpruebas, encontrándose un alfa de cronbach de 0.79, lo que refleja su consistencia interna.

3.6. Procedimientos de la investigación

3.6.1. Trabajo de campo

Primero, se solicitó una entrevista con los directores de las diferentes Instituciones Educativas Públicas del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, las cuales son: I.E. Santa Teresita del Niño Jesús, I.E. Jorge Chavez, I.E. Enrique Paillardelle, I.E. Esperanza Martinez de Lopez e I.E. Jose Antonio Encinas Franco. De esta manera, se obtuvo el permiso para la aplicación de los instrumentos a utilizar (Escala Apgar de funcionalidad familiar y Cuestionario de depresión infantil).

Se establecieron fechas y horarios previo acuerdo con el coordinador y docente de cada institución educativa pública para la aplicación de los instrumentos. La aplicación se realizó grupalmente, el tiempo de aplicación fue de 40 minutos aproximadamente por los instrumentos; se tomaron varias fechas de aplicación. Por lo tanto, dicha aplicación duró desde mayo del 2018 hasta noviembre del 2018.

3.6.2. Procesamiento y análisis de la información

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

Se utilizó el procesamiento automatizado de datos. Se ha considerado como soporte informático el software Statistics SPSS versión 22.0, con capacidad para efectuar estadísticas descriptivas y correlacionales.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Presentación de resultados

A continuación, se presentan los resultados hallados para el presente estudio, respecto a los objetivos planteado. Para el análisis estadístico se realizaron a través de los programas de SPSS en su versión 22 y Microsoft Excel.

Los resultados se presentan en el siguiente orden:

Primero, se presenta las variables sociodemográficas y características de los alumnos de 6to grado de las Instituciones Educativas Públicas del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa en el año 2018.

Segundo, se dará a conocer los ítems de la variable de investigación funcionalidad familiar que está orientado para medir, adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutiva de los alumnos de 6to grado de las Instituciones Educativas Públicas del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa en el año 2018.

Tercero, se dará a conocer el nivel de depresión infantil, según las dimensiones del estado de ánimo disfórico y las ideas de autodesprecio de los

alumnos de las Instituciones Educativas públicas del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa en el año 2018.

Cuarto, se presenta la relación entre funcionalidad familiar y la depresión infantil de los alumnos de las Instituciones Educativas públicas del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa en el año 2018.

Y por último se presenta la comprobación de hipótesis.

4.1.1. Resultados de las variables sociodemográficas y características

4.1.1.1. Edad

Tabla 7

Edad de los encuestados

Edad	Frecuencia	Porcentaje
11 años	278	61%
12 años	153	34%
13 años	21	5%
Total	452	100%

Fuente: Elaboración propia de los datos generales

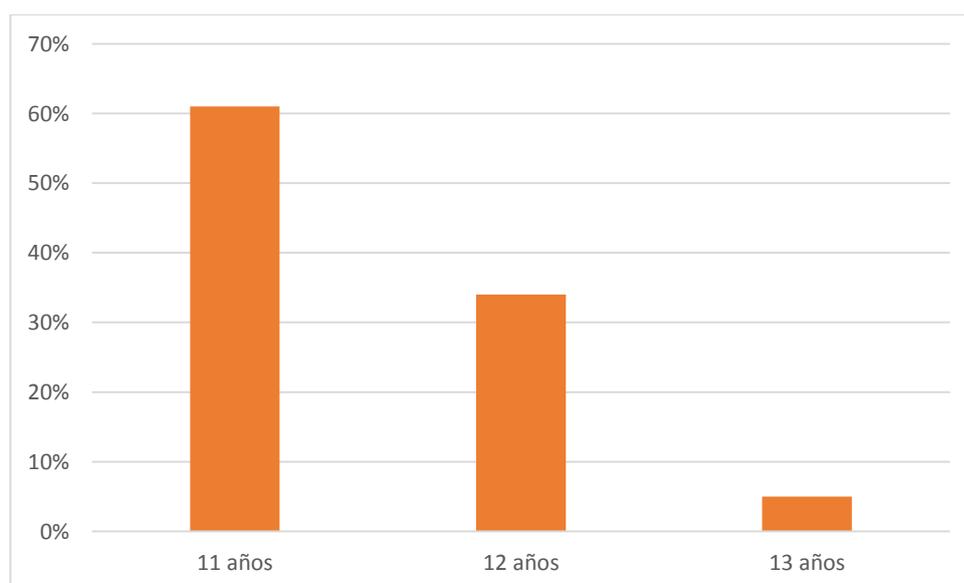


Figura 1. Edad

Fuente: Tabla 7

En la Tabla 7 y Figura 1, se presenta la edad de los alumnos de 6to grado de Instituciones Educativas Públicas en el distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa; el 61% de los encuestados se encuentran dentro de la edad de 11 años; el 34% se encuentran dentro de la edad de 12 años; seguido por el 5% de los encuestados que se encuentran dentro de la edad de 13 años, quienes representan la menor frecuencia.

4.1.1.2. Sexo

Tabla 8
Sexo de los encuestados

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	220	49%
Mujer	232	51%
Total	452	100.0%

Fuente: Elaboración propia de los datos generales

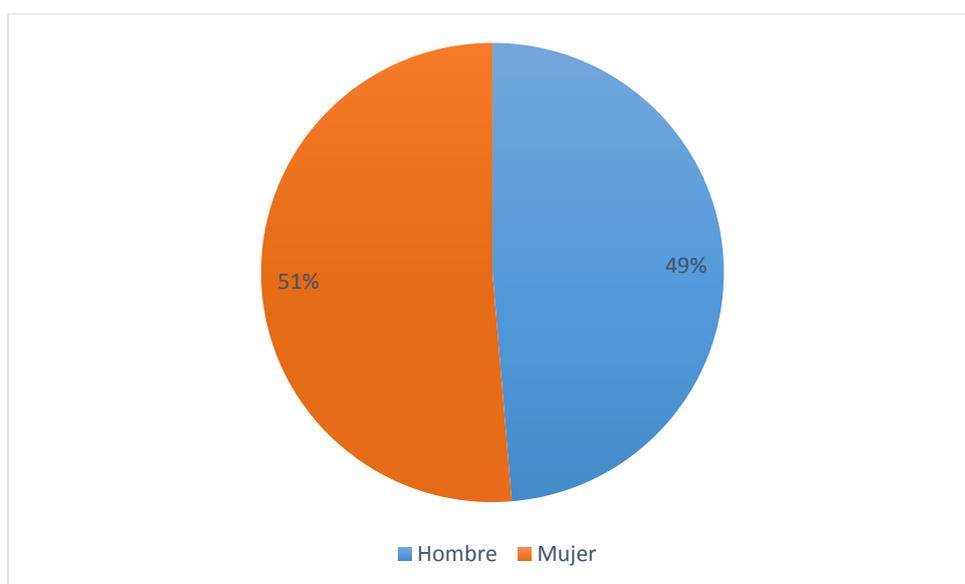


Figura 2. Sexo
Fuente: Tabla 8

En la Tabla 8 y Figura 2, se presenta el sexo de los alumnos pertenecientes a las Instituciones Educativas Públicas del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa; el 51% de los encuestados son mujeres, y el 49% de los encuestados son hombres.

Se puede apreciar que existe un mayor número de mujeres dentro los encuestados.

4.1.1.3. Institución Educativa al que pertenece

Tabla 9

Institución Educativa a la que pertenece

Institución Educativa pública	Frecuencia	Porcentaje
I.E. Santa Teresita del Niño Jesús	58	13%
I.E. Jorge Chávez	145	32%
I.E. Enrique Paillardelle	144	32%
I.E. Esperanza Martínez de López	55	12%
I.E. José Antonio Encinas Franco.	50	11%
Total	452	100.0%

Fuente: Elaboración propia de los datos generales

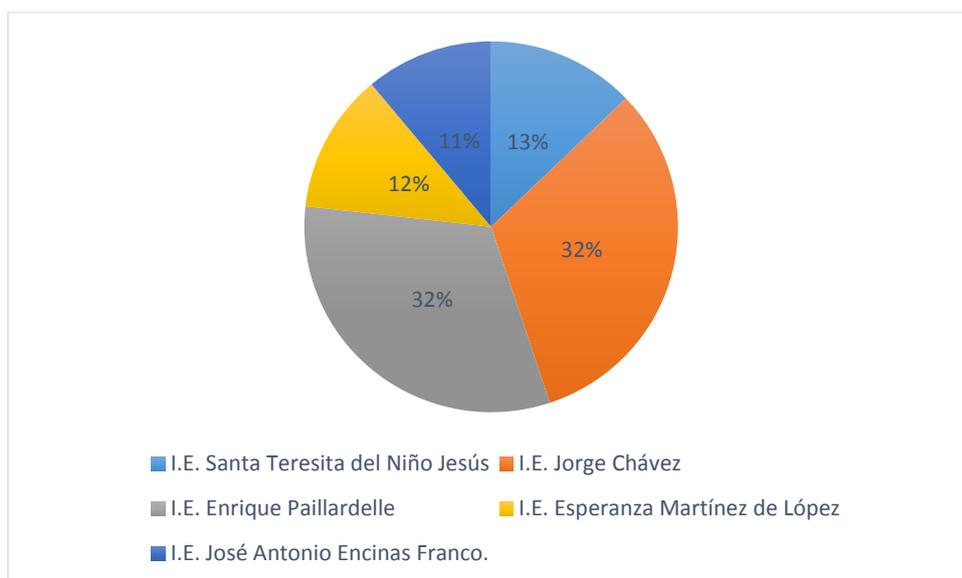


Figura 3. Instituciones Educativa Públicas del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa a la que pertenecen los alumnos encuestados

Fuente: Tabla 9

En la Tabla 9 y Figura 3, se presenta las Instituciones Educativas Públicas del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa a las que pertenecen los alumnos encuestados; la mayor frecuencia corresponde al 32% pertenecen a la I.E. Jorge Chávez; seguido por el 32% pertenecen a la I.E. Enrique Paillardelle; el 13% pertenecen a la I.E. Santa Teresita del Niño Jesús, el 12% pertenece a la I.E. Esperanza Martínez de López y el 11% pertenecen a la I.E. José Antonio Encinas Franco.

La menor frecuencia corresponde al 11% que pertenecen a la I.E. José Antonio Encinas Franco.

4.1.2. Resultados del análisis descriptivo de la variable funcionalidad

Tabla 10

Distribución del nivel de funcionalidad familiar en alumnos del 6to grado

Funcionalidad familiar	Alumnos de 6to grado	
	n	%
Disfunción severa	81	17.92
Disfunción moderada	136	30.09
Disfunción leve	160	35.40
Buena funcionalidad	75	16.59
Total	452	100.00

Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a 452 alumnos de 6to grado

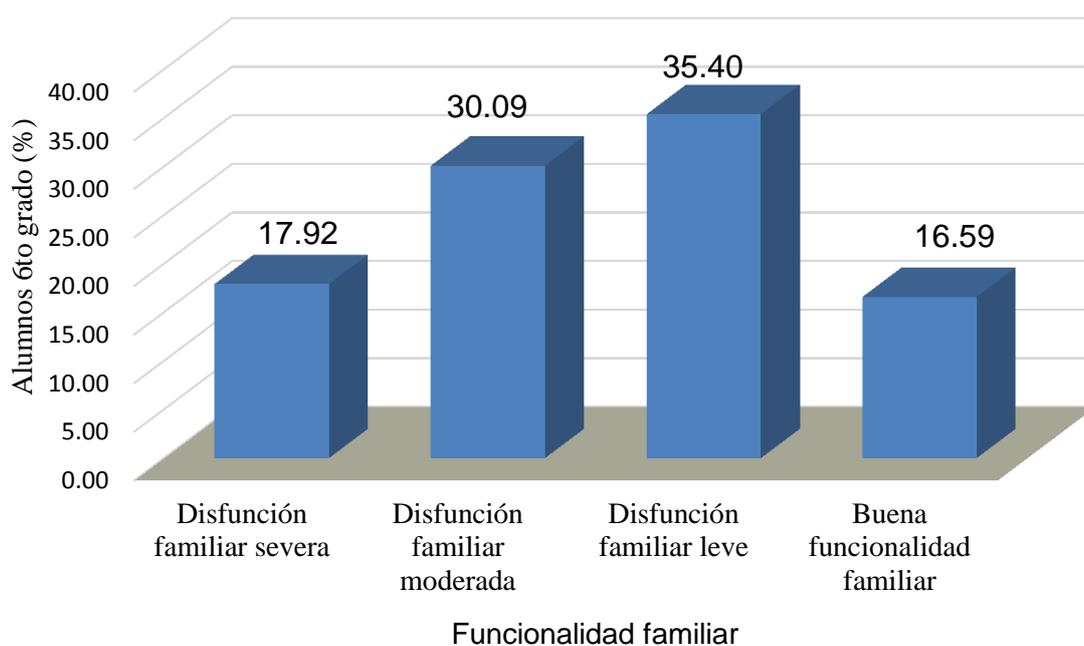


Figura 4. Distribución del nivel de funcionalidad familiar en alumnos del 6to grado
Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a 452 alumnos de 6to grado

En la Tabla 10 y Figura 4, se presentan los resultados del Apgar Familiar, en la dimensión Funcionalidad Familiar, de los alumnos pertenecientes a las Instituciones Educativas Públicas del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, 2018.

Se observa a 81 encuestados que representan el 17.92% se encuentran con Disfunción familiar severa, 136 encuestados que representan el 30.09% se encuentran con disfunción familiar moderada, además 160 encuestados que representan el 35.40% se encuentran con disfunción familiar leve, y solo 75 encuestados que representan el 16.59% se encuentran con buena funcionalidad familiar.

Por lo tanto, el mayor porcentaje de los encuestados presentan disfunción familiar leve, lo cual indica que existe falta de empatía, comprensión y sensibilidad hacia ciertos miembros de la familia.

4.1.3. Resultados del análisis descriptivo de la variable Depresión infantil

Tabla 11

Distribución del nivel de depresión infantil en alumnos del 6to grado

Depresión infantil	Alumnos de 6to grado	
	n	%
No presenta	312	69.03
Mínimo o moderado	132	29.20
Marcado o severo	6	1.33
Máximo	2	0.44
Total	452	100.00

Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a alumnos.

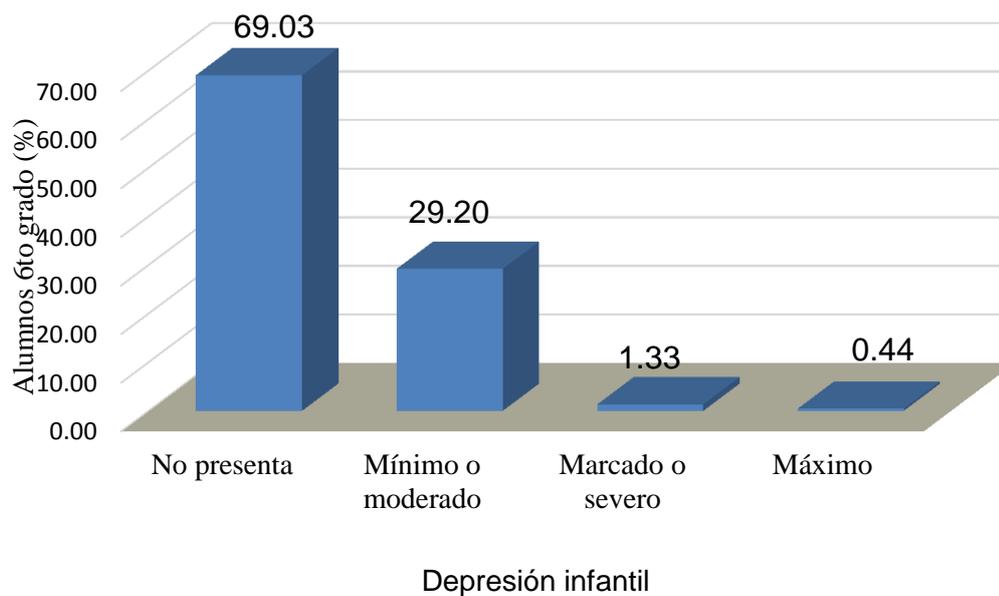


Figura 5. Distribución del nivel de depresión infantil en alumnos del 6to grado
Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a 452 alumnos de 6to grado

En la Tabla 11 y Figura 5, se presentan los resultados del cuestionario de Depresión Infantil, de los alumnos pertenecientes a las Instituciones Educativas Públicas del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, 2018.

Se observa que 312 encuestados que representan el 69.03% no presenta depresión, 132 encuestados que representan el 29.20% presentan un nivel mínimo o moderado, además 6 encuestados que representan el 1.33% presentan un nivel severo o marcado, y solo 2 encuestados que representan el 0.44% presentan un nivel máximo.

Por lo tanto, el mayor porcentaje de los encuestados no presenta depresión, lo cual refleja normalidad en el estado de ánimo de la persona.

4.1.4. Resultados del análisis descriptivo de la funcionalidad familiar y la variable depresión infantil

Tabla 12

Distribución de la variable funcionalidad familiar y depresión infantil en alumnos del 6to grado

Funcionalidad familiar	Depresión infantil								Total	
	No presencia		Mínimo o moderado		Severo o marcado		Máximo			
	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%
Disfunción familiar severa	26	5.75	47	10.40	6	1.33	2	0.44	81	17.92
Disfunción familiar moderada	89	19.69	47	10.40	0	0.00	0	0.00	136	30.09
Disfunción familiar leve	129	28.54	31	6.86	0	0.00	0	0.00	160	35.40
Buena funcionalidad familiar	68	15.04	7	1.55	0	0.00	0	0.00	75	16.59
Total	312	69.03	132	29.20	6	1.33	2	0.44	452	100.00

Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a 452 alumnos de 6to grado

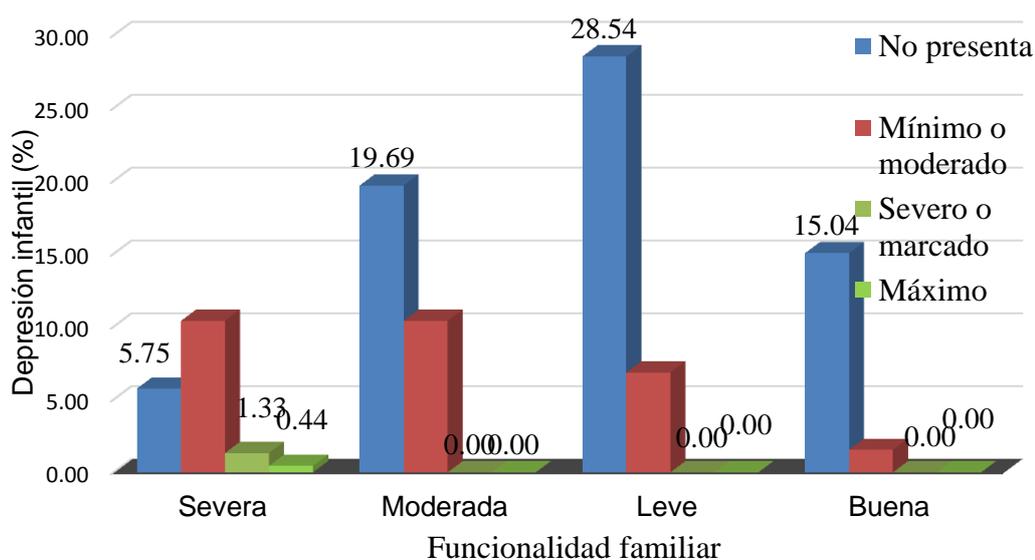


Figura 6. Distribución de la variable funcionalidad familiar y depresión infantil en alumnos del 6to grado

Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a 452 alumnos de 6to grado.

En la tabla 12 se puede apreciar que el 17.92% de los encuestados presentan disfunción familiar severa; y de los cuales el 5.75% no presenta depresión infantil, el 10.40% presentan un nivel mínimo o moderado de depresión infantil, el 1.33% presentan un nivel severo de depresión infantil, y solo 0.44% presentan un nivel máximo de depresión infantil.

Además, el 30.09% de los encuestados presentan disfunción familiar moderada; y de los cuales el 19.69% no presenta depresión infantil, el 10.40% presentan un nivel mínimo o moderado de depresión infantil, finalmente ningún encuestado presentan nivel severo o marcado y máximo de depresión infantil.

También, el 35.40% de los encuestados presentan disfunción familiar leve; y de los cuales el 28.54% no presenta depresión infantil, el 6.86% presentan un nivel mínimo o moderado de depresión infantil, y ningún encuestado presentan nivel severo o marcado y máximo de depresión infantil.

Por último, el 16.59% de los encuestados presentan buena funcionalidad familiar; y de los cuales el 15.04% no presenta depresión infantil, el 1.55% presenta un nivel mínimo o moderado de depresión infantil, y ningún encuestado presentan nivel severo o marcado y máximo de depresión infantil. Donde se puede concluir que sí existe relación entre funcionalidad familiar y depresión infantil en los alumnos de 6to grado.

4.2. Contrastación de hipótesis

Con los resultados presentados en tablas y figuras en base a las pruebas aplicadas a los alumnos de sexto grado, pertenecientes a las Instituciones Educativas públicas del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

Supuestos de normalidad

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

En la tabla 13, se puede observar que existe una significancia de 0.000 en el caso de la variable de Funcionalidad Familiar y sus respectivas dimensiones, de forma similar se obtuvo una significancia de 0.000 en el caso de la variable Depresión infantil como también para sus dimensiones que en todos los casos son menores a 0.05, esto quiere decir que la distribución no es normal y por lo tanto se procederá a trabajar pruebas no paramétricas “Tau b de kendal”.

Tabla 13

Prueba de normalidad según el estadístico Kolmogorov-Smirnov respecto a las dimensiones y variables funcionalidad familiar y depresión infantil

Variable	Dimensiones	Estadístico de prueba	valores	Interpretación
Funcionalidad familiar		Kolmogorov-Smirnov	0,100	No presentan normalidad P< 0.05
		Gl	87	
		Sig.	0,000	
Adaptabilidad		Kolmogorov-Smirnov	0,234	No presentan normalidad P< 0.05
		Gl	452	
		Sig.	0,000	
Cooperación		Kolmogorov-Smirnov	0,162	No presentan normalidad P< 0.05
		Gl	452	
		Sig.	0,005	
Desarrollo		Kolmogorov-Smirnov	0,172	No presentan normalidad P< 0.05
		Gl	452	
		Sig.	0,000	
Afectividad		Kolmogorov-Smirnov	0,244	No presentan normalidad P< 0.05
		Gl	452	
		Sig.	0,000	
Capacidad resolutiva		Kolmogorov-Smirnov	0,293	No presentan normalidad P< 0.05
		Gl	452	
		Sig.	0,000	
Depresión infantil		Kolmogorov-Smirnov	0,107	No presentan normalidad P< 0.05
		Gl	452	
		Sig.	0,000	
Disforia		Kolmogorov-Smirnov	0,143	No presentan normalidad P< 0.05
		Gl	452	
		Sig.	0,000	
Autoestima negativa		Kolmogorov-Smirnov	0,118	No presentan normalidad
		Gl	452	

Sig.	0,000	P < 0.05
------	-------	----------

Nota: datos no agrupados, mediante suma de ítems totales, n = tamaño de muestra 91.

Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a 452 alumnos de 6to grado

4.2.1. Contrastación de la hipótesis específica 1

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

- Formulación de Hipótesis:

Ho: No existe disfunción familiar leve en los alumnos de 6to grado de instituciones educativas públicas en el distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

Hi: Existe disfunción familiar leve en los alumnos de 6to grado de instituciones educativas públicas en el distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

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

Tabla 14

Presentación de la prueba estadística no paramétrica chi cuadrada bondad de ajuste, para una muestra de la variable funcionalidad familiar de los alumnos de 6to grado

Estadísticos de prueba	
	Apgar Familiar
Chi-cuadrado	46,071 ^a
Gl	3
Sig. Asintótica	.000

a. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 113,0.

Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a 452 alumnos de 6to grado.

- Lectura del P valor:

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

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

$P = 5,4783E-10$; $\alpha = 0.05$ $\rightarrow P < 0.05$ entonces se rechaza la Ho

- Decisión:

Los resultados de la tabla anterior, muestran que el valor p - valor (5,4783E-10), que es menor que el nivel de significancia (0.05), por lo cual se rechaza Ho, y se concluye con un nivel de confianza del 95% que existe disfunción familiar leve en los alumnos de 6to grado de Instituciones Educativas Públicas en el distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

4.2.2. Contrastación de la hipótesis específica 2

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

- Formulación de Hipótesis:

Ho: No existe nivel mínimo o moderado de depresión en los alumnos de 6to grado de instituciones educativas públicas en el distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

Hi: Existe un nivel mínimo o moderado de depresión en los alumnos de 6to grado de instituciones educativas públicas en el distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

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

Tabla 15

Presentación de la prueba estadística no paramétrica chi cuadrada bondad de ajuste, para una muestra de la variable depresión de los alumnos de 6to grado

<i>Estadísticos de prueba</i>	
	Depresión Infantil
Chi-cuadrado	564,000 ^a
Gl	3
Sig. Asintótica	,000

a. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5.

La frecuencia mínima de casilla esperada es 113,0.

Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a 452 alumnos de 6to grado.

- Lectura del P valor:

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

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

$P = 6,4166E-122$; $\alpha = 0.05$ $\rightarrow P < 0.05$ entonces se rechaza la Ho

- Decisión:

Los resultados de la tabla anterior, muestran que el valor p - valor (6,4166E-122), que es menor que el nivel de significancia (0.05), por lo cual se rechaza Ho, y se concluye con un nivel de confianza del 95% que existe un nivel mínimo o moderado de depresión en los alumnos de 6to grado de instituciones públicas en el distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

4.2.3. Contratación de la hipótesis específica 3

Para la contratación de la hipótesis específica 3, se utilizará una prueba estadística no paramétrica “Tau b de kendal”, su función es buscar la relación entre dos variables numéricas que de preferencia no cumplan con supuestos de normalidad y a partir de esta prueba estadística decidir si existen relación significativa a un 95% de confianza.

- Formulación de Hipótesis:

Ho: No existe relación significativa entre los niveles de funcionalidad familiar y depresión en los alumnos de 6to grado de instituciones educativas públicas en el distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

Hi: Existe relación significativa entre los niveles de funcionalidad familiar y depresión en los alumnos de 6to grado de instituciones educativas públicas en el distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

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

Tabla 16
 Presentación de los coeficientes de correlación Tau b de Kendall de la variable funcionalidad familiar y depresión de los alumnos de 6to grado

Correlaciones

			Apgar Familiar	Depresión Infantil
Tau_b de Kendall	Apgar Familiar	Coefficiente de correlación	1,000	-,370**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	452	452
	Depresión Infantil	Coefficiente de correlación	-,370**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	452	452

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

Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a 452 alumnos de 6to grado

- Lectura del P valor:

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

H1 : ($p < 0.05$) → Rechazo la Ho

$P = 1,5491E-7$; $\alpha = 0.05$ → $P < 0.05$ entonces se rechaza la Ho

- Decisión:

Los resultados de la tabla anterior, muestran que el valor p - valor (1,5491E-7) que es menor que el nivel de significancia (0.05), por lo cual se rechaza Ho, y se concluye con un nivel de confianza del 95% que si existe relación significativa entre los niveles de funcionalidad familiar y depresión en los alumnos de 6to grado de instituciones educativas públicas en el distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

4.2.4. Contratación de hipótesis general

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

- Formulación de Hipótesis:

Ho: No existe relación entre funcionalidad familiar y depresión en los alumnos de 6to grado de instituciones educativas públicas en el distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

Hi: Si existe relación entre funcionalidad familiar y depresión en los alumnos de 6to grado de instituciones educativas públicas en el distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

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

Tabla 17
Presentación de los coeficientes de correlación Tau b de kendall de la variable funcionalidad familiar y depresión de los alumnos de 6to grado

Variable	Variable	Estadístico de prueba	valores	Interpretación
• Funcionalidad familiar	Depresión	Coeficiente de correlación Tau b de kendall	-0,370	Si existe relación
		Sig.	0,000	
		N	452	P< 0.05

ura del P valor:

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

H1 : ($p < 0.05$) → Rechazo la Ho

$P = 6,9199E-18$; $\alpha = 0.05$ → $P < 0.05$ entonces se rechaza la Ho

Tabla 18
Interpretación de la correlación Tau b de kendall

Rango	Relación
-0.91 a - 1.00	Correlación negativa perfecta
-0.76 a - 0.90	Correlación negativa muy fuerte.
-0.51 a - 0.75	Correlación negativa considerable
-0.26 a - 0.50	Correlación negativa media
-0.11 a - 0.25	Correlación negativa débil.
-0.01 a - 0.10	Correlación negativa muy débil.
0.00	No existe correlación alguna entre las variables
+0.01 a + 0.10	Correlación positiva muy débil.
+0.24 a + 0.25	Correlación positiva débil.
+0.26 a + 0.50	Correlación positiva media.
+0.51 a + 0.75	Correlación positiva considerable
+0.76 a + 0.90	Correlación positiva muy fuerte.
+ 0.91 a + 1.00	Correlación positiva perfecta

Fuente: Modificado por Mónica A. Mondragón Barrera según Artículo, tomado del libro de Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014, p. 305).

- Decisión:

Los resultados de la tabla anterior, muestran que el valor p - valor ($6,9199E-18$) que es menor que el nivel de significancia (0.05), por lo cual se rechaza H_0 , y se concluye con un nivel de confianza del 95% que si existe relación entre funcionalidad familiar y depresión en los alumnos de 6to grado de instituciones educativas públicas en el distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

También podemos concluir de la dirección fue inversamente proporcional según el (Tau b de Kendall = -0.370) y la fuerza de intensidad negativa media.

4.3.DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre la funcionalidad familiar y depresión en los alumnos de 6to grado de Instituciones Educativas públicas en el Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

Se decidió realizar la investigación con una población de estudiantes de 6to grado, pues se considera que el inicio de la adolescencia es crucial e importante para fomentar la seguridad propia y brindar el apoyo familiar para los diferentes cambios que atraviesan los adolescentes. Además, según datos de la OMS en el Perú un 4,8 % que también es una cifra de considerar refiere que 20 de cada 100 personas sufren de depresión.

Al analizar los resultados, se muestra en la tabla 10 la variable Funcionalidad familiar de los encuestados; siendo así que el 16,59% presenta una buena funcionalidad familiar, el 35,40% obtiene disfunción familiar leve, el 30,09% tiene disfunción familiar moderada y el 17,92% presenta disfunción familiar severa, indicando así que la mayoría de alumnos pertenecientes a las Instituciones Educativas Públicas del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa presentan disfunción familiar leve en relación a la falta de apoyo y soporte de la familia.

Este resultado se asemeja al de la investigación de Castillo (2017), quien halló que el mayor porcentaje de los encuestados presentan un nivel leve de funcionalidad familiar lo cual concuerda con la presente investigación.

Además, respecto a la variable de Depresión infantil se ha encontrado en la tabla 11, que el 29,20% obtiene un nivel mínimo o moderado, el 1,33% presenta un nivel severo o marcado y el 0,44% presenta un nivel máximo; indicando así que la minoría de alumnos pertenecientes a las Instituciones Educativas Públicas del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, evidencian presentar depresión infantil.

Este resultado se asemeja al de la investigación de Sánchez & Sánchez (2017), quien halló que de los adolescentes encuestados, el 17,2% resultaron con un

nivel de depresión leve a moderado y el 14.4% obtuvieron un nivel de depresión moderada a intensa.

Posteriormente, en la tabla 17 se muestra la correlación realizada entre funcionalidad familiar y depresión infantil, teniendo como resultado el p - valor (6,9199E-18) que es menor que el nivel de significancia (0.05), por lo cual se rechaza H_0 , y se concluye con un nivel de confianza del 95% que si existe relación entre funcionalidad familiar y depresión en los alumnos de 6to grado de instituciones educativas públicas del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.

Este resultado coincide con Cristobal (2017), en su investigación se encontró que la mayoría de encuestados presentan funcionalidad leve a máxima y se relaciona con un nivel de depresión leve a severo, afectando la estabilidad emocional y seguridad en la nueva etapa que transcurre. De esta manera se ha podido corroborar su hipótesis sobre que existe correlación significativa entre las variables funcionalidad familiar y depresión infantil. También se asemeja con la investigación de Ochoa (2015) hallando que sí existe relación significativa entre ambas variables.

En conclusión, en la presente investigación se ha podido hallar la relación entre ambas variables, tal como lo han establecido diferentes investigadores que han relacionado la funcionalidad familiar con diferentes variables y hallando resultados similares en muchos de los casos.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se encuentran la falta de compromiso y apertura de algunas instituciones educativas públicas para la evaluación de los alumnos en bien de su salud mental.

Los resultados de la presente investigación generan un aporte en el marco de la psicología educativa y clínica, contribuyendo al entendimiento de la persona y la importancia del núcleo familiar para un óptimo desarrollo emocional y social y a los múltiples estudios que se siguen realizando hasta la actualidad. También podría considerarse en el abordaje clínico y en la intervención terapéutica cuando se considere necesario. Además servirá como antecedente para establecer programas

que involucren aquellos elementos dentro de la escuela y la comunidad de padres de familia.

CONCLUSIONES

1. De acuerdo a los resultados de la investigación, se puede afirmar que, si existe relación entre funcionalidad familiar y depresión en los alumnos de 6to grado de Instituciones Educativas Públicas en el distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018.
2. De acuerdo a los resultados de la investigación, se puede afirmar que existe el 35.40% de disfunción familiar leve en los alumnos de 6to grado de Instituciones Educativas Públicas en el Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018, lo cual indica que los estudiantes sienten que su familia no los incluyen en el trabajo de equipo, además de no promover el crecimiento personal del alumno, según los estadísticos de prueba no paramétrico Chi cuadrada bondad de ajuste $X^2= 0,425$ y P-valor = 0.000.
3. De acuerdo a los resultados de la investigación, se puede afirmar que existe el 29.20% de nivel mínimo o moderado de depresión en los alumnos de 6to grado de Instituciones Educativas Públicas en el distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018, lo cual indica que el estudiante pocas veces presenta sentimientos de tristeza, según los estadísticos de prueba no paramétrico Chi cuadrada bondad de ajuste $X^2= 0,425$ y P-valor = 0.000.
4. De acuerdo a los resultados de la investigación, se puede afirmar que existe relación significativa entre los niveles de funcionalidad familiar y depresión en los alumnos de 6to grado de Instituciones Educativas Públicas en el distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018, según los estadísticos de prueba no paramétrico Tau b de kendall $T_b= -0,370$ y P-valor = 0.000.

RECOMENDACIONES

1. Considerar la evaluación de funcionalidad familiar en los alumnos de las diferentes Instituciones Educativas de la ciudad de Tacna, para determinar, en lo posible, el nivel de funcionalidad y profundizar en las relaciones interpersonales dentro de la familia.
2. Compartir la información con la Demuna del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa sobre los resultados de la presente investigación, y proponer el desarrollo de un proyecto para el fortalecimiento de la funcionalidad familiar dirigido a padres e hijos.
3. Proponer programas de evaluación y seguimiento de caso a los adolescentes diagnosticados con depresión, para una mejor calidad de vida.
4. Coordinar con diferentes instituciones educativas públicas y privadas, para así juntamente con especialistas en salud mental, establecer proyectos y actividades vinculadas a la salud mental en niños, adolescentes y familias y a la prevención del abandono o maltrato infantil.
5. Realizar futuros estudios sobre la relación entre la funcionalidad familiar y depresión infantil, considerando la variación y ampliación de población o muestra, además de tener en cuenta otras variables como el fracaso escolar, el bullying, problemas de aprendizaje, etc. que están relacionados con la depresión infantil.

REFERENCIAS

- Alfaro, M. (2018). *Relación de la Sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar con la ideación suicida en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna – 2018*. Tesis de licenciatura. Universidad Jorge Basadre Grohmann, Tacna.
- Álvarez, M. et al (2009). *La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes*. Revista International Journal of Psychology and PsychologicalTherapy, p. 205-216, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Álvarez, K. & Horna, H. (2017) *Funcionamiento familiar y autoestima en adolescentes de la institución educativa pública San José-La Esperanza. 2016*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Trujillo, Perú.
- Apolo, G. (2017) *Funcionalidad familiar y su relación con conductas de riesgo en los estudiantes del colegio ciudad de Portovelo*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional de Loja, Ecuador.
- Arenas, S. (2009) *Relación entre la Funcionamiento Familiar y la depresión en Adolescentes*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.

Bogaert (2012). *La depresión: etiología y tratamiento*. Revista Ciencia y sociedad Vol. XXXVII, núm. 2, abril-junio, 2012, pp. 183-197, Instituto Tecnológico de Santo Domingo República Dominicana.

Cabrales, J. (2006). *El abordaje de la depresión desde distintos marcos conceptuales psicológicos*. México

Recuperado de:

https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.39.pdf

Castillo, R. (2017). *Funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes de la institución educativa privada América Carmen Medio, Comas-2013*. Tesis de Licenciatura. Universidad de ciencias y humanidades, Lima, Perú.

Castro, B. (2017). *Funcionalidad familiar y la autoestima en los estudiantes del nivel secundario de la institución educativa VictorRaul Haya de la Torre. San Rafael-Huánuco-2016*. Tesis de licenciatura. Universidad de Huánuco, Perú.

Celis & Gutierrez (2015). *Funcionamiento familiar y estilos de vida saludable en los pobladores del territorio vecinal municipal N° 5. Miramar, 2014*. Tesis de Licenciatura. Universidad privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.

Chuquillanqui, I (2012) *Funcionamiento Familiar y Autoconcepto de los alumnos del sexto grado de las instituciones educativas de la Red 8 Callao*. Tesis de Maestría. Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú.

Ccoicca, T. (2015) *Bullying y Funcionalidad familiar en una institución educativa del distrito de Comas*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.

- Cristobal, E. (2017) *Funcionamiento familiar y la depresión en estudiantes de la institución educativa Héroes de Jactay, Huánuco-2016*. Tesis de Maestría, Universidad Nacional Hermilio Valdizan, Huánuco, Perú.
- Díaz et al (2017) *Validez de constructo y confiabilidad de la APGAR familiar en pacientes odontológicos adultos de Cartagena, Colombia*. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud Volumen 49 No. 4 Octubre – Diciembre de 2017
- Finlay, C. (2006) *Factores psicosociales de la Depresión*. Tesis de licenciatura. Revista CubMed Mil.
- Flores, G. (2014). *Relación del funcionamiento familiar y el autoestima de los estudiantes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna – 2014*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Editor: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*. Editor: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Huallpa, K. (2016) *Funcionamiento familiar relacionado con la conducta agresiva en los adolescentes de la I.E. “Gerardo Arias Copaja” Tacna – 2016*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna.

- Loján, M. (2016) *Funcionalidad familiar asociada a depresión en los adolescentes del colegio nacional mixto 8 de diciembre de la parroquia San Pedro de la bendita – Loja en el periodo abril-agosto 2015*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional de Loja – Ecuador.
- Macedo, J. & Rimachi, M. (2016) *Funcionalidad familiar y autoestima relacionado con la ideación suicida en estudiantes del cuarto y quinto de secundaria de la institución educativa generalísimo José de San Martín Punchana 2016*. Tesis de licenciatura. Universidad privada de la selva peruana, Iquitos, Perú.
- Martinez, V. (2006) *La depresión en la adolescencia: estudio de una muestra de alumnos de la zona sur de Madrid capital*. Tesis de licenciatura. Universidad Complutense de Madrid.
- Morán, Y. (2015) *Funcionamiento Familiar y Uso de redes Sociales en Adolescentes de segundo de bachillerato de la unidad Educativa Santo Domingo de Guzmán Ecuador*. Tesis de Licenciatura, Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador.
- Nardone, Giannotti & Rocchi (2003). *Modelos de familia*. Barcelona. Editorial Herder.
- Organización Mundial de la Salud (2005), *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Colombia. Editorial Panamericana formas e impresos S.A.
- Organización Mundial de la Salud, (2016). *Salud del adolescente: Desarrollo en la adolescencia*. Ginebra, Suiza.
- Recuperado de:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Ochoa, G. (2015) *Relación entre Funcionamiento Familiar y Depresión en adolescentes de la academia preuniversitaria Alexander Fleming Arequipa*

2015. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.

Párraga, P. (2016) *Funcionalidad Familiar e Inteligencia emocional en alumnos del nivel secundario del distrito el Agustino*. Tesis de licenciatura. Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú.

Quispe, N. (2017) *Relación entre el Bullying y la depresión en los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna 2017*. Tesis de licenciatura. Universidad Jorge Basadre Grohmann, Tacna.

Rivera, A. & Sánchez, S. (2014) *Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la unidad educativa Herlinda Toral. Cuenca 2014*. Tesis de Licenciatura. Universidad de Cuenca, Ecuador.

Rodríguez, S. (2017) *Funcionalidad familiar y su relación con la autoestima en adolescentes de I.E.P. "Jean HARZIC" de Jacobo Hunter, Arequipa 2016*. Tesis de Licenciatura. Universidad Alas Peruanas.

Salinas et al (2013) *Relación entre Depresión y Funcionalidad Familiar en adolescentes de Instituciones Educativas Públicas y Privadas*. Revista ACADEMIA. Volumen XII (28) 2013, 317 – 324

Sánchez, F. & Sánchez, G. (2017) *Depresión y Funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas secundaria de menores N° 60027 y N° 6010227. San Juan Bautista 2016*. Tesis de licenciatura, Universidad científica del Perú, Iquitos, Perú.

Satir, V. (2013). *La familia según Virginia*.

Recuperado de:

<http://famiasegunvirginiasatir.blogspot.com/>

Sausa, M. (2018). *Perú 21. Perú*

Recuperado de:

<https://peru21.pe/peru/cifras-salud-mental-peru-menores-ocupan-70-atenciones-infografia-394376#>

Torrel & Delgado (2013). *Funcionamiento Familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla – Tumbes 2013.*

Recuperado de:

<http://dx.doi.org/10.21503/CienciayDesarrollo.2014.v17i1.06>

Torres, M. & Torres, A. (1998). *La familia y sus tipos.*

Recuperado de:

<https://www.escuelaenlanube.com/la-familia-y-sus-tipos/>

U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. (2015). *La Depresión: lo que usted debe saber.* Bethesda, MD: U.S. Government Printing Office.

Valverde. Y. (2011). *Violencia escolar o Bullying relacionado con el funcionamiento familiar, adolescentes de la I.E. “ Mariscal Cáceres” Tacna – 2011.* Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna.

Vega, C. (2009). *Sintomatología depresiva en niños trabajadores y no trabajadores que asisten a escuelas públicas de Lima metropolitana.* Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima

Vivanco, S. (2017). *Autoestima y su relación con la funcionalidad familiar en las estudiantes de la unidad educativa José María Velaz extensión Loja.* Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Loja.

ANEXO

ANEXO A. Escala APGAR Familiar

Escala APGAR Familiar

Autor: Smilkstein (1978)

Edad: Sexo: Centro de Estudios:

Grado:.....Ciudad:.....

Fecha de Evaluación:.....

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

0: Nunca **1:** Casi nunca **2:** Algunas veces
3: Casi siempre **4:** Siempre

	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa.	<input type="radio"/>				
2. Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo.	<input type="radio"/>				
3. Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida.	<input type="radio"/>				
4. Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de amor y tristeza.	<input type="radio"/>				
5. Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos.	<input type="radio"/>				

<input type="checkbox"/> Me odio <input type="checkbox"/> No me gusta como soy <input type="checkbox"/> Me gusta como soy	<input type="checkbox"/> Tengo buen aspecto <input type="checkbox"/> Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan. <input type="checkbox"/> Soy fea
15 <input type="checkbox"/> Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes <input type="checkbox"/> Muchas veces me cuesta ponerme a hacerlos deberes <input type="checkbox"/> No me cuesta ponerme a hacer los deberes	22 <input type="checkbox"/> Tengo muchos amigos <input type="checkbox"/> Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más <input type="checkbox"/> No tengo amigos
16 <input type="checkbox"/> Todas las noches me cuesta dormirme <input type="checkbox"/> Muchas noches me cuesta dormirme. <input type="checkbox"/> Duermo muy bien	23 <input type="checkbox"/> Mi trabajo en el colegio es bueno. <input type="checkbox"/> Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes. <input type="checkbox"/> Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.
17 <input type="checkbox"/> Estoy cansada de cuando en cuando <input type="checkbox"/> Estoy cansada muchos días <input type="checkbox"/> Estoy cansada siempre	24 <input type="checkbox"/> Nunca podré ser tan buena como otros niños. <input type="checkbox"/> Si quiero puedo ser tan buena como otros niños. <input type="checkbox"/> Soy tan buena como otros niños.
18 <input type="checkbox"/> La mayoría de los días no tengo ganas de comer <input type="checkbox"/> Muchos días no tengo ganas de comer <input type="checkbox"/> Como muy bien	25 <input type="checkbox"/> Nadie me quiere <input type="checkbox"/> No estoy segura de que alguien me quiera <input type="checkbox"/> Estoy segura de que alguien me quiere.
19 <input type="checkbox"/> No me preocupa el dolor ni la enfermedad. <input type="checkbox"/> Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad <input type="checkbox"/> Siempre me preocupa el dolor y la Enfermedad	26 <input type="checkbox"/> Generalmente hago lo que me dicen. <input type="checkbox"/> Muchas veces no hago lo que me dicen. <input type="checkbox"/> Nunca hago lo que me dicen
20 <input type="checkbox"/> Nunca me siento sola. <input type="checkbox"/> Me siento sola muchas veces <input type="checkbox"/> Me siento sola siempre	27 <input type="checkbox"/> Me llevo bien con la gente <input type="checkbox"/> Me peleo muchas veces. <input type="checkbox"/> Me peleo siempre.
21 <input type="checkbox"/> Nunca me divierto en el colegio <input type="checkbox"/> Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando. <input type="checkbox"/> Me divierto en el colegio muchas veces.	

ANEXO C: Análisis de las dimensiones de la variable funcionalidad familiar

Tabla 19

Distribución del nivel de las dimensiones de la variable funcionalidad familiar

APGAR Familiar	Categoría	n	%
1. Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa.	Nunca	13	2,88
	Casi nunca	33	7,30
	Algunas veces	105	23,23
	Casi siempre	122	26,99
	Siempre	179	39,60
2. Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo.	Nunca	67	14,82
	Casi nunca	74	16,37
	Algunas veces	137	30,31
	Casi siempre	102	22,57
	Siempre	72	15,93
3. Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida.	Nunca	47	10,40
	Casi nunca	56	12,39
	Algunas veces	140	30,97
	Casi siempre	120	26,55
	Siempre	89	19,69
4. Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de amor y tristeza.	Nunca	23	5,09
	Casi nunca	28	6,19
	Algunas veces	100	22,12
	Casi siempre	111	24,56
	Siempre	190	42,04
5. Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos.	Nunca	20	4,42
	Casi nunca	38	8,41
	Algunas veces	75	16,59
	Casi siempre	93	20,58
	Siempre	226	50,00
Total		452	100,00

Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a 452 alumnos de 6to grado

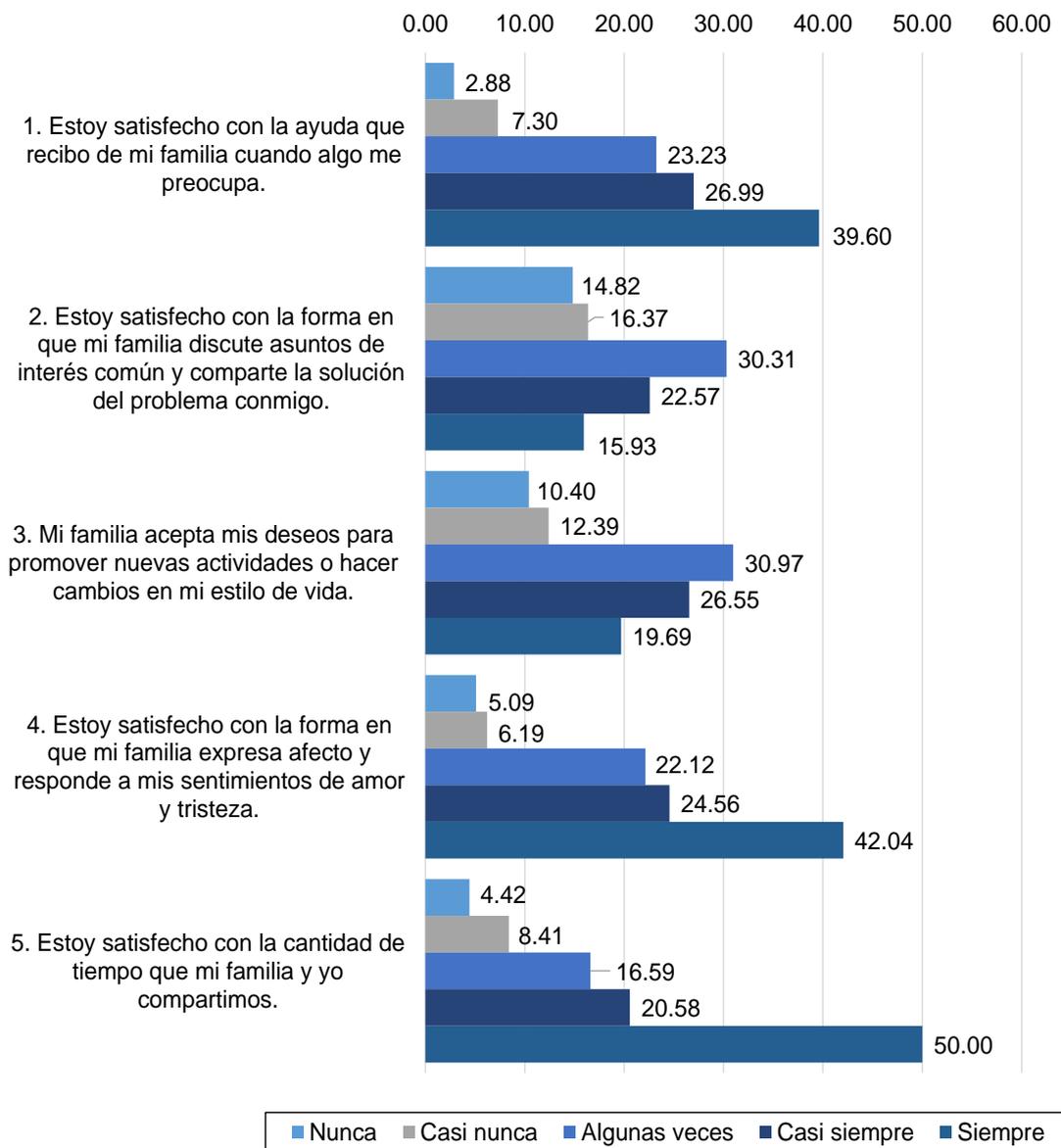


Figura 7. Distribución del nivel de las dimensiones de la variable funcionalidad familiar
 Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a 452 alumnos de 6to grado

Conclusión

La tabla 19 muestra los resultados del porcentaje de cada dimensión de la variable funcionalidad familiar, donde resalta con un porcentaje de 31,19% la insatisfacción de los alumnos por la poca o nula participación en la resolución de problemas comunes, seguido por el 22,79% que demuestra la falta de apoyo de la

familia hacia el alumno en nuevas metas o actividades, el 12.83% expresa la carencia de calidad de tiempo, el 11,28% refiere la falta de afecto de parte de la familia; finalmente el 10.18% siente falta de apoyo de su familia en momentos de crisis.

ANEXO D. Descripción de las características sociodemográficas en relación al nivel de funcionalidad familiar

Tabla 20

Distribución del nivel de funcionalidad familiar en alumnos del 6to grado según sexo y edad

Sexo (n = 452)	Categoría	n	%
Masculino	Disfunción familiar severa	30	13,64
	Disfunción familiar moderada	73	33,18
	Disfunción familiar leve	83	37,73
	Buena funcionalidad familiar	34	15,45
	Total	220	100,00
Femenino	Disfunción familiar severa	51	21,98
	Disfunción familiar moderada	63	27,16
	Disfunción familiar leve	77	33,19
	Buena funcionalidad familiar	41	17,67
	Total	232	100,00
Edad (n = 452)	Categoría	n	%
11 años	Disfunción familiar severa	49	17,63
	Disfunción familiar moderada	83	29,86
	Disfunción familiar leve	102	36,69
	Buena funcionalidad familiar	44	15,83
	Total	278	100,00
12 años	Disfunción familiar severa	31	20,26
	Disfunción familiar moderada	42	27,45
	Disfunción familiar leve	50	32,68
	Buena funcionalidad familiar	30	19,61
	Total	153	100,00
	Disfunción familiar severa	1	4,76
	Disfunción familiar moderada	11	52,38

13 años	Disfunción familiar leve	8	38,10
	Buena funcionalidad familiar	1	4,76
	Total	21	100,00

Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a 452 alumnos de 6to grado

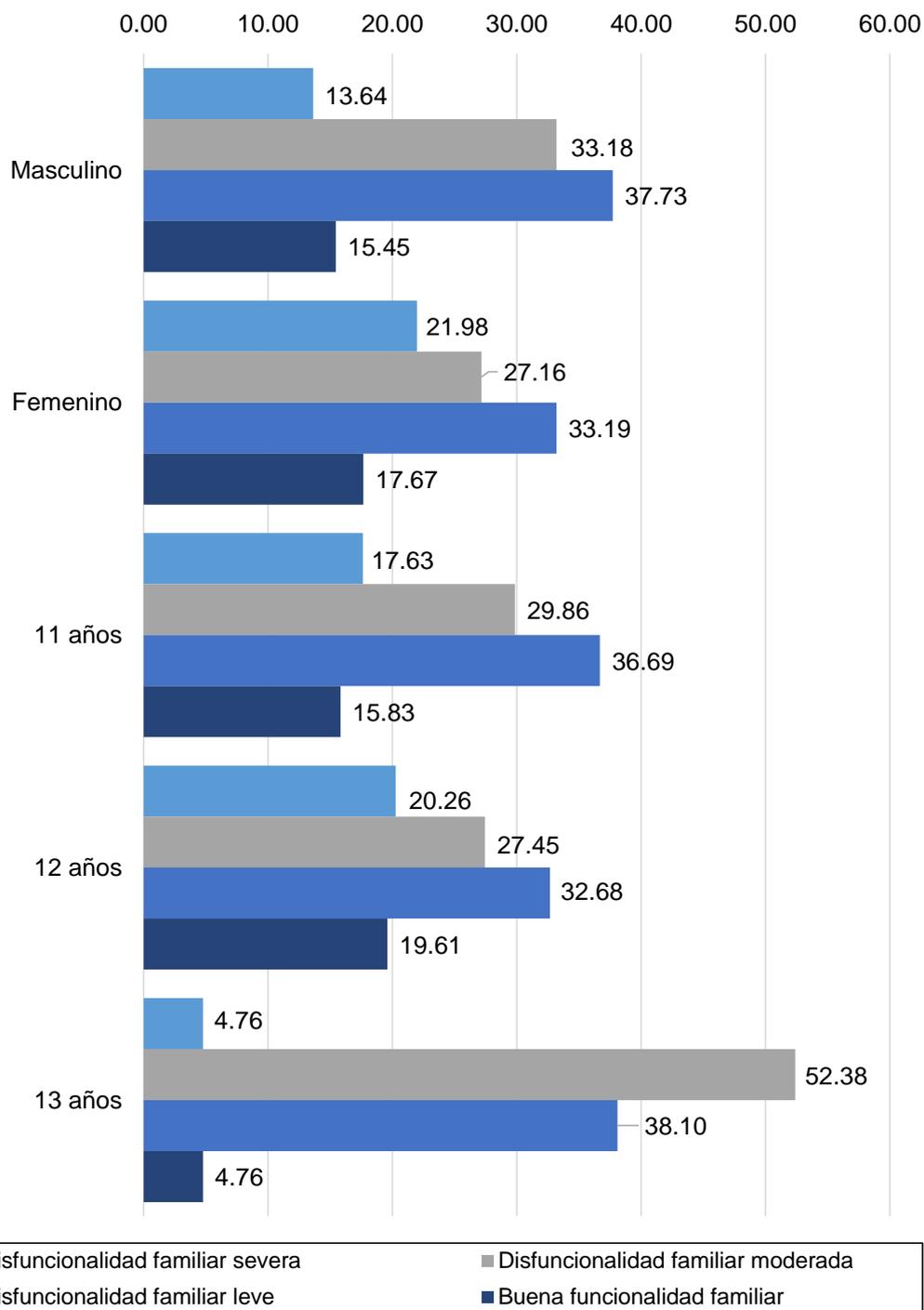


Figura 8. Distribución del nivel de funcionalidad familiar en alumnos del 6to grado según sexo y edad.

Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a 452 alumnos de 6to grado

Conclusión

La tabla 20 muestra los resultados de los datos sociodemográficos y su relación con la funcionalidad familiar, el primer dato con respecto al sexo, destaca el 37.73% de hombres con disfunción familiar leve, seguido por un 33.19% de mujeres que presentan disfunción familiar leve; el segundo dato referente a la edad muestra que el 36.69% de alumnos con 11 años de edad presentan disfunción familiar leve, el 32.68% de alumnos con 12 años de edad presentan disfunción familiar leve, y por último el 52.38% de alumnos con 13 años de edad presentan disfunción familiar moderada.

ANEXO E. Descripción de las características sociodemográficas en relación al nivel de depresión infantil

Tabla 21
Distribución del nivel de depresión infantil en alumnos del 6to grado según sexo y edad

Sexo (n = 452)	Categoría	n	%
Masculino	No hay presencia	163	74,09
	Presencia mínimo y moderada	55	25,00
	Presencia marcada o severa	1	,45
	Presencia en grado máximo	1	,45
	Total	220	100,00
Femenino	No hay presencia	149	64,22
	Presencia mínimo y moderada	77	33,19
	Presencia marcada o severa	5	2,16
	Presencia en grado máximo	1	,43
	Total	232	100,00
Edad (n = 452)	Categoría	n	%
11 años	No hay presencia	199	71,58
	Presencia mínimo y moderada	75	26,98
	Presencia marcada o severa	3	1,08
	Presencia en grado máximo	1	,36
	Total	278	100,00
12 años	No hay presencia	102	66,67
	Presencia mínimo y moderada	47	30,72
	Presencia marcada o severa	3	1,96
	Presencia en grado máximo	1	,65
	Total	153	100,00
	No hay presencia	11	52,38

13 años	Presencia mínimo y moderada	10	47,62
	Presencia marcada o severa	0	0,00
	Presencia en grado máximo	0	0,00
	Total	21	100,00

Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a 452 alumnos de 6to grado

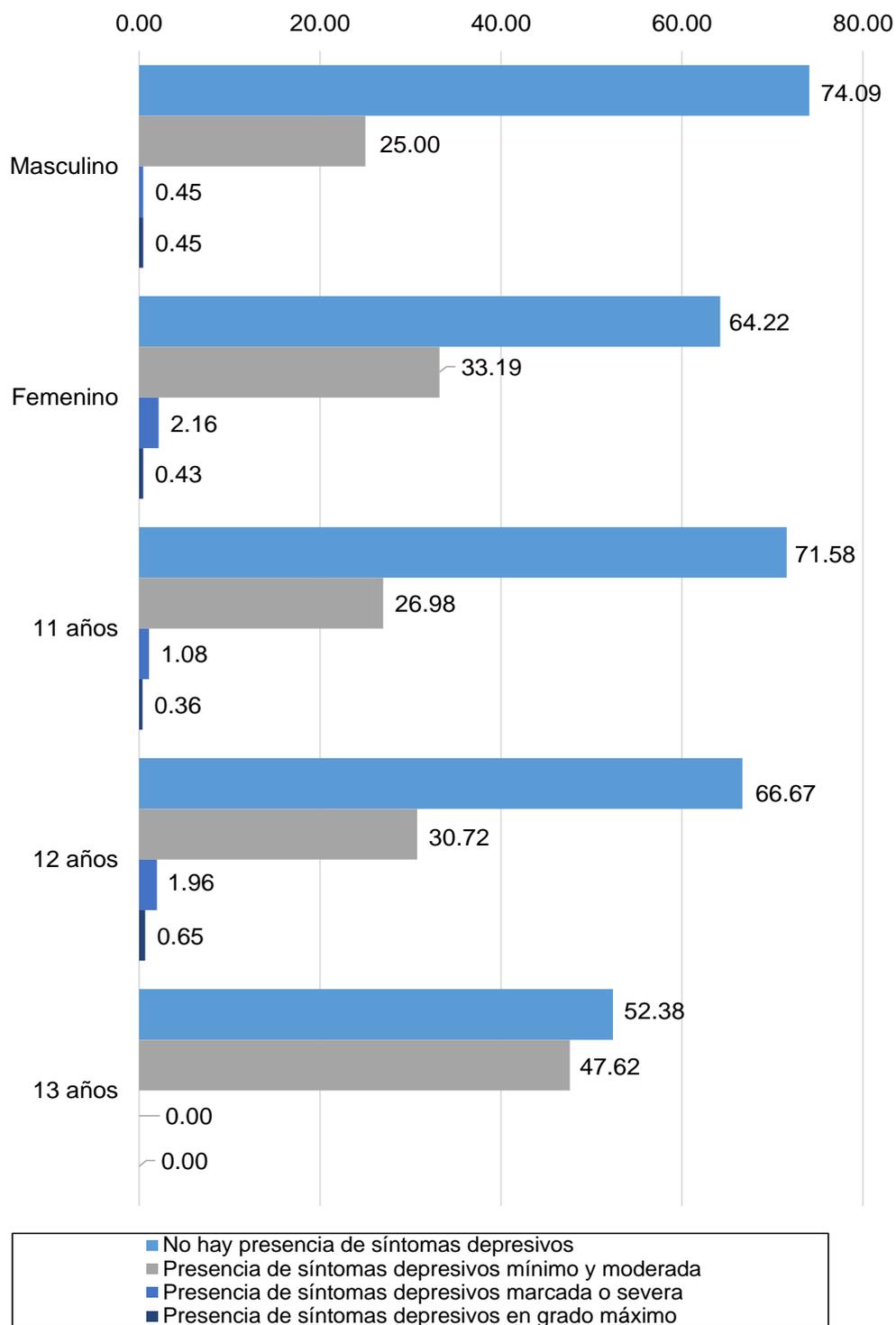


Figura 9. Distribución del nivel de depresión infantil en alumnos del 6to grado según sexo y edad

Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a 452 alumnos de 6to grado

Conclusión

La tabla 21 muestra los resultados de la datos sociodemográficos y su relación con la depresión infantil, el primer dato con respecto al sexo, destaca el 25% de hombres con un nivel mínimo o moderado de depresión infantil, seguido por un 33.19% de mujeres que presentan un nivel mínimo o moderado de depresión infantil; el segundo dato referente a la edad muestra que el 26.98% de alumnos con 11 años de edad presentan un nivel mínimo o moderado de depresión infantil, el 30.72% de alumnos con 12 años de edad presentan un nivel mínimo o moderado de depresión infantil, y por último el 47.62% de alumnos con 13 años de edad presentan un nivel mínimo o moderado de depresión infantil.

ANEXO F. Descripción de la distribución de ítems de la variable depresión infantil

Tabla 22

Distribución de ítems de la variable depresión infantil - disforia

Items - Depresión infantil	Puntaje 0		Puntaje 1		Puntaje 2		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1 Tristeza	398	88.05	41	9.07	13	2.88	452	100.00
3 Sentimientos de inutilidad	338	74.78	98	21.68	16	3.54	452	100.00
4 Anhedonia general	196	43.36	236	52.21	20	4.42	452	100.00
6 Pesimismo	274	60.62	162	35.84	16	3.54	452	100.00
9 Ideas suicidas	309	68.36	132	29.20	11	2.43	452	100.00
12 Reducción del interés social	231	51.11	184	40.71	37	8.19	452	100.00
14 Autoimagen física negativa	216	47.79	225	49.78	11	2.43	452	100.00
17 Fatiga	376	83.19	47	10.40	29	6.42	452	100.00
19 Preocupación somática	167	36.95	212	46.90	73	16.15	452	100.00
20 Sentimientos de soledad	300	66.37	121	26.77	31	6.86	452	100.00
22 Aislamiento social, falta de amigos	244	53.98	176	38.94	32	7.08	452	100.00
23 Declinamiento escolar	274	60.62	162	35.84	16	3.54	452	100.00
25 Sentimientos de no ser querido	303	67.04	129	28.54	20	4.42	452	100.00
26 Desobediencia	244	53.98	185	40.93	23	5.09	452	100.00
27 Problemas interpersonales.	403	89.16	44	9.73	5	1.11	452	100.00

Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a 452 alumnos de 6to grado.

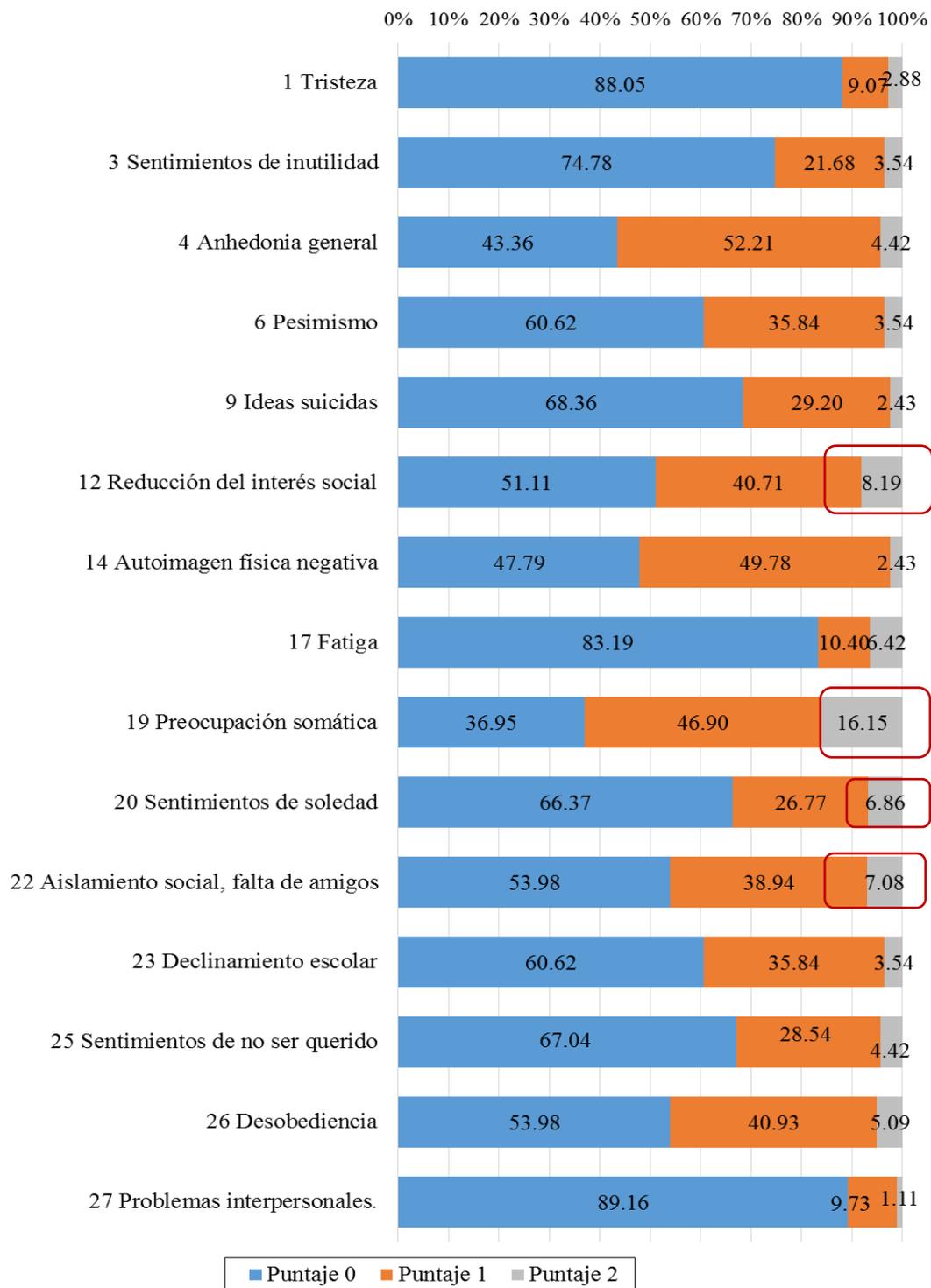


Figura 10. Distribución de ítems de la variable depresión infantil - Disforia

Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a 452 alumnos de 6to grado.

Tabla 23
Distribución de ítems de la variable depresión infantil – autoestima negativa

Items - Depresión infantil	Puntaje 0		Puntaje 1		Puntaje 2		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2 Desesperanza	172	38.05	268	59.29	12	2.65	452	100.00
5 Autoimagen negativa	429	94.91	10	2.21	13	2.88	452	100.00
7 Odio a si mismo	386	85.40	50	11.06	16	3.54	452	100.00
8 Culpabilidad	325	71.90	89	19.69	38	8.41	452	100.00
10 Llanto	401	88.72	25	5.53	26	5.75	452	100.00
11 Aprensión, preocupación	308	68.14	79	17.48	65	14.38	452	100.00
13 Indecisión	142	31.42	255	56.42	55	12.17	452	100.00
15 Tareas del colegio	161	35.62	200	44.25	91	20.13	452	100.00
16 Disturbio del sueño	275	60.84	112	24.78	65	14.38	452	100.00
18 Disminución del apetito	312	69.03	69	15.27	71	15.71	452	100.00
21 Anhedonia en el colegio	248	54.87	183	40.49	21	4.65	452	100.00
24 Autoimagen negativa en comparación con los pares.	175	38.72	216	47.79	61	13.50	452	100.00
25 Sentimientos de no ser querido	303	67.04	129	28.54	20	4.42	452	100.00

Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a 452 alumnos de 6to grado.

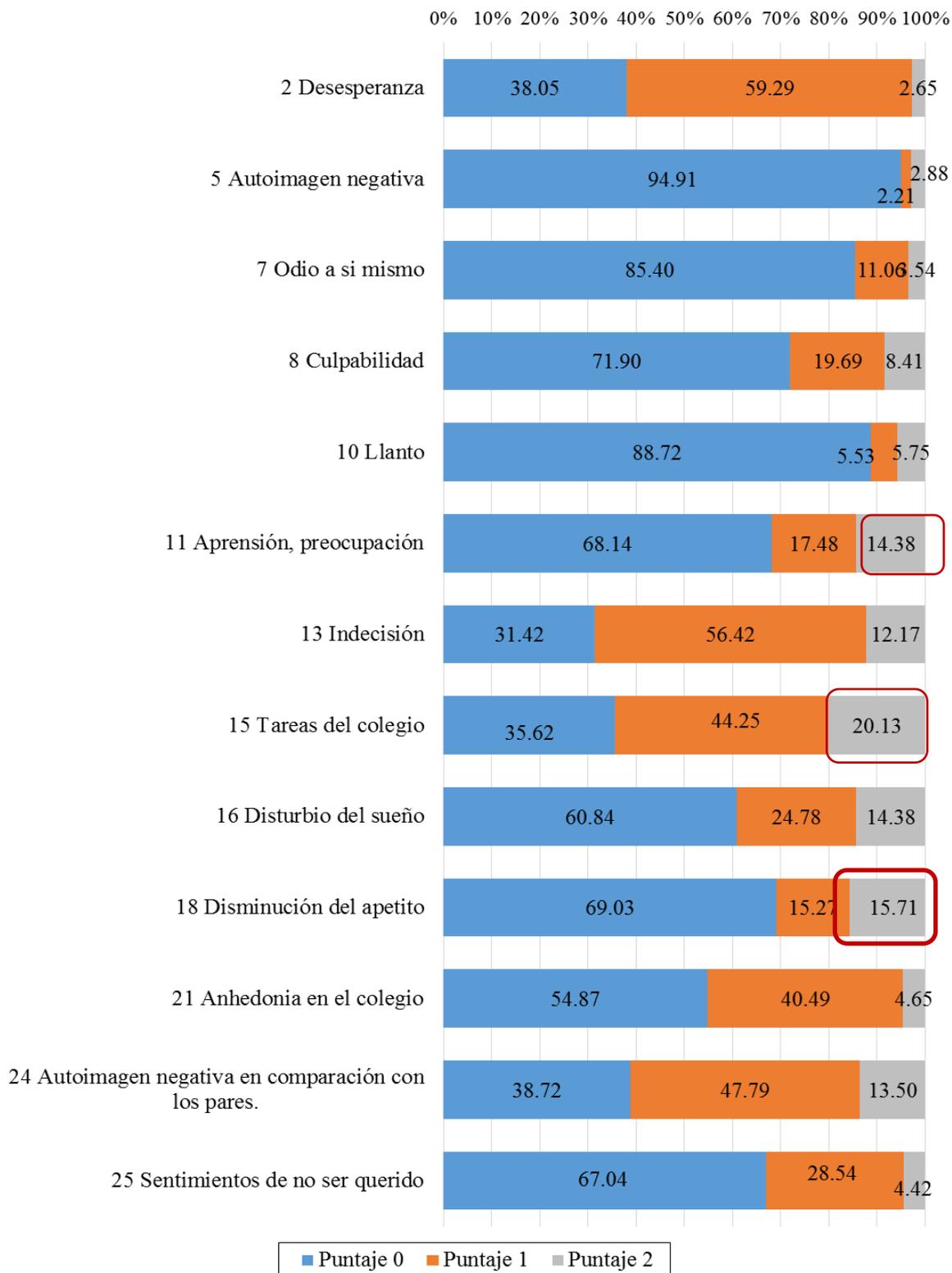


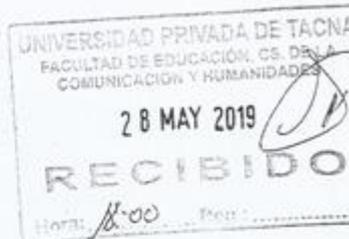
Figura 11. Distribución de ítems de la variable depresión infantil – autoestima negativa
 Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a 452 alumnos de 6to grado

Tacna, 28 de mayo del 2019

Señora

Mg. Patricia Nué Caballero

Decana de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades.



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

En vista de la resolución N° 245-D-2018-UPT/FAEDCOH, de fecha 28 de noviembre de 2018, en la cual se me designa como docente asesor del proyecto de tesis titulado: *"Funcionalidad familiar y depresión en alumnos de 6to grado de instituciones educativas públicas en el distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, año 2018"*, de la egresada en Psicología LANCHIPA RAMOS, Daniele Aiejanóra, para optar el título profesional de licenciada, cabe mencionar que tras haber realizado las respectivas revisiones en mérito a la resolución antes descrita, la egresada ha levantado todas las observaciones hechas y se encuentra APTA para continuar con los trámites correspondientes.

Sin otro particular, quedo de Ud.

Psic. GLENDA R. VILCA CORONADO
Docente - Carrera Profesional de Psicología



UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
Avenida Bolognesi N° 1177
FONO-FAX 415851
TACNA - PERU



Facultad de Educación Cs de la Comunicación y Humanidades

AL : Mag. PATRICIA NUE CABALLERO
Decana de la FAEDCOH - UPT

DEL : Ps. FERNANDO HEREDIA GONZALES
Docente de la FAEDCOH

ASUNTO : Dictamen de tesis.

FECHA : Tacna, 2019 agosto 20

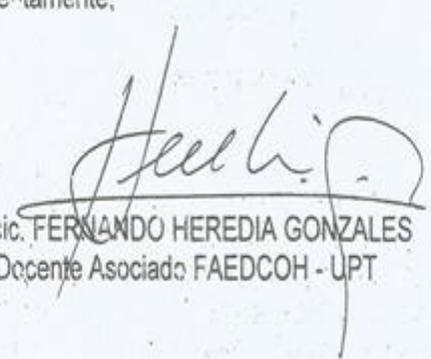


Me dirijo a usted en cumplimiento a lo dispuesto en la Resolución 117-D-2019-UPT/FAEDCOH, en la que se me designa como dictaminador de la Tesis titulada "FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN LOS ALUMNOS DE 6TO GRADO DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PUBLICAS EN EL DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, AÑO 2018", presentada por la bachiller DANIELA ALEJANDRA LANCHIPA RAMOS.

Habiendo salvado las observaciones de un dictamen previo, la opinión final es **FAVORABLE**, por lo que puede seguir el trámite consiguiente.

Es cuanto informo a usted para los fines pertinentes.

Atentamente,


Psic. FERNANDO HEREDIA GONZALES
Docente Asociado FAEDCOH - UPT

HOJA DE CALIFICACIÓN

Luego de sustentar la Tesis Diseño de Intervención titulada:

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN LOS ALUMNOS DE 6TO GRADO DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS EN EL DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, AÑO 2018.”

Por la bachiller: Lanchipa Ramos, Daniela Alejandra

Obtuvo la calificación de:

Los jurados fueron:

Presidente:

Secretaria:

Vocal:

Tacna, ____ de _____ del 2019

Firma y sello de la Secretaria Académica