

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**Funcionalidad familiar y sintomatología depresiva en
un grupo católico de Moyobamba**

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

AUTOR

Jesús Fernando Guevara Reyes

ASESOR

Stalin Eliot Quispe Cisneros

Rioja, Perú

2024

METADATOS COMPLEMENTARIOS**Datos de los Autores****Autor 1**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

Autor 2

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

Autor 3

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

Autor 4

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

Datos de los Asesores**Asesor 1**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (Obligatorio)	

Asesor 2

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (Obligatorio)	

Datos del Jurado

Presidente del jurado

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

Segundo miembro

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

Tercer miembro

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

Datos de la Obra

Materia*	
Campo del conocimiento OCDE Consultar el listado:	
Idioma	
Tipo de trabajo de investigación	
País de publicación	
Recurso del cual forma parte (opcional)	
Nombre del grado	
Grado académico o título profesional	
Nombre del programa	
Código del programa Consultar el listado:	

***Ingresar las palabras clave o términos del lenguaje natural (no controladas por un vocabulario o tesauro).**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ESTUDIOS DE PSICOLOGÍA SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LICENCIATURA

ACTA N° 055-2024

En la ciudad de Nueva Cajamarca, a los veintiún días del mes de Mayo del año dos mil veinticuatro, siendo las 14:30 horas, a través de la plataforma virtual Zoom, el Bachiller Guevara Reyes, Jesus Fernando sustenta su tesis denominada **“Funcionalidad familiar y sintomatología depresiva en un grupo católico de Moyobamba”** para obtener el Título Profesional de Licenciado en Psicología, del Programa de Estudios de Psicología.

El jurado calificó mediante votación secreta:

- | | |
|--|--------------------|
| 1.- Prof. Giovani Martin Díaz Gervasi | APROBADO : REGULAR |
| 2.- Prof. Caroline Gabriela Marin Cipriano | APROBADO : REGULAR |
| 3.- Prof. Rafael Martin Del Busto Bretoneche | APROBADO : REGULAR |

Se contó con la participación del asesor:

- 4.- Prof. Stalin Eliot Quispe Cisneros

Habiendo concluido lo dispuesto por el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Católica Sedes Sapientiae y siendo las 15:45 horas, el Jurado da como resultado final, la calificación de:

APROBADO : REGULAR

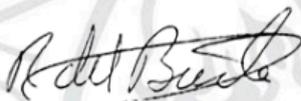
Es todo cuanto se tiene que informar.



Prof. Giovani Martin Díaz Gervasi
Presidente



Prof. Caroline Gabriela Marin Cipriano



Prof. Rafael Martin Del Busto Bretoneche



Prof. Stalin Eliot Quispe Cisneros

Lima, 21 de Mayo del 2024

Anexo 2

CARTA DE CONFORMIDAD DEL ASESOR(A) DE TESIS / INFORME ACADÉMICO/ TRABAJO DE INVESTIGACIÓN/ TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL CON INFORME DE EVALUACIÓN DEL SOFTWARE ANTIPLAGIO

Nueva Cajamarca, 24 de septiembre de 2024

Señor(a),
YORDANIS ENIQUEZ CANTO
Jefe del Departamento de Investigación
Facultad de Ciencias de la salud

Reciba un cordial saludo.

Sirva el presente para informar que la tesis con título: Funcionalidad familiar y sintomatología depresiva en un grupo católico de Moyobamba, presentado por: Jesús Fernando Guevara reyes código de estudiante 2015100877 y DNI: 72646779) para optar el título profesional de licenciado en psicología. ha sido revisado en su totalidad por mi persona y **CONSIDERO** que el mismo se encuentra **APTO** para ser sustentado ante el Jurado Evaluador.

Asimismo, para garantizar la originalidad del documento en mención, se le ha sometido a los mecanismos de control y procedimientos antiplagio previstos en la normativa interna de la Universidad, **cuyo resultado alcanzó un porcentaje de similitud de 17 %**. * Por tanto, en mi condición de asesor(a), firmo la presente carta en señal de conformidad y adjunto el informe de similitud del Sistema Antiplagio Turnitin, como evidencia de lo informado.

Sin otro particular, me despido de usted. Atentamente,



Firma del Asesor (a)
DNI N°: 08674786
ORCID: 0000-0002-6945-3222

* De conformidad con el artículo 8°, del Capítulo 3 del Reglamento de Control Antiplagio e Integridad Académica para trabajos para optar grados y títulos, aplicación del software antiplagio en la UCSS, se establece lo siguiente:

Artículo 8°. Criterios de evaluación de originalidad de los trabajos y aplicación de filtros

El porcentaje de similitud aceptado en el informe del software antiplagio para trabajos para optar grados académicos y títulos profesionales, será máximo de veinte por ciento (20%) de su contenido, siempre y cuando no implique copia o indicio de copia.

Funcionalidad familiar y sintomatología depresiva en un grupo
católico de Moyobamba

DEDICATORIA

A todos los padres que están defendiendo a sus familias de la ideología de género, brindando estabilidad a través de las normas y el afecto.

AGRADECIMIENTO

A mis padres y hermanos, por su ejemplo de vida.

A mi esposa, hijo e hijos que vendrán, por ser la fuente de mis virtudes.

RESUMEN

El **objetivo** de este estudio fue determinar la asociación entre la funcionalidad familiar y los síntomas depresivos en un grupo católico de Moyobamba. Respecto a **materiales y métodos**, se utilizó un enfoque correlacional y un diseño no experimental transversal, ya que los datos se recopilaron en un solo punto en el tiempo. La población consistió en 57 miembros del grupo católico Juventud Misionera de María, con edades comprendidas entre los 13 y los 30 años. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III), el Inventario de Depresión de Beck y un cuestionario sociodemográfico. Para el análisis estadístico, se aplicó la prueba de Chi cuadrado, con un nivel de significancia establecido en 0.05. Conforme a los **resultados**, se encontró una relación significativa entre la cohesión familiar y los síntomas depresivos ($p=0.038$). Además, se observó una asociación entre la cohesión familiar y la edad ($p=0.011$), el tipo de familia ($p=0.014$), los dispositivos electrónicos utilizados con frecuencia ($p=0.036$) y la percepción de la relación familiar ($p= 0,00$). Estos datos permitieron llegar a la siguiente **conclusión**: se encontró una relación significativa entre la funcionalidad familiar (cohesión) y los síntomas depresivos en este grupo católico de Moyobamba. Es importante destacar que también se observaron algunas asociaciones significativas entre ciertas dimensiones de estas variables. Estos hallazgos sugieren que una mayor cohesión familiar está relacionada con un menor riesgo de experimentar síntomas depresivos.

Palabras clave: Funcionalidad, Cohesión, Adaptabilidad, depresión (Fuente: DeCS)

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to determine the association between family functionality and depressive symptoms in a Catholic group from Moyobamba. **Materials and methods:** A correlational approach and a cross-sectional non-experimental design were used, as data were collected at a single point in time. The population consisted of 60 members of the Catholic Group Missionary Youth of Mary, aged between 13 and 30 years. The instruments used were the Family Cohesion and Adaptability Scale (FACES III), the Beck Depression Inventory and a sociodemographic questionnaire. For statistical analysis, the Chi square test was applied, with a significance level set at 0.05. **Results:** A significant relationship was found between family cohesion and depressive symptoms ($p=0.038$). Furthermore, an association was observed between family cohesion and age ($p=0.011$), type of family ($p=0.014$), frequently used electronic devices ($p=0.036$) and perception of the family relationship ($p= 0.00$). **Conclusion:** A significant relationship was found between family functionality (cohesion) and depressive symptoms in this Catholic group from Moyobamba. It is important to highlight that some significant associations were also observed between certain dimensions of these variables. These findings suggest that greater family cohesion is related to a lower risk of experiencing depressive symptoms.

Key words: Functionality, Cohesion, Adaptability, depression. (Source: DeCS)

ÍNDICE

Resumen	V
Índice	VII
Introducción	VIII
Capítulo I El problema de investigación	10
1.1.Situación problemática	10
1.2.Formulación del problema	11
1.3.Justificación de la investigación	11
1.4.Objetivos de la investigación	12
1.4.1.Objetivo general	12
1.4.2.Objetivos específicos	12
1.5.Hipótesis	13
Capítulo II Marco teórico	13
2.1.Antecedentes de la investigación	13
2.2.Bases teóricas	15
Capítulo III Materiales y métodos	21
3.1.Tipo de estudio y diseño de la investigación	21
3.2.Población y muestra	21
3.2.3.Criterios de inclusión y exclusión	21
3.3.Variables	22
3.3.1.Definición conceptual y operacionalización de variables	22
3.4.Plan de recolección de datos e instrumentos	22
3.5.Plan de análisis e interpretación de la información	25
3.6.Ventajas y limitaciones	25
3.7.Aspectos éticos	26
Capítulo IV Resultados	27
Capítulo V Discusión	34
5.1. Discusión	34
5.2. Conclusión	35
5.3. Recomendaciones	35
Referencias bibliográficas	37
Anexos	

INTRODUCCIÓN

Este trabajo pretende brindar el interés correspondiente al funcionamiento familiar como factor protector contra la depresión en jóvenes y, al mismo tiempo, intenta demostrar su papel en la prevención del aumento de los síntomas depresivos, sobre todo teniendo en cuenta el impacto que tiene la depresión en la salud mental de los adolescentes en las familias núcleo. Además, este estudio ofrece sustento teórico para futuras investigaciones con jóvenes y fomenta la acción en entornos clínicos, educativos y sociales a nivel local y nacional.

Respecto al funcionamiento familiar, Oliva y Villa (2014) plantean que el núcleo familiar actualmente ha sufrido mutaciones en estructura, patrón y forma, pero continúa partiendo de un plan claro y dinámico llevado a cabo en individuos en diferentes etapas de desarrollo espiritual y físicamente maduros, que están unidos por sangre y/o lazos y se reúnen en puntos compartidos geográfica y culturalmente limitados con el propósito principal de satisfacer las necesidades primarias de sus miembros.

En ese marco, este estudio tuvo como objetivo investigar los niveles de síntomas depresivos en jóvenes utilizando un instrumento validado actualmente, lo que nos permitirá aclarar nuestros objetivos.

Para Birlson (1981) la depresión se manifiesta a través de la presencia de llanto, melancolía, cambios de comportamiento que duran al menos dos semanas o hasta un año, dificultad para establecer relaciones sociales, disminución del rendimiento académico, amenazas o conductas suicidas, irritabilidad, molestias somáticas, comportamiento errante, delirio y/o alucinaciones depresivas, desorden en el sueño e inapetencia, carencia de interés en actividades que solían hacerlo e inactividad.

La sintomatología depresiva es un tema de gran importancia debido a su impacto en la salud mental, especialmente en adolescentes y jóvenes. En Perú, se estima que hay 1 millón 700 mil personas que sufren de depresión, pero solo una pequeña proporción busca ayuda médica (INSM, 2019). Estas cifras no son tan distintas de las estadísticas mundiales proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que indican que más de 300 millones de personas en Latinoamérica padecen esta enfermedad. En Perú, en el año 2018 se atendieron casi 2 millones de personas por problemas emocionales, y el 70% de los pacientes eran niños y jóvenes (INSM, 2019).

La sintomatología depresiva se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, fatiga y dificultad para concentrarse (D. Burns, 2001). Beck sostiene que la depresión es el resultado de una distorsión en el pensamiento del individuo, en el cual se tiene una visión negativa de sí mismo, de su entorno y de su futuro (Beck, 1967).

Según el Ministerio de Salud (2017), los problemas emocionales son los trastornos más comunes en niños y adolescentes que buscan atención médica, y se encontró que el 50% de estos adolescentes señalan que sus familias no viven en un ambiente favorable. Por lo tanto, la funcionalidad familiar es crucial para promover el desarrollo integral de sus miembros, y se refleja en el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar, como la adaptación, el crecimiento, el afecto y los recursos. (Smilkstein, 1978). Además, la cohesión familiar, que es el vínculo emocional entre los miembros de una familia, y la adaptabilidad familiar, que determina la flexibilidad del sistema familiar para adaptarse a los cambios en las relaciones, roles y reglas, son aspectos claves para mantener la estabilidad familiar (Olson, 1999).

Las familias cristianas poseen características que los distinguen, siendo la principal de ellas el vínculo espiritual que surge de compartir la misma fe. Este vínculo espiritual

ordena a la familia con los propósitos de Dios y se refleja en la forma en que los padres crían a sus hijos, brindándoles disciplina, constancia y amor. Además, estas familias comparten actividades en el hogar y disfrutan de pasar tiempo juntos, tratándose con respeto y fomentando lazos de amor, amistad, comunicación y habilidades para enfrentar las adversidades.

Es importante destacar que cuando una familia cumple adecuadamente sus funciones, se refleja en un sistema familiar saludable y adecuado. Por el contrario, si la familia no cumple con estas funciones, puede convertirse en un sistema disfuncional y generar problemas (Estrada, 2012).

Por ello, el objetivo de esta presente investigación es describir la relación entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en un grupo católico de Moyobamba. En ese sentido, el principal problema será ¿cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en un grupo católico de Moyobamba? Además, la hipótesis de la presente investigación afirma que existe relación entre funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en un grupo católico de Moyobamba.

Para ello, este trabajo está organizado mediante capítulos: Capítulo I: El problema de investigación, que trata de la situación problemática, formulación del problema, justificación de la investigación, objetivos e hipótesis. Capítulo II: Marco teórico, trata de los antecedentes de la investigación y bases teóricas. Capítulo III: Materiales y métodos, trata tipo de estudio y diseño de la investigación, población y muestra, tamaño de la muestra, selección del muestreo, criterios de inclusión y exclusión, variables, definición conceptual y operacionalización de las variables, plan de recolección de datos e instrumentos, plan de análisis e interpretación de la información, ventajas y limitaciones, aspectos éticos, aspectos administrativos y cronograma de actividades. Capítulo IV: Resultados, donde se describen los resultados hallados. Capítulo V: Discusión, en el que se comparan los resultados encontrados con la literatura científica respectiva; además, se presenta la conclusión y se exponen las recomendaciones. Finalmente, las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Situación problemática

Según Thapar et al. (2022) las cifras de depresión en los adolescentes y jóvenes se han incrementado de manera significativa en los últimos 10 años, lo cual es preocupante, ya que el desarrollo social, emocional y cognitivo, así como las transiciones vitales claves, se generan con una rapidez impresionante en esta etapa de desarrollo.

Es importante observar el comportamiento de este fenómeno en la población estudiantil universitaria, ya que, aparte de encontrarse en un rango de edad donde es más común que aparezcan trastornos mentales como la depresión, pertenece a un grupo vulnerable identificado como “en riesgo” (Moncada Godoy, 2016)

La sintomatología depresiva, especialmente en los adolescentes, es un problema importante que afecta la salud mental de las personas. En el Perú, al igual que en algunos otros países de Latinoamérica y del mundo, esta problemática es evidente, como lo demuestran las cifras citadas anteriormente. En el año 2018, por ejemplo, se atendieron casi 2 millones de personas con síntomas depresivos, y es preocupante que el 70% de los pacientes sean niños y jóvenes menores de 18 años. Además, el 20% de los niños y adolescentes peruanos experimentan problemas de salud mental o tienen alguna vulnerabilidad (INSM).

El estudio llevado a cabo por Landa-Blanco et al. (2022) a 1696 estudiantes de pregrado, evidencia una relación directa entre los síntomas de depresión y el riesgo suicida, pues el 50% de los encuestados ha tenido al menos una ideación suicida y el 8.2% ha realizado como mínimo un intento suicida, tengan o no la intención de morir.

Los adolescentes con sintomatología depresiva suelen tener una apreciación negativa de sí mismos, de su entorno y del futuro. Esto se conoce como la tríada cognitiva, donde la persona se ve a sí misma como incapaz, inútil o defectuosa; además, interpreta la mayoría de sus experiencias como dañinas o perdidas, y cree que el futuro estará lleno de fracasos y frustraciones. Esta sensación de desesperanza lleva a la pasividad y a la resignación, creyendo que las situaciones futuras serán incontrolables (Beck, 1967).

Según el Ministerio de Salud (2017), los trastornos emocionales son los más comunes en niños y adolescentes que buscan atención. Se reveló que el 50% de estos adolescentes asegura que sus familias no viven en un ambiente favorable, lo que sugiere una relación entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva.

El funcionamiento familiar se refiere a las interacciones entre los miembros de la familia y cómo el sistema familiar opera, evalúa y se comporta (McCubbin y Thompson, 1987). La cohesión y la adaptabilidad son componentes clave de la funcionalidad familiar. La cohesión se refiere a la conexión emocional entre los miembros, y la adaptabilidad se refiere a la capacidad del sistema para cambiar su estructura de poder, roles y reglas de relación para hacer frente al estrés. Durante la adolescencia, tanto los adolescentes como las familias experimentan una serie de cambios y es necesario comprender y adaptarse a las necesidades emocionales de los adolescentes (Polaino y Martínez, 2003).

Las familias cristianas, que comparten la misma fe y tienen características particulares, como el vínculo espiritual y la crianza basada en la disciplina, constancia y amor, pueden reflejar un sistema familiar sano y adecuado. Si la familia cumple adecuadamente sus funciones, se promueve la comunicación, el respeto, el amor y la capacidad para enfrentar las adversidades. Sin embargo, si la familia no cumple con estas funciones, puede convertirse en un sistema disfuncional y generar problemas (Estrada, 2012).

Ante esta realidad, surge el interés de realizar esta investigación para explorar la relación entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en un grupo católico de adolescentes en Moyobamba.

Por lo expuesto, se realiza el estudio con el objetivo de:

Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en un grupo católico de Moyobamba.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en un grupo católico de Moyobamba?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuáles son las características de la cohesión, adaptabilidad familiar y la sintomatología depresiva en un grupo de Moyobamba?

¿Cuáles son las características de la sintomatología depresiva en un grupo de Moyobamba?

¿Cuál es la relación entre la cohesión, adaptabilidad familiar y los datos sociodemográficos en un grupo de Moyobamba?

¿Cuál es la relación entre la sintomatología depresiva y los datos sociodemográficas en un grupo de Moyobamba?

1.3. Justificación de la investigación

Actualmente, es una preocupación importante la situación de las personas y las familias en el Perú. Solo hace falta observar los informes frecuentes sobre violencia familiar e intentos de suicidio de adolescentes en los medios de comunicación. Como profesional, interesa conocer cómo funcionan las familias de este grupo y cómo las interacciones familiares influyen en la salud mental de los adolescentes que acuden a consulta.

Las experiencias de la infancia tienen un impacto en la formación de los pensamientos automáticos, que determinan la percepción del entorno y el futuro de una persona. Estos esquemas aprendidos pueden ser responsables de la presencia de trastornos como la depresión. Por lo tanto, la familia juega un papel crucial en la formación de individuos estables o inestables, especialmente durante la adolescencia y más adelante.

Con este propósito, se evaluó la sintomatología depresiva y la funcionalidad familiar en un grupo católico en Moyobamba. Según un estudio epidemiológico en salud mental, los problemas relacionados con los síntomas depresivos son de los principales problemas de salud mental en el Perú, y los adolescentes y jóvenes son una población vulnerable a causa de los cambios físicos y psicológicos que experimentan. Además, el funcionamiento familiar, es decir, la cohesión entre los miembros y la capacidad de adaptación a los cambios, desempeña un papel imprescindible y regulador en el desarrollo emocional de las personas que enfrentan nuevos desafíos que pueden

afectar su estado de ánimo. Los conflictos familiares constituyen el principal factor de riesgo asociado a dicha sintomatología.

Por lo tanto, es necesario efectuar este estudio para demostrar la correlación entre estas variables y, a su vez, concienciar a los profesionales de la salud mental acerca de la importancia de tomar medidas preventivas para abordar la sintomatología depresiva y mejorar las relaciones familiares. La sintomatología depresiva se asocia con muchos problemas de salud mental y, según la ley 29889, toda persona tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación. Además, el Estado debe garantizar programas y servicios adecuados para la intervención de la salud mental en todo el país, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Por otro lado, la investigación sobre la funcionalidad familiar en relación con la sintomatología depresiva es un tema poco estudiado en nuestro medio. Además, existen pocos estudios que nos brinden información sobre la situación actual del funcionamiento de las familias en Moyobamba, teniendo en cuenta las características socioeconómicas, culturales, educativas e incluso religiosas de cada zona de la ciudad. Es importante comprender cómo este funcionamiento familiar, en términos de cohesión y adaptabilidad de los miembros, afecta la salud mental de los adolescentes, quienes son una población vulnerable.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en un grupo católico de Moyobamba.

1.4.2. Objetivos específicos

Describir las características de la funcionalidad familiar en un grupo católico de Moyobamba.

Describir las características de la sintomatología depresiva en un grupo católico de Moyobamba.

Identificar la relación entre la funcionalidad familiar y los datos sociodemográficos en un grupo católico de Moyobamba.

Identificar la relación entre la sintomatología depresiva y los datos sociodemográficos en un grupo católico de Moyobamba.

1.5. Hipótesis

Existe una relación entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en un grupo católico de Moyobamba.

No existe relación entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en un grupo católico de Moyobamba.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

En esta parte se exponen los antecedentes del estudio y se detallan los principios teóricos que lo sustentan. Además, se señalan estudios previos relacionados con el tema, los cuales contextualizan el objeto de investigación y respaldan la realización de este trabajo, proporcionando un marco sólido para comprender el problema analizado.

2.1. Antecedentes de la investigación

Los antecedentes se organizan de acuerdo con su ámbito geográfico. Primero, se examinan los antecedentes a nivel internacional, proporcionando una visión global del tema. Luego, se abordan los antecedentes a nivel nacional, lo que permite ubicar el estudio en el contexto particular del país. Esta estructura facilita una comprensión integral del problema, comenzando con una perspectiva general y profundizando progresivamente en el análisis.

Internacionales

En primer lugar, se halló el trabajo de Chávez y Lima (2022), quienes llevaron a cabo un estudio con el objetivo de analizar la depresión, la ansiedad, el estrés y la funcionalidad familiar en adolescentes de una escuela en Guayaquil, provincia del Guayas, Ecuador, febrero, durante 2022. Participaron 218 estudiantes en este estudio no experimental, de alcance explicativo y con diseño transversal. Los datos se recopilaron mediante la aplicación de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y el Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL, administrados por miembros del Departamento de Consejería Estudiantil. Los resultados revelaron que un 17,9% de los participantes presentaba estrés moderado, un 17,9% tenía depresión moderada y un 30,3% experimentaba ansiedad extremadamente severa. Se encontró una evaluación estadísticamente significativa ($p = 0,000$) entre la funcionalidad familiar y las dimensiones de depresión, ansiedad y estrés, siendo inversamente proporcionales y de intensidad moderada. Además, se descubrió que el estado de la funcionalidad familiar era un factor predisponente para las tres dimensiones mencionadas.

Por su parte, Ortega, Montes de Oca y Trujillo (2022) realizaron un estudio para determinar la prevalencia y la extensión de la depresión mediante la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D R) y su relación con el funcionamiento familiar evaluado por el Puntaje de Apgar Familiar en estudiantes actuales de la Facultad de Ciencias Agrarias de la UAEMéx. Metodológicamente, el estudio fue observacional, descriptivo, prospectivo y transversal con una muestra de 257 estudiantes. Los resultados mostraron que el 59,92% de los estudiantes observados padecía depresión en diversos grados, con mayor prevalencia entre los hombres y entre los de 19 a 21 años. Entre las participantes femeninas, el 66,66% tenía depresión grave, mientras que sólo una participante informó un diagnóstico previo de depresión. La mayoría de los identificados con depresión pertenecían a la carrera de Ingeniero Agrónomo. A pesar de tener una familia normofuncional, el 45% de los participantes experimentó depresión. Además, el 18,18% tenía familias moderadamente funcionales, y entre los estudiantes identificados con familias severamente disfuncionales, 10 de 13 tenían depresión (6,49%). Los estudiantes con depresión no mostraron relación significativa con la funcionalidad familiar en el 75,32% de los casos ($p = 0,005$; odds ratio [OR] = 0,6885; intervalo de confianza [IC] del 95%). El estudio concluyó que la funcionalidad familiar no está relacionada con la presencia de depresión en estudiantes universitarios. y entre los estudiantes identificados con familias severamente disfuncionales, 10 de 13 tenían depresión (6,49%). Los estudiantes con depresión no mostraron relación significativa con la funcionalidad familiar en el 75,32% de los casos ($p = 0,005$; odds ratio [OR] = 0,6885; intervalo de confianza [IC] del 95%). El estudio concluyó que la funcionalidad

familiar no está relacionada con la presencia de depresión en estudiantes universitarios. y entre los estudiantes identificados con familias severamente disfuncionales, 10 de 13 tenían depresión (6,49%). Los estudiantes con depresión no mostraron relación significativa con la funcionalidad familiar en el 75,32% de los casos ($p = 0,005$; odds ratio [OR] = 0,6885; intervalo de confianza [IC] del 95%). El estudio concluyó que la funcionalidad familiar no está relacionada con la presencia de depresión en estudiantes universitarios.

Asimismo, Peña y García (2022) publicaron un estudio en la revista multidisciplinaria Latin Science con el objetivo de determinar la relación entre el funcionamiento familiar y la depresión en estudiantes universitarios. La investigación fue cuantitativa, de alcance correlacional y transversal. La población de estudio estuvo compuesta por 100 estudiantes de una Institución de Educación Superior de la ciudad de Ambato, Ecuador. Se utilizó el Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) como técnica de recolección de datos para medir el grado de funcionamiento familiar y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) para evaluar los niveles de depresión. Entre los principales hallazgos, se encontró una correlación negativa baja entre el funcionamiento familiar y la depresión, lo que indica que niveles más altos de funcionamiento familiar se asociaron con niveles más bajos de depresión. Además, la mayoría de la población exhibió niveles promedio y adecuado de funcionamiento familiar y depresión, respectivamente. Los estudiantes universitarios que están rodeados de un ambiente familiar positivo, donde se respetan los roles, hay comunicación constante, prevalece la armonía y hay muestras de afecto, tienen menos probabilidades de desarrollar trastornos como la depresión y más probabilidades de llevar una vida pacífica.

También, en el ámbito internacional, Arbeláez, Terán, Vanegas, Medina, Blandón y Cardona (2020) realizaron un estudio con el objetivo de analizar la asociación entre depresión y funcionamiento familiar en adolescentes escolares del municipio de Circasia, Quindío. El estudio contó con la participación de 240 adolescentes, tanto hombres como mujeres, con edades entre 15 y 19 años, que asistían a instituciones educativas del municipio de Circasia. Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. Se administró el Inventario de Depresión de Beck, el APGAR Familiar de Smilkstein y una encuesta para recolectar datos sociodemográficos, familiares y de salud. Los hallazgos revelaron que el 45,8% de los participantes tenía algún nivel de depresión y el 46,3% experimentaba disfunción familiar.

Nacionales

En el espacio nacional, Güere y Balvin (2019) realizaron un estudio titulado “Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de una institución educativa estatal en Huancayo 2019”. El objetivo del estudio fue determinar la relación entre el funcionamiento familiar y la depresión en adolescentes de una institución educativa. El estudio se basó en una investigación básica, con un nivel de investigación descriptivo correlacional. Se utilizó un diseño de investigación no experimental transversal, y la muestra estuvo compuesta por 192 estudiantes de 1° a 5° grado de secundaria. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar - FACES-III de David Olson y el Inventario de Depresión Infantil - CDI de Kovacs, con coeficientes de confiabilidad (alfa de Cronbach) de 0,85 y 0,83, respectivamente. El estudio se realizó en la institución educativa “La Victoria” y los principales resultados arrojaron que prevaleció la dimensión Cohesión Desvinculada con un 42,7%, y la dimensión Adaptabilidad Caótica con un 41,7%. En cuanto al funcionamiento familiar predominó el nivel Intermedio con un 50%. La variable depresión predominó el nivel “sin síntomas” con un 83,85%. En los resultados globales, la rho de

Spearman encontrada fue inferior al valor esperado ($0,060 < 0,05$). Por lo tanto, el estudio concluyó que no existe asociación significativa entre las variables, rechazando la hipótesis alternativa y aceptando la hipótesis nula. En cuanto al funcionamiento familiar predominó el nivel Intermedio con un 50%. La variable depresión predominó el nivel "sin síntomas" con un 83,85%. En los resultados globales, la rho de Spearman encontrada fue inferior al valor esperado ($0,060 < 0,05$). Por lo tanto, el estudio concluyó que no existe asociación significativa entre las variables, rechazando la hipótesis alternativa y aceptando la hipótesis nula. En cuanto al funcionamiento familiar predominó el nivel Intermedio con un 50%. La variable depresión predominó el nivel "sin síntomas" con un 83,85%. En los resultados globales, la rho de Spearman encontrada fue inferior al valor esperado ($0,060 < 0,05$). Por lo tanto, el estudio concluyó que no existe asociación significativa entre las variables, rechazando la hipótesis alternativa y aceptando la hipótesis nula.

De igual modo, Pejerrey Urcia (2019) presentó un estudio de investigación titulado "Funcionamiento familiar y depresión en estudiantes de 5to grado de secundaria de una Institución Educativa Nacional en Reque, Chiclayo - 2019". El objetivo general del estudio fue determinar la relación entre el funcionamiento familiar y la depresión en estudiantes de 5to grado de secundaria de una institución educativa nacional en Reque, Chiclayo - 2019. La población y muestra estuvo conformada por 80 estudiantes, con edades entre 16 y 17 años, de ambos sexos. Los instrumentos utilizados para recolectar información fueron el Inventario de Depresión de Beck y la Operación Familiar - Caras III, según Olson, Portner y Lavee (1985). Se utilizó un diseño transversal no experimental, siguiendo el enfoque de Fernández, Hernández y Bautista (2018), lo que indica que el estudio fue no experimental porque las variables no fueron manipuladas deliberadamente y los datos se recolectaron en un solo momento en el tiempo. Finalmente, se utilizó la prueba de correlación de Spearman para probar la hipótesis, arrojando un resultado de ($P = 0.005 < 0.01$), demostrando la existencia de una correlación significativa entre el funcionamiento familiar y la depresión en estudiantes de 5to grado de secundaria de una institución educativa nacional en Reque, Chiclayo - 2019.

De igual modo, Colchao Rojas (2022) realizó un estudio de investigación con el objetivo de determinar la relación entre el funcionamiento familiar y la depresión en adolescentes de la institución educativa Virgen de Asunta, Chachapoyas - 2022. La muestra estuvo conformada por 241 adolescentes del sexo femenino. Para la variable funcionamiento familiar se utilizó el test Faces III de Olson, que consta de 20 ítems y es una escala tipo Likert con dos dimensiones: cohesión y flexibilidad. La confiabilidad para la escala de cohesión fue de 0,85, mientras que la escala de flexibilidad tuvo 0,74. Para la variable depresión se utilizó el Inventario de Beck, que es una escala tipo Likert compuesta por 21 ítems. La validez de contenido se evaluó mediante juicio de expertos, obteniendo una V de Aiken de 0,99, y la confiabilidad se midió con un alfa de Cronbach de 0,93. Los resultados mostraron que, del total de adolescentes, el 10,4% tenía funcionamiento familiar equilibrado y depresión leve, el 5,0% tenía funcionamiento equilibrado y depresión moderada, el 2,5% tenía funcionamiento equilibrado y depresión grave, el 17,0% tenía funcionamiento familiar moderado y depresión leve, El 13,3% tenía un funcionamiento familiar moderado y depresión moderada, y el 8,3% tenía un funcionamiento familiar moderado y depresión grave. Además, el 19,9% tenía un funcionamiento familiar extremo y depresión leve, el 13,7% tenía un funcionamiento familiar extremo y depresión moderada y el 10,0% tenía un funcionamiento familiar extremo y depresión grave. En conclusión, no hubo relación entre el funcionamiento familiar y la depresión en adolescentes.

También, Carcausto y Ciprian Aparicio (2021) realizaron un estudio de investigación con el objetivo de determinar si existe asociación entre el funcionamiento familiar y la depresión en adultos mayores que forman parte del Programa “Pensión 65” en el distrito de Pichigua, provincia de Espinar – Cusco. . El enfoque de la investigación fue cuantitativo, descriptivo y correlacional, con un diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 173 adultos mayores. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario APGAR FAMILIAR y el test YESAVAGE. Se utilizó IBM SPSS 23 para el análisis de datos y el coeficiente de correlación Rho de Spearman para analizar la correlación. Los resultados mostraron que el 39,3% de los adultos mayores tenía disfunción familiar grave, el 27,2% tenía disfunción familiar moderada, el 22,5% tenía disfunción familiar leve y el 11,0% no tenía disfunción familiar. En cuanto a la depresión, el 41,6% tenía depresión severa, el 42,8% tenía depresión moderada y el 15,6% no tenía depresión. En la categoría de disfunción familiar grave, las mujeres representaron el 21,4% y los hombres el 17,9%. En la categoría de depresión severa, las mujeres representaron el 20,8% y los hombres el 20,8%. Entre los participantes casados, el 47,1% tenía disfunción familiar grave, mientras que el 44,1% tenía disfunción familiar grave entre los participantes viudos. En cuanto a la depresión grave, el 48,6% estaban casados y el 40,3% eran viudos. En conclusión, existe una relación significativa entre el funcionamiento familiar y la depresión en adultos mayores del Programa “Pensión 65” del distrito de Pichigua, provincia de Espinar – Cusco, con un coeficiente de correlación $Rho = 0.530$. Los adultos mayores que experimentan niveles más bajos de funcionamiento familiar tienen un mayor grado de depresión.

Los antecedentes proporcionados permitirán realizar comparaciones y análisis entre las variables de estudio en poblaciones con características socioculturales similares en el mismo país. Esto ayudará a identificar posibles patrones o tendencias en la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en diferentes contextos. También será posible analizar si existen diferencias en los resultados encontrados en otras ciudades, lo que podría indicar la influencia de factores contextuales específicos en la relación entre estas variables. Estos análisis comparativos contribuirán a una mejor comprensión de la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en diferentes poblaciones y contextos.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Cohesión y Adaptabilidad Familiar

a) Cohesión Familiar

Según Olson (1999), se entiende por cohesión la conexión emocional que existe entre los miembros de una familia. En el modelo Circumplejo, se pueden utilizar distintos conceptos o variables para evaluar la cohesión familiar, como la vinculación emocional, los límites, las coaliciones, el tiempo, el espacio, los amigos, la toma de decisiones, los intereses y la recreación.

b) Adaptabilidad Familiar

También de acuerdo con Olson (1999), la adaptabilidad familiar se refiere a la medida en que se producen cambios en el liderazgo, los roles, las reglas y las relaciones dentro del sistema familiar. Los conceptos específicos que conforman esta variable incluyen el liderazgo, el control, la disciplina, los estilos de negociación, los roles y las reglas. El enfoque de la flexibilidad se centra en cómo los sistemas estables manejan los cambios.

c) Modelo circumplejo de Olson

A finales de los años setenta, los estudios sobre el funcionamiento familiar adquirieron una gran importancia en la Universidad de Minnesota. Como resultado de estas investigaciones, se desarrolló el Modelo Circumplejo del funcionamiento familiar por parte de Olson, Russell y Sprenkle (1979). Este modelo es circular y determina diferentes tipos de familias, identificando tres dimensiones de la dinámica familiar expresadas en las variables de Cohesión, Adaptabilidad y Comunicación Familiar. En consecuencia, los autores proponen una escala, conocida como FACES III, para evaluar la percepción del funcionamiento familiar en las variables de Cohesión y Adaptabilidad Familiar. Esta evaluación implícitamente considera la variable de Comunicación, ya que se plantea que una mayor adaptabilidad y cohesión en una familia, mejorara sus procesos de comunicación (Olson, 1979).

Además, Olson, Potner y Lavee (1985) describen la presencia de cuatro tipos de cohesión familiar y cuatro tipos de adaptabilidad familiar, que se detallarán a continuación:

Tipos de Cohesión Familiar:

a) Dispersa: En este tipo de familia, hay una falta de unión afectiva entre los miembros, poca lealtad hacia la familia y escasa interacción e involucramiento entre ellos. Existe una falta de cercanía entre padres e hijos, y se observa una alta independencia personal. Los miembros de la familia rara vez pasan tiempo juntos y prefieren tener espacios separados. Las decisiones se toman de manera independiente y el interés de la familia se centra más en actividades externas. Los amigos personales son vistos individualmente y existen intereses y actividades recreativas individuales.

b) Separada: En este tipo de familia, se observa una unión afectiva moderada entre los miembros. Existe cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque también hay una tendencia hacia la independencia personal. Se puede apreciar una separación emocional y la lealtad familiar es ocasional. Aunque se acepta el involucramiento, se prefiere mantener cierta distancia personal. Los límites entre padres e hijos son claros, pero también existe cierta cercanía entre ellos. Se aleja cierta separación personal y se valora el tiempo individual, aunque también se pasa parte del tiempo juntos. Se prefieren los espacios separados, pero se comparte el espacio familiar. Las decisiones se toman de manera individual, pero también es posible tomar decisiones conjuntas. El interés de la familia se enfoca más en actividades externas. Los amigos personales raramente son compartidos con la familia y los intereses y actividades recreativas son distintos entre los miembros de la familia, llevándose a cabo de manera más separada que en forma compartida.

c) Conectada: En este tipo de familia, se aprecia una cercanía emocional y se espera una lealtad emocional entre los miembros. Se enfatiza el involucramiento familiar, pero también se permite cierta distancia personal. Las interacciones afectivas son alentadas y preferidas en esta familia. Los límites entre los diferentes subsistemas familiares son claros, pero existe una cercanía significativa entre padres e hijos. Se respeta la necesidad de separación, pero se le da poco valor. El tiempo que pasan juntos es importante y se respeta el espacio privado de cada miembro. Se prefieren las decisiones conjuntas y el interés de la familia se centra más en los asuntos internos. Los amigos individuales son compartidos con la familia y se valorizan los intereses comunes. En este tipo de familia, se prefiere la recreación compartida en lugar de la individual. Son familias donde se observa una considerable unión afectiva,

fidelidad e interdependencia entre los miembros, aunque también pueden tener una tendencia hacia la dependencia.

d) Aglutinada: En este tipo de familia, se observa una cercanía emocional extrema y se exige fidelidad y lealtad hacia la familia. El involucramiento familiar es altamente simbiótico, lo que significa que los miembros dependen, en gran medida, unos de otros. Existe una alta dependencia emocional y se puede observar una extrema reactividad emocional en esta familia. También se dan coaliciones parento-filiales, lo que significa que algunos miembros pueden unirse contra otros miembros de la familia. Hay una falta de límites generacionales claros y una falta de separación personal entre los miembros. La mayor parte del tiempo se pasa juntos y se permite poco tiempo y espacio privado. Las decisiones están sujetas al deseo del grupo y se prioriza el interés interno de la familia. Se prefieren los amigos de la familia en lugar de los amigos personales y los intereses conjuntos se dan más por mandato que por elección individual. En este tipo de familia, se observa una extrema unión afectiva y dependencia entre los miembros, con una alta demanda de lealtad y fidelidad hacia la familia.

El modelo sugiere que los tipos de cohesión separados y conectados son más saludables para el funcionamiento familiar, mientras que los extremos de cohesión desligada y aglutinada pueden generar problemas en la familia. (Sotil, 2000).

Tipos de Adaptabilidad Familiar

a) Caótica: se relacionan con la falta de estructura y organización en la familia. Esto puede ser característico de un estilo familiar desorganizado o caótico, donde hay una ausencia de liderazgo clara y roles definidos. En este tipo de familia, los roles pueden cambiar de manera aleatoria y no hay una disciplina consistente. Las decisiones parentales pueden ser impulsivas y no se establecen límites claros. Además, las reglas pueden cambiar frecuentemente y no se hacen cumplir de manera consistente. Este tipo de dinámica familiar puede generar confusión, inestabilidad y dificultades en el funcionamiento familiar. Es importante tener en cuenta que cada familia es única y puede presentar diferentes características en su estructura y dinámica.

b) Flexible: La disciplina es algo severa, pero se negocian las consecuencias de manera democrática. El liderazgo es igualitario y permite cambios, y las decisiones se toman en consenso. Los roles y funciones también se comparten, y las reglas se hacen cumplir de manera flexible, permitiendo que algunas reglas puedan cambiar según las circunstancias.

c) Estructurada: El liderazgo en esta familia puede ser tanto autoritario como igualitario en ocasiones. Los roles también pueden ser compartidos en ciertos momentos. Existe un grado de democracia y las modificaciones ocurren cuando se solicitan. La disciplina rara vez es severa y las consecuencias son predecibles. Los padres son quienes toman las decisiones y las funciones suelen ser estables, aunque pueden compartirse. Las reglas se cumplen firmemente y no suelen cambiar.

d) Rígida: En esta familia, el liderazgo es autoritario y los roles están fijos y estrictamente definidos. La disciplina es estricta y no hay espacio para cambios. Existe un fuerte control parental y las decisiones son impuestas por los padres. Las reglas se hacen cumplir de manera estricta y no existe la posibilidad de cambio. Este tipo de familia se ajustaría al modelo de adaptabilidad rígida del modelo circunplejo

de Olson, lo que puede presentar dificultades en el funcionamiento conyugal y familiar (Quintana y Sotil, 2000).

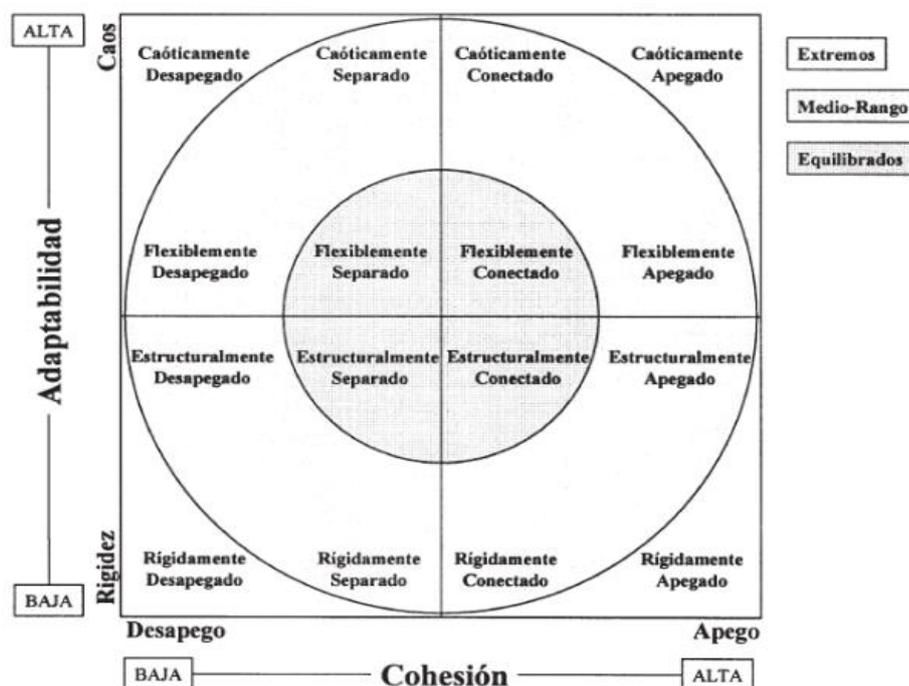


Figura 1: Modelo Circumplejo de Funcionamiento Familiar (Olson, 1989). Tomado de Martínez, Iraurgi y Sanz (2011).

2.2.2 Sintomatología depresiva

2.2.2.1. Definiciones de depresión

Beck propone que la depresión es el resultado de una distorsión en el pensamiento del individuo, donde se presenta una visión negativa de sí mismo, de su entorno y de su futuro (Beck, 1970).

Birleson establece cuatro criterios clínicos para el diagnóstico de la depresión, que incluyen la presencia de tristeza, tendencia al llanto, cambios conductuales que duran al menos 2 semanas, pero menos de un año, dificultad reciente en las relaciones sociales y/o disminución del rendimiento escolar, y la presencia de dos o más síntomas adicionales, como trastornos del sueño y del apetito, pérdida de interés en actividades habituales, reducción de la actividad, expresión de ideas auto despreciativas, amenazas o conductas suicidas, irritabilidad reciente, quejas somáticas nuevas, conducta de vagancia, delirios y/o alucinaciones depresivas (Birleson, 1981).

Caballo define la depresión como una respuesta a un estímulo externo estresante relacionado con la vida afectiva del individuo, que puede manifestarse como un episodio único o como parte de una serie de episodios, con diferentes niveles de gravedad que pueden poner en riesgo la vida del individuo (Caballo, 2022).

Monedero (1996) menciona que lo que diferencia la tristeza y depresión radica en el impacto que tiene en los hábitos del día a día y la salud de la persona, convirtiéndose en desencadenantes de un desajuste personal.

Gil sostiene que la depresión se caracteriza por el sufrimiento moral y la disminución de las ganas de vivir, expresada en apatía, anhedonia, falta de interés y placer en actividades sociales, laborales y cotidianas. Además, se experimenta una sensación de incapacidad, baja autoestima, sentimientos de culpa y una visión negativa del futuro (Gil, 2007).

2.2.2.2. Modelo cognitivo genérico

El Modelo Cognitivo-Conductual (MCG) proporciona un marco teórico para comprender los procesos cognitivos comunes en las psicopatologías, así como las características distintivas de los diferentes trastornos. Este modelo explora la relación entre los procesos cognitivos y conductuales y otras sintomatologías, y explica cómo, partiendo de los procesos comunes, se llega a la diferenciación en los distintos trastornos.

El MCG sirve de base para la conceptualización y el tratamiento de una variedad de psicopatologías, facilitando la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en la práctica clínica diaria. Propone que los problemas psicológicos cotidianos de la población general y las psicopatologías son una acentuación del funcionamiento adaptativo normal. Es decir, la diferencia entre las respuestas adaptativas y los trastornos psicológicos es principalmente cuantitativa. Lo patológico es el resultado de la exageración de los sesgos que se encuentran en el procesamiento de la información en personas sanas.

El MCG sostiene que existen creencias sesgadas en un continuo que va desde lo adaptativo hasta lo mal adaptativo, y estas creencias pueden mantenerse como condicionales o absolutas. Sin embargo, cuando un sesgo excede el nivel adaptativo, aumenta la probabilidad de que la persona experimente un trastorno subclínico o clínico.

2.2.2.3. Triada cognitiva

La tríada cognitiva de Beck es un concepto central en la teoría cognitiva de la depresión. Fue propuesta por el psiquiatra Aaron T. Beck en 1976. La tríada cognitiva negativa se refiere a una visión negativa del propio individuo, del mundo y del futuro. Beck sostiene que estas creencias negativas distorsionan la forma en que una persona percibe e interpreta su realidad, lo que puede contribuir al desarrollo y mantenimiento de la depresión. Este enfoque cognitivo ha sido ampliamente utilizado en la conceptualización y tratamiento de la depresión y ha sido respaldado por numerosas investigaciones.

2.2.2.4. Esquema cognitivo

Los esquemas cognitivos, según la definición de Beck (1967), son representaciones internas de estímulos, ideas o experiencias. Estos esquemas controlan los sistemas de procesamiento de información en nuestras mentes, como el procesamiento

automático de orden inferior y el procesamiento reflexivo-controlado de orden superior.

Cuando un esquema cognitivo se activa, lo que cree que se deriva de la creencia contenida en él interactúa con los sistemas cognitivo, afectivo, motivacional y conductual. Estos esquemas tendrían que ser estables y constituyen la base de la regularidad en nuestras interpretaciones de la realidad. Pueden haber estado inactivos durante períodos prolongados de tiempo, pero pueden ser activados en situaciones que generan síntomas de ansiedad.

En resumen, los esquemas cognitivos son representaciones internas que controlan nuestra forma de procesar la información y tienen un impacto en nuestros pensamientos, emociones, motivaciones y comportamientos. Pueden ser activados en situaciones que generan ansiedad y pueden influir en cómo interpretamos y respondemos a esas situaciones.

2.2.2.5. Distorsiones cognitivas

Las distorsiones cognitivas son patrones de pensamiento distorsionados y falaces que pueden llevar a interpretaciones incorrectas de la realidad. Estas distorsiones cognitivas suelen provocar sufrimiento y consecuencias negativas en la persona.

Nuestros pensamientos pueden influir en nuestras emociones y en cómo percibimos y experimentamos las situaciones. En ocasiones, nuestras interpretaciones mentales pueden distorsionar la realidad o darle una mayor importancia de la que realmente tiene, lo que puede generar emociones negativas y sufrimiento innecesario.

Algunas de las distorsiones cognitivas más comunes incluyen:

1. Catastrofización: Exagerar la importancia o el impacto negativo de un evento o situación.
2. Pensamiento polarizado: Ver las cosas en términos de "todo o nada", sin reconocer las posibilidades intermedias.
3. Personalización: Asumir que los eventos o acciones de los demás tienen como objetivo personal o están relacionados con uno mismo, sin tener evidencia suficiente.
4. Filtro mental: Centrarse únicamente en los aspectos negativos de una situación, ignorando los positivos.
5. Sobregeneralización: Sacar conclusiones generales basadas en una sola experiencia o en evidencia limitada.
6. Lectura del pensamiento: Asumir que sabemos lo que los demás están pensando o sintiendo sin tener evidencia clara.
7. Etiquetado: Asignar etiquetas negativas a uno mismo o a los demás en un solo comportamiento o característica.

Estas distorsiones cognitivas pueden ser desafiantes, pero se pueden abordar a través de técnicas de terapia cognitivo-conductual y la práctica de la atención plena para desarrollar una mayor conciencia de los pensamientos y emociones.

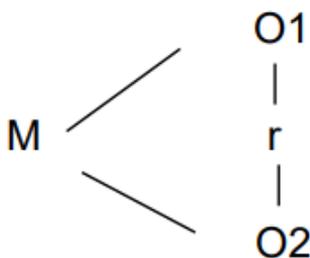
CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación

El tipo de investigación realizada fue correlacional, con un enfoque cuantitativo y en un momento específico (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

No experimental, ya que no hubo control directo sobre las variables independientes, debido a que eran inherentemente y no manipulables. Por lo tanto, se realizaron inferencias sobre las relaciones entre las variables sin intervención directa que afectara a las variables de estudio (Kerlinger, 2002). Además, el diseño de investigación fue transversal, ya que los datos fueron recopilados en un único momento (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Podemos representar el diseño de investigación de la siguiente manera:



Dónde:

M = Muestra de grupo

O1= Funcionalidad familiar

O2 = Depresión

r= posible relación entre las variables

3.2. Población y muestra

Para este estudio, se ha tomado como población a jóvenes y adolescentes que integran el grupo católico Juventud Misionera de María de entre 13 y 30 años de edad, en la ciudad de Moyobamba de la región de San Martín. Está conformado por un total de 57 personas. Es un grupo parroquial, en el cual mantienen reuniones de formación en temas concernientes a su fe y temas de interés social, donde se observa al hombre desde Dios, también tienen reuniones de oración y actividades programadas durante todo el año.

La población será evaluada a través de un censo, por lo tanto, no se empleará la muestra ni el muestreo.

3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión:

En la muestra se incluyen aquellos adolescentes y jóvenes del grupo católico Juventud Misionera de María de ambos sexos, de 13 a 30 años de edad que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Adolescentes o jóvenes que no deseen participar en el estudio o que presenten alguna discapacidad física o mental adversa durante la evaluación.

3.3. Variables

3.3.1. Definición conceptual y operacionalización de variables

Variable 1: Funcionalidad familiar

a. Definición conceptual: El Modelo Circunflejo define la funcionalidad familiar en sus dimensiones: la cohesión familiar como el vínculo emocional que han desarrollado los miembros de una familia, determina el grado en que los miembros de una familia están separados o conectados a ella. La adaptabilidad familiar determina la flexibilidad que presenta el sistema familiar y se define como la habilidad que presenta la familia para cambiar las relaciones o estructuras de poder, los roles y reglas en función de las situaciones con el fin de mantener la estabilidad familiar (Olson, 1999).

b. Definición operacional: Variable categórica politómica nominal categorizada en:

Cohesión Familiar

- Dispersa 10 - 34
- Separada 35 - 40
- Conectada 41 - 45
- Aglutinada 46 - 50

Adaptabilidad Familiar

- Rígida 10 - 19
- Estructurada 20 - 24
- Flexible 25 - 28
- Caótica 29 - 50

Variable 2: Sintomatología depresiva:

a. Definición conceptual: Son los síntomas de 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 (D.Burns, 2001).

b. Definición operacional: Variable categórica politómica ordinal categorizada en:

- Mínimo 0 - 6
- Leve 7 - 11
- Moderado 12 - 16
- Severo 17 - 63

3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos

Con la autorización de la Universidad Católica Sede Sapientiae, se logró realizar el proceso para dar inicio al estudio de investigación.

Primero, se gestionó el permiso mediante una solicitud académica al grupo JMM. Cuando se logró obtener el permiso, se realizó una reunión con los coordinadores y

monitores encargados del mismo para informarles sobre el objeto de estudio y las normas de la aplicación.

El proceso para la recolección de datos se realizó de manera virtual, en formato de cuestionario google; por ello, los cuestionarios fueron enviados a sus correos, como también el consentimiento informado y la ficha sociodemográfica.

Seguidamente, se procedió a entregar el consentimiento informado a los mayores de edad para que lo puedan autorizar, y a los menores de edad se les entregó para que se lo dieran a sus padres y, a su vez, estos autoricen o no su participación en dicha investigación. Posteriormente, se aplicó las pruebas establecidas a los que aceptaron participar, primero FACES III y culminando este se entregó el BDI-II, los cuales se realizaron en 3 meses, de acuerdo a la disponibilidad de los adolescentes y jóvenes.

En cuanto a la recopilación de la información, se creó una base de datos, en la cual están incluidos los datos sociodemográficos y resultados de cada test.

Se subió esa base de datos al programa Stata 14 para obtener e interpretar los resultados; asimismo, se desarrolló la discusión y conclusiones del estudio. También se realizó la publicación del estudio en una revista científica relacionada con el tema abordado.

Escala de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III)

a) Descripción de la Prueba

La escala utilizada en este estudio consta de 20 ítems, subdivididos, a su vez, en diez ítems para medir la cohesión familiar y diez ítems para medir la adaptabilidad familiar. Los ítems impares se suman para obtener una puntuación de cohesión, mientras que los ítems pares se suman para obtener una puntuación de adaptabilidad. El cuestionario utiliza una escala tipo Likert, donde los participantes deben indicar su nivel de acuerdo con cada afirmación utilizando las siguientes opciones: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre. Según Toscano (1998), para la dimensión de cohesión familiar, se establecen diferentes rangos de puntuación. Una puntuación de 0 a 31.39 puntos indica una cohesión familiar dispersa, de 31.40 a 35.95 puntos indica una cohesión familiar separada, de 35.96 a 40.51 puntos indica una cohesión familiar conectada, y una puntuación de 40.52 puntos o más indica una cohesión familiar aglutinada. En cuanto a la dimensión de adaptabilidad familiar, los rangos de puntuación, según Toscano (1998), son los siguientes: una puntuación de 0 a 24.73 puntos indica una adaptabilidad familiar rígida, de 24.74 a 28.15 puntos indica una adaptabilidad familiar estructurada, de 28.16 a 31.57 puntos indica una adaptabilidad familiar flexible, y una puntuación de 31.58 puntos o más indica una adaptabilidad familiar caótica.

b) Validez y Confiabilidad

En 1994, Rosa María Reusche Lari adaptó el FACES III para su uso en Perú. Para analizar las propiedades psicométricas de este instrumento, se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach para las dimensiones de Cohesión y Adaptabilidad en una muestra de 443 adolescentes de 1º a 5º de secundaria en Lima. También comparó dos muestras y encontró puntajes que demostraron la consistencia interna de la prueba. La confiabilidad, determinada mediante test-retest con un intervalo de 4 a 5 semanas, fue de 0,83 para Cohesión y 0,80 para Adaptabilidad. En conclusión, el FACES III es confiable (Zambrano, 2011).

Validez

En la validación del instrumento de medición se empleó la validez de contenido; al respecto, Gamarra (2015) dice que “A través de la validez de contenido se trata de terminar hasta donde los ítems de un instrumento son representativos del dominio o universo de contenido de la propiedad que se desea medir” (p. 306). Asimismo, Córdova (2018) sostiene que “Un instrumento es válido cuando realmente mide lo que pretende medir o cuando muestra un resultado que verdaderamente refleja el estado de la variable que está midiendo” (p. 109). Además, afirma que la validación por juicio de expertos de un instrumento se da en base a una ficha especial que incluye validez de contenido y de constructo (Córdova, et. al. 2018 p. 118). Este tipo de validez enjuicia lo adecuado del instrumento y las deducciones extraídas de las puntuaciones. Esta validación se realizó por opinión de juicio de expertos, en el cuadro se mencionan a los expertos que emitieron su juicio de valoración.

Resultado de evaluación de instrumentos juicio de expertos: cuestionario de habilidades gerenciales y desarrollo organizacional.

EXPERTO	Grado académico	Promedio de valoración	Opinión de validación
Yovana CABEZAS TERBULLINO	Maestro	0.91	Muy bueno
Janet Marisol CASTRO DE LA CRUZ	Maestro	0.86	Muy bueno
Luis Ángel NAJERA CORDOVA	Maestro	0.83	Muy bueno
Maribel PADILLA SÁNCHEZ	Maestro	0.85	Muy bueno
Julia Gertrudis SERPA ENRIQUEZ	Maestro	0.80	bueno

Finalmente, decimos que el referido instrumento es válido, porque el coeficiente promedio de opinión de los expertos fue 0.82, puntuación considerada como muy buena. Este resultado nos permitió aplicar el instrumento en nuestra investigación.

Confiabilidad

Para la confiabilidad de nuestro instrumento de investigación se tomó en cuenta la jerarquía de semejanza, a fin de que cumpla su propósito.

El coeficiente de confiabilidad de Alpha de Conbach, considerado como uno de los mejores, fue aplicado a una muestra piloto constituido por 25 estudiantes de educación secundaria de la I.E. “Túpac Amaru II” de Pampablanca, distrito de Daniel Hernández, provincia de Tayacaja – Huncavelica. Antes de la aplicación definitiva del instrumento, el fin de la prueba piloto se hizo para revisar la consistencia o reajustar los ítems. (Ortiz

y Mucha, 2018). El procesamiento de los datos del cuestionario piloto se realizó mediante el programa SPSS, teniendo en cuenta la siguiente escala de confiabilidad:

Escala de interpretación del coeficiente de confiabilidad según Alpha de Cronbach.

Rango	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy alta
0,61 a 0,80	alta
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,21 a 0,40	Muy Baja

Fuente: Gamarra, 2015. p. 329

Resumen de procesamiento de casos

		N ^o	%
Casos	Válido	25	100
	Excluido	0	00
	Tota	25	100.00

La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,696	20

Fuente: Resultados de la prueba piloto – 2018

Finalmente, de acuerdo a la tabla de escala de interpretación del coeficiente de confiabilidad según Alpha de Cronbach, podemos decir que el estadístico de fiabilidad sobre el instrumento de funcionamiento familiar reporta un nivel de confiabilidad alta (FLORES HUAMÁN M C, 2019).

En otro estudio, Condori (2002) verificó la confiabilidad y validez de la escala FACES III como parte de una investigación sobre situaciones de crisis en adolescentes infractores y no infractores en Lima metropolitana. Aplicó la ecuación r_{20} de Kuder-Richarson. Los hallazgos mostraron un alto nivel de confiabilidad de 0.94 para Cohesión y 0.93 para Adaptabilidad. En cuanto a la validez, el análisis evidenció una gran aceptación de los ítems del FACES III, aunque cinco ítems mostraron valores inferiores al "t" teórico y dos de ellos fueron negativos. Se recomienda invertir la dirección de estos elementos negativos para que tengan un valor aceptable en el "t".

En otro estudio realizado en adolescentes peruanos, se concluyó que la escala de cohesión-real tenía una confiabilidad moderadamente alta ($\Omega=0.85$), mientras que la escala de flexibilidad-real tenía una confiabilidad moderada ($\Omega=0.74$). Para la escala de cohesión-ideal, la confiabilidad era moderadamente alta ($\Omega=0.89$), al igual que para la escala de flexibilidad-ideal ($\Omega=0.86$). La validez de constructo se confirma mediante el ajuste del modelo de dos factores (cohesión y flexibilidad) con 10 ítems cada uno, con indicadores de bondad de ajuste (AGFI=0.96, ECVI=0.87, NFI=0.93, GFI=0.97, RMSEA= 0.06) (Juan Carlos Bazo-Álvarez, Oscar Alfredo Bazo-Álvarez, Jeins Aguila, Frank Peralta, Wilfredo Mormontoy, Ian M. Bennett).

Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

a) Descripción de la Prueba

El BDI-II (Inventario de Depresión de Beck) es una herramienta utilizada para medir la presencia y gravedad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Consta de 21 ítems que evalúan síntomas como Tristeza, llanto, pérdida de alegría, sentimientos de fracaso y culpa, pensamientos o deseos suicidas, pesimismo y más. Estos síntomas cumplen con los criterios de diagnóstico de depresión del DSM-IV y la CIE-10.

El BDI-II es fácil de utilizar y puede ser administrado de forma individual o grupal, ya sea usando papel y lápiz o de forma oral. Por lo general, se realiza entre 5 y 10 minutos, aunque los pacientes con depresión grave u otros trastornos pueden tardar más. Las instrucciones indican a los evaluadores que elijan las afirmaciones que mejor describen lo que viven durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy, para ser coherente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor.

Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, del 0 al 3, excepto los ítems 16 y 18, que contienen 7 categorías. Si una persona selecciona varias categorías de respuesta en un artículo, se toma la categoría correspondiente a la puntuación más alta. Las calificaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte

para clasificar a los evaluados en cuatro grupos: 0-13, depresión mínima; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave (D. Burns, 2001).

b) Validez y Confiabilidad

En cuanto a la validez de contenido, los hallazgos muestran que todos los ítems del Inventario de Depresión de Beck Adaptado (BDI-IIA) alcanzan niveles adecuados de significación estadística en cuanto a la claridad de los reactivos, su sencillez y precisión para diagnosticar la depresión. . El coeficiente V de Aiken se utilizó para cuantificar estos hallazgos, y los valores obtenidos oscilan entre 1 y $p < 0.01$.

En relación a la validez de constructo, el análisis factorial confirma la validez de constructo del BDI-IIA. Se observa que el instrumento presenta un solo factor que explica el 30.062% de la varianza, lo cual es consistente con los resultados de estudios anteriores. Además, se identifican dos factores: Factor 1: Somático-Motivacional y Factor 2: Cognitivo-Afectivo.

El instrumento utilizado en la muestra clínica de Lima, Perú, ha expuesto altos índices de confiabilidad y validez. La confiabilidad por consistencia interna resultó ser alta ($\alpha = .93$), similar a estudios previos en otros contextos. El instrumento también demostró validez al medir el constructo de depresión que pretendía calcular. En cuanto a la validez de contenido, se llevó a cabo una evaluación de jueces expertos, obteniendo un coeficiente de validez de contenido de Aiken de .99, lo que indica que todos los ítems son considerados válidos por los expertos. Por otro lado, la validez de constructo fue verificada utilizando el test de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin, que arrojó un valor de .95, indicando una adecuada muestra para el análisis factorial. Además, la prueba de esfericidad de Bartlett mostró un chi cuadrado de 3603.2 y $p < .001$, lo que confirma la aceptación del modelo factorial para los datos del instrumento. El modelo tuvo una tasa de aceptación del 95.4%. En conclusión, el instrumento utilizado en la muestra clínica de Lima, Perú, ha demostrado ser confiable y válido tanto para su uso clínico como en investigaciones relacionadas con la depresión.

Validez:

En las puntuaciones totales del BDI - II, obtenidas por Beck, Steer y Brown (1996), se observó una media de 22.45; Brenlla y Rodriguez (2006), en Argentina, la puntuación media fue de 22.20; Sanz y García (2013), en España, la puntuación media fue de 24.28; Barreda en Perú (2019), en Lima, en una muestra de 400 pacientes atendidos en un hospital de salud mental especializado, se observó puntuaciones que oscilaron entre 0 y 60; con una media de 22.08 y una desviación estándar de 12.28. Para la validez, Espinoza (2016) en Lima Sur en universitarios evaluó la validez de constructo de BDI - II a través de análisis factorial hallando tres factores que explican el 39% de la varianza total; Barreda (2019), obtuvo validez de contenido mediante juicio de expertos obteniendo V de Aiken de .99, siendo el 100% de los ítems válidos. Asimismo, obtuvo valides de constructo, mediante el test de adecuación muestral de Kaiser - Meyer -Olkin ($KMO = .95$) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2 = 3603.2$, $p < .001$), se aceptó el modelo factorial para los datos del BDI - II donde el valor es menor a .01 y tiene un porcentaje de 95.4% de aceptación.

Confiabilidad:

Beck, Steer y Brown (1996) obtuvieron un alfa de .92; Sanz y García (2013) obtuvieron un alfa de Cronbach de .91; Brenlla y Rodríguez (2006) presentaron un valor de .88 de fiabilidad; Redondo (2015) obtuvo un alfa de .89 en la muestra clínica. Espinoza (2016), en Lima Sur, en una muestra de más de 1000 universitarios, reportó, en la confiabilidad por consistencia interna, coeficientes Alfa de Cronbach de 0.865 para el nivel general y coeficientes superiores a 0.60 para las 3 dimensiones que componen el inventario; Barreda (2019), en la confiabilidad por consistencia interna, alcanzó un alfa de Cronbach de .93, lo que evidenció una muy buena consistencia (**Mejía Calle, 2020**).

3.5. Plan de análisis e interpretación de la información

Para el análisis de datos se utilizó el software estadístico de Stata 14.

El análisis descriptivo de las variables principales y sociodemográficas se trabajó de manera cualitativa a través de frecuencias y porcentajes.

El análisis inferencial de las variables principales se trabajó según su naturaleza categórica. Por ello, se empleó la prueba de Chi cuadrado y se utilizó Los niveles de significancia (\leq a 0.05).

3.6. Ventajas y limitaciones

Ventajas

Las ventajas de los diseños transversales es que las variables se recopilan en un solo instante. También, el poco tiempo de ejecución de la investigación.

Limitaciones

La desventaja de los diseños transversales, en comparación a otros tipos de investigaciones, como las longitudinales, es que limita la recolección de información a un periodo. Asimismo, no se puede usar para una investigación basada en una línea de tiempo y es probable que se presente el sesgo de temporalidad.

3.7. Aspectos éticos

Principios criterios realizados por el departamento de investigación:

Respeto de la confidencialidad y política de protección de datos: Los datos personales de los participantes, desde el momento de su aplicación, se guardaron en estricto silencio, como también los nombres de los miembros del grupo, que no se expuso ni a la comunidad en general; ya que toda información personal sólo fue de acceso para el investigador del proyecto de estudio. Así mismo, se brindó la adecuada información acerca del objetivo de la investigación a realizar.

Respeto de la privacidad: Se respetó la información que los participantes proporcionaron, del mismo modo, no se obligó a brindar datos que no desearon otorgar.

No discriminación y libre participación: Para la elección, se tomó en cuenta a los participantes de dicho grupo sin excluirlos, ya sea por su cultura, raza, religión o nivel socioeconómico. Y, por consiguiente, no se obligó a las personas a participar.

Consentimiento informado a la participación de la investigación: Se entregó un consentimiento informado para que así tomen la decisión de participar o no y mediante el documento darnos su confirmación de ser parte del estudio; en el mismo se describen las características, riesgos y propósitos de la investigación a realizar.

En definitiva, la investigación del estudio está reflejada en los antecedentes y resultados obtenidos.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

De los 57 encuestados, el 38.6 % tenía una edad de 22 a 25 años, el 63.16 % era del sexo femenino, el 87.72 % estaba soltero, el 68.42 % provenía de una familia nuclear en el momento de la encuesta, el 57.89 % practicaba deporte, el 89.47 % tenía como dispositivo primario un celular, el 33.33 % prefería dormir en el tiempo libre, el 89.47% dormía de 5 a 8 horas, el 75.44 % consideraba tener una buena relación familiar. Respecto a la funcionalidad familiar, en la variable cohesión familiar, el 84.21 % se ubicaba en la dimensión aglutinada, en la variable adaptabilidad familiar, el 42.11 % se ubicaba en la dimensión estructurada; además, el 42.11% presentaba una sintomatología depresiva mínima.

Tabla 1. Descripción de la población.

Variable	f	%
Edad		
13 - 15 años	4	7.02
16 - 18 años	13	22.81
19 - 21 años	5	8.77
22 - 25 años	22	38.6
25 - 30 años	13	22.81
Sexo		
Hombre	21	36.84
Mujer	36	63.16
Estado civil		
Soltero	50	87.72
Casado	7	12.28
Tipo de familia		
Nuclear	39	68.42
Extensa	8	14.04
Monoparental	9	15.79
Ensamblada	1	1.75
Deporte		
Sí	33	57.89
No	24	42.11
Dispositivos		
Celular	51	89.47
Computadora	6	10.53
Actividades en tiempo libre		
Juegos online	13	22.81
Deportes	12	21.05
Dormir	19	33.33
Leer	13	22.81
Horas de sueño		
5 - 8 horas	51	89.47
3 -4 horas	4	7.02
1 - 2 horas	2	3.51
Relación familiar		
Buena	43	75.44
Mala	1	1.75

Regular	13	22.81
Funcionalidad familiar		
Cohesión familiar		
Dispersa	1	1.75
Separada	4	7.02
Conectada	4	7.02
Aglutinada	48	84.21
Adaptabilidad familiar		
Rígida	9	15.79
Estructurada	24	42.11
Flexible	17	29.82
Caótica	7	12.28
Sintomatología depresiva		
Mínimo	24	42.11
Leve	15	26.32
Moderado	12	21.05
Severo	6	10.53

En la tabla 2, se aprecia una relación significativa entre la cohesión familiar y la sintomatología depresiva ($p=0.038$); es decir, el 91.6% evidencian una sintomatología depresiva mínima y una cohesión familiar aglutinada; también, se aprecia una relación significativa entre la cohesión familiar y edad ($p=0.011$), donde el 86.4% tenía una edad de 22 a 25 años y una cohesión familiar aglutinada; se aprecia una relación significativa entre la cohesión familiar y tipo de familia ($p=0.014$), es decir el 87.2% pertenecía a una familia nuclear y una cohesión familiar aglutinada; se aprecia una relación significativa entre cohesión familiar y dispositivos que usa con frecuencia ($p=0.036$); donde el 88.2% utilizaba el celular y evidenciaba una cohesión familiar aglutinada; se aprecia una relación significativa entre la cohesión familiar y la percepción que tenían de su relación familiar ($p=0.00$), es decir el 90.7% consideraba tener una relación familiar buena y una cohesión familiar aglutinada. No se apreció relación significativa entre adaptabilidad familiar y la sintomatología depresiva.

Tabla 2. Asociación entre funcionalidad familiar y sintomatología depresiva en un grupo católico de Moyobamba

	Funcionalidad familiar																	
	Cohesión familiar								p	Adaptabilidad familiar								
	Dispersa		Separada		Conectada		Aglutinada			Rígida		Estructurada		Flexible		Caótica		p
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sintomatología depresiva	0.038																	0.434
Mínimo	0	0	1	4.2	1	4.2	22	91.6	5	20.8	8	33.3	8	33.3	3	12.5		
Leve	0	0	3	20	0	0	12	80	3	20	8	53.3	2	13.3	2	13.3		
Moderado	0	0	0	0	2	16.6	10	83.3	1	8.3	7	58.3	3	25	1	8.3		
Severo	1	16.6	0	0	1	16.6	4	66.6	0	0	1	16.6	4	66.6	1	16.6		
Sexo	0.338																	0.439
Hombre	0	0	3	14.3	1	4.7	17	80.9	2	9.5	10	47.6	5	23.8	4	19.1		
Mujer	1	2.7	1	2.7	3	8.3	31	86.1	7	19.4	14	38.9	12	33.3	3	8.3		
Edad	0.011																	0.231
13 -15 años	1	25	0	0	1	25	2	50	1	25	3	75	0	0	0	0		
16 -18 años	0	0	0	0	0	0	13	100	0	0	6	46.2	4	30.7	3	23.1		
19 - 21 años	0	0	0	0	1	20	4	80	0	0	3	60	2	40	0	0		
22 - 25 años	0	0	1	4.5	2	9.1	19	86.4	3	13.6	8	36.4	9	40.9	2	9.1		
25 - 30 años	0	0	3	23.1	0	0	10	76.9	5	38.5	4	30.7	2	15.4	2	15.4		
Estado civil	0.683																	0.106
Soltero	1	2	4	8	4	8	41	82	6	12	21	42	17	34	6	12		

Casado	0	0	0	0	0	0	7	100	3	42.8	3	42.8	0	0	1	14.3		
Tipo de familia									0.014									0.5
Nuclear	0	0	2	5.1	3	7.6	34	87.2	6	15.4	16	41.0	13	33.3	4	10.3		
Extensa	0	0	0	0	1	12.5	7	87.5	1	12.5	5	62.5	1	12.5	1	12.5		
Monoparental	1	11.1	1	11.1	0	0	7	77.7	1	3.8	20	76.9	3	11.5	2	7.6		
Ensamblada	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0		
Nivel de escolaridad									0.068									0.248
Secundaria	1	12.5	0	0	1	12.5	6	75	1	12.5	5	62.5	0	0	2	25		
Técnico	0	0	2	33.3	1	16.6	3	50	1	16.6	4	66.6	1	16.6	0	0		
Universitario	0	0	2	5.3	2	5.3	34	89.5	6	15.7	12	31.5	16	42.1	4	10.5		
Magíster	0	0	0	0	0	0	5	100	1	20	3	60	0	0	1	20		
Deporte									0.394									0.802
Sí	1	3.03	3	9.1	1	3.03	28	84.8	4	12.1	14	42.4	11	33.3	4	12.1		
No	0	0	1	4.2	3	12.5	20	83.3	5	20.8	10	41.6	6	25	3	12.5		
Dispositivos									0.036									0.516
Celular	1	1.9	2	3.9	3	5.9	45	88.2	7	13.7	22	43.1	15	29.4	7	13.7		
Computadora	0	0	2	33.3	1	16.6	3	50	2	33.3	2	33.3	2	33.3	0	0		
Actividades en tiempo libre									0.269									0.906
Juegos online	0	0	3	23.1	0	0	10	76.9	2	15.4	6	46.1	3	23.1	2	15.4		
Deportes	0	0	0	0	1	8.3	11	91.6	2	16.6	3	25	5	41.6	2	16.6		
Dormir	1	5.3	1	5.3	1	5.3	16	84.1	4	21.1	9	47.3	4	21.1	2	10.5		
Leer	0	0	0	0	2	15.4	11	84.6	1	7.6	6	46.2	5	38.5	1	7.6		
Horas de sueño									0.357									0.528
5 - 8 horas	1	1.9	4	7.8	3	5.9	43	84.3	8	15.6	21	41.2	15	29.4	7	13.7		
3 - 4 horas	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	3	75	1	25	0	0		
1 - 2 horas	0	0	0	0	1	50	1	50	1	50	0	0	1	50	0	0		
Relación familiar									0.00									0.774
Buena	0	0	2	4.6	2	4.6	39	90.7	7	16.3	18	41.8	14	32.5	4	9.3		

Mala	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0
Regular	0	0	2	15.4	2	15.4	9	69.2	2	15.4	5	38.4	3	23.1	3	23.1

En la tabla 3, no se aprecia una relación significativa entre la sintomatología depresiva y los factores sociodemográficos.

Tabla 3. Asociación entre los factores sociodemográficos y la sintomatología depresiva en un grupo católico de Moyobamba.

	Sintomatología depresiva								p
	Mínimo		Leve		Moderado		Severo		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo									0.216
Hombre	11	52.4	6	28.5	4	19.1	0	0	
Mujer	13	36.1	9	25	8	22.2	6	16.6	
Edad									0.19
13 -15 años	3	75	0	0	0	0	1	25	
16 -18 años	3	23.1	4	30.7	4	30.7	2	15.4	
19 - 21 años	1	20	1	20	2	40	1	20	
22 - 25 años	7	31.8	8	36.4	5	22.7	2	9.1	
25 - 30 años	10	76.9	2	15.4	1	7.6	0	0	
Estado civil									0.081
Soltero	18	36	15	30	11	22	6	12	
Casado	6	85.7	0	0	1	14.3	0	0	
Tipo de familia									0.523
Nuclear	18	46.2	8	20.5	9	23.1	4	10.2	
Extensa	4	50	2	25	2	25	0	0	
Monoparental	2	22.2	4	44.4	1	11.1	2	22.2	
Ensamblada	0	0	1	100	0	0	0	0	
Nivel de escolaridad									0.188
Secundaria	5	62.5	2	25	0	0	1	12.5	
Técnico	1	16.6	4	66.6	1	16.6	0	0	
Universitario	14	36.8	9	23.6	10	26.3	5	13.2	
Magíster	4	80	0	0	1	20	0	0	
Deporte									0.087
Sí	17	51.5	10	30.3	4	12.1	2	6.1	
No	7	29.2	5	20.8	8	33.3	4	16.6	
Dispositivos									0.361
Celular	20	39.2	13	25.5	12	23.5	6	11.7	
Computadora	4	66.6	2	33.3	0	0	0	0	
Actividades en tiempo libre									0.863
Juegos online	7	53.8	3	23.1	3	23.1	0	0	
Deportes	5	41.6	3	25	3	25	1	8.3	
Dormir	7	36.8	5	26.3	3	15.7	4	21.1	
Leer	5	38.5	4	30.7	3	23.1	1	7.6	
Horas de sueño									0.366
5 - 8 horas	20	39.2	14	27.5	12	23.5	5	9.8	
3 - 4 horas	3	75	1	25	0	0	0	0	
1 - 2 horas	1	50	0	0	0	0	1	50	
Relación familiar									0.086

Buena	20	46.5	10	23.3	10	23.3	3	6.9
Mala	0	0	0	0	0	0	1	100
Regular	4	30.7	5	38.5	2	15.4	2	15.4

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

5.1. Discusión

La intención de este trabajo ha sido demostrar estadísticamente si la funcionalidad familiar y sus dimensiones, cohesión y adaptabilidad familiar, guardan o no relación con sintomatología depresiva en un grupo católico de Moyobamba.

La variable Funcionalidad familiar se refiere a la unión y la interacción de lazos entre nuestros familiares, en la cual el ser humano debe ser capaz de realizar cambios importantes en las situaciones familiares, de ser útil y necesario, para mejorar los resultados de interacción en el hogar (Olson, Russell y Sprenkle, 1989). Los familiares atraviesan etapas necesarias de superar durante su desarrollo para permitir su adaptación y cohesión, de una manera equilibrada (Polaino, Martínez y Cano, 2006). La dimensión Cohesión familiar es, para Polaino-Lorente y Martínez (2011), que los familiares se conecten unos con otros en diferentes ámbitos que experimenten. La dimensión Adaptabilidad familiar es definida como la habilidad para cambiar todo aspecto en la convivencia de cada uno de ellos (Olson, 1987).

Los resultados obtenidos demostraron que existe relación significativa entre la cohesión familiar y la sintomatología depresiva. Además, se observó que la cohesión familiar se relacionó con la edad, tipo de familia, dispositivos que usa con frecuencia y la percepción que tenían de su relación familiar.

Los participantes que percibían una cohesión familiar de tipo aglutinada reportaron mínimos síntomas depresivos. Asimismo, otros autores afirmaron que a mayores índices de depresión existe menor cohesión familiar, lo que asevera que una relación familiar poco comprometida, con escaso o nulo nivel de apoyo entre sus miembros tiende a desarrollar con mayor probabilidad síntomas depresivos (Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez, 2009; Galicia, Sánchez y Robles; 2009, Rojas y Saavedra, 2014). Sin embargo, la cohesión aglutinada, por su misma naturaleza, se caracteriza por la sobreidentificación familiar, se expresa una cercanía emocional extrema, que podría actuar como un factor protector ante los síntomas depresivos, sin embargo, no significa que sea adecuado porque podría desencadenar otro tipo de sintomatología diferente a la depresiva, como la dependencia afectiva y/o emocional. También comprometería la interpretación que los miembros de la familia hacen de ello, percibiendo aquello como una relación familiar comprometida.

Los encuestados que reportaron una cohesión aglutinada tenían entre 22 a 25 años. Sin embargo, no se encontraron estudios similares a esta investigación, en donde se haya estudiado la "cohesión y la edad". Una posible explicación podría ser debido a que en esa edad las personas han desarrollado una mayor autonomía e independencia, por lo cual perciben que su familia no tiene límites claros y que existe una excesiva atención; por ello, la familia necesita una estructura que le permita realizar sus tareas esenciales, como apoyar la individualidad, para que así la familia contribuya al fortalecimiento de la personalidad (Minuchin & Fishman, 2004). El individuo, a medida que crece, va adquiriendo independencia psicológica pero también física. Es normal observar que en este rango de edad los individuos salen de casa, por tanto, este explicaría por qué no se ha logrado este grado de autonomía o independencia, tanto psíquica como física.

Se evidenció que los que reportaron una cohesión familiar aglutinada pertenecían a una familia nuclear, lo cual se asemeja a lo encontrado por Ojeda Silva (2013), quien señala que los tipos de familias nucleares, en su mayoría, manifiestan un nivel de cohesión aglutinado, es decir, un tipo de afectividad muy estrecha. Esto podría deberse a que estas familias limitan la independencia y autonomía de sus miembros, y a que, en cuanto a las pautas de interrelación que este tipo de familias establece, se enmarcan bajo la dependencia en la toma de decisiones y sus límites difusos, lo que, según Minuchin (1998), no les permite establecer una clara diferenciación entre los roles de cada

subsistema; lo que, a su vez, exige a los miembros del sistema una mayor lealtad y fidelidad hacia la familia. También es necesario recordar que este tipo de familia es buena, sin embargo, cuando no se viven los vínculos de manera adecuada podrían producir lo antes explicado.

Los jóvenes que reportaron una cohesión familiar aglutinada utilizaban el celular con mayor frecuencia. Asimismo, una investigación estableció que es razonable pensar que una cohesión familiar disfuncional lleve a los jóvenes a buscar otros grupos de integración, focalizando sus actividades e intereses fuera de la familia (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2006). Esto puede deberse a que no solo los tipos de cohesión familiar (separada y desligada) tienen como consecuencia la disfunción, sino, también, el otro extremo, el tipo aglutinado, en el que hay extrema reactividad emocional, falta de separación personal, la mayor parte del tiempo lo pasan juntos y se permite poco tiempo y espacio privado, lo cual llevaría al uso más frecuente del celular; es decir, la cohesión familiar evalúa el grado en que los miembros están conectados o separados a ella, en donde los niveles extremos señalan disfuncionalidad (Olson et al., 1989). Esta correlación se explica además por la reactividad emocional extrema que podrían atravesar los individuos, buscando una manera de desconectarse; actualmente, esto se logra mediante el uso del celular.

Además, en la investigación se reveló la relación entre la cohesión familiar aglutinada y la percepción que tenían de su relación familiar, donde la mayoría consideraba tener una relación familiar buena y presentaba una cohesión familiar aglutinada. Esto puede deberse a que existe cercanía emocional extrema, lo cual demanda fidelidad y lealtad hacia la familia, incluso por encima del mismo individuo, por lo que se preferirá los fines del grupo antes que los personales; sin embargo, puede ser contraproducente porque el tipo de cohesión aglutinado es una forma disfuncional del vínculo emocional ya que produce dependencia afectiva.

Cabe señalar que no se encontró relación entre adaptabilidad familiar y sintomatología depresiva. En virtud de la naturaleza misma de la dimensión adaptabilidad, la cual, de acuerdo al modelo circunplejo de Olson, es definida como la habilidad que tiene la familia para cambiar su estructura de poder, roles y las reglas de la relación en respuesta a estresores situacionales o evolutivos, considerando a la adaptabilidad como respuestas frente a ciertas situaciones que propiciaron la sintomatología depresiva, de manera reactiva. (Hidalgo y Carrasco, 1999).

Entre las limitaciones del estudio se puede considerar la desventaja de los diseños transversales que, en comparación a otros tipos de investigaciones, como las longitudinales, la transversal limita la recolección de información a un periodo. Asimismo, no se puede usar para una investigación basada en una línea de tiempo y es probable que se presente el sesgo de temporalidad. Como aspecto positivo de la investigación, los diseños transversales permiten que las variables se recopilen en un solo instante. También es favorable el poco tiempo de ejecución de la investigación.

5.2. Conclusiones

A lo largo de esta investigación, se han examinado diversos aspectos vinculados a la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en un grupo católico de Moyobamba, con el objetivo de comprender y extraer conclusiones relevantes. Durante el estudio, se recolectaron y analizaron diversos datos, se revisaron investigaciones previas relacionadas y se aplicaron metodologías específicas para responder a las preguntas planteadas. Ahora, se reflexiona sobre los hallazgos obtenidos y se derivan conclusiones fundamentadas que contribuyen al conocimiento existente sobre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva, además de ofrecer pautas para

futuras investigaciones en este ámbito. A continuación, se exponen las conclusiones de este estudio:

Se ha llegado a la conclusión de que existe relación significativa entre la funcionalidad familiar (cohesión familiar) y la sintomatología depresiva. Los hallazgos señalan que a mayor cohesión familiar la sintomatología depresiva es menor; esto puede deberse a que la cohesión aglutinada se caracteriza por la sobre identificación familiar y la muy cercana relación entre sus miembros, sin embargo, probablemente podría desencadenar dependencia emocional.

Las características de la funcionalidad familiar en un grupo católico de Moyobamba, en cuanto a la cohesión, son en su mayoría de tipo aglutinada, y, en cuanto a la adaptabilidad familiar, son en su mayoría de tipo estructurada; este resultado podría deberse a la cercanía emocional extrema hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común, ya que donde se expresa la dependencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, lo cual conlleva a una falta de separación personal que podría ser contraproducente.

Las características de la sintomatología depresiva de la población investigada son de tipo mínima, ya que podría pasar prácticamente inadvertida, lo que probablemente se deba a la ausencia de ánimo deprimido, o a la incapacidad para disfrutar de las cosas, y sin otros síntomas de los descritos (pesimismo, ansiedad, irritabilidad, apatía, embotamiento afectivo pérdida de apetito, disminución de peso, alteraciones del sueño). Sin embargo, una gran parte de la población se encontraba entre sintomatología leve, moderado y severo, aunque no haya existido una correlación entre estas, es necesario tener en cuenta aquellos datos, ya que la sintomatología depresiva puede mitigarse o agravarse.

Se encontró relación significativa entre funcionalidad familiar (cohesión familiar) y la edad, lo que puede deberse al cambio generacional, ya que, a diferencia de años pasados, los hijos demoran mucho más en salir de casa; también hubo relación con el tipo de familia, probablemente porque las familias nucleares limitan el grado de independencia y autonomía de sus miembros, y que en cuanto a las pautas de interacción que este tipo de familias establecen, se enmarcan bajo la dependencia en la toma de decisiones y sus límites difusos; de igual manera, se encontró relación con dispositivos que usa con frecuencia, concretamente con el celular, esto puede ser debido a que los jóvenes a buscan otros grupos de integración, focalizando sus actividades e intereses fuera de la familia; por último, también se evidenció relación con la percepción que tenían de su relación familiar, y esto puede deberse a que existe cercanía emocional extrema, lo cual demanda fidelidad y lealtad hacia la familia.

No se encontró relación entre la sintomatología depresiva y las variables sociodemográficas. Probablemente, debido a que la sintomatología depresiva se relaciona con otras variables que son ajenas a las variables sociodemográficas usadas en este estudio.

5.3. Recomendaciones

A partir de los resultados obtenidos en este estudio, se sugieren varias recomendaciones para reforzar las políticas y programas enfocados en la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva. Estas propuestas buscan atender las áreas críticas identificadas en la investigación, con el fin de mejorar la comprensión y el apoyo en la promoción y aplicación de estrategias efectivas para gestionar dichos factores. Además, se pretende impulsar la creación de entornos más favorables que faciliten una

comprensión adecuada de estos temas, promoviendo prácticas y políticas que respalden la toma de decisiones informadas y la implementación eficiente de intervenciones. A continuación, se detallan las recomendaciones:

A los profesionales de psicología, se les insta a desarrollar y liderar talleres con el fin de contribuir con ellos en hábitos adecuados que moldeen el carácter y, en consecuencia, reducir cualquier nivel de sintomatología depresiva.

A los profesionales de psicología, poder intervenir a las personas que presenten sintomatología depresiva desde un enfoque integral, teniendo especial consideración con el enfoque cognitivo, ya que es el que mejor explica este tipo de sintomatologías.

A futuros investigadores, se recomienda considerar otras variables sociodemográficas como: grado de instrucción de los padres, números de hermanos, nivel socioeconómico, contexto socio-cultural, antecedentes de depresión en los padres.

A futuros investigadores, considerar el número de personas agrupadas en los diferentes niveles de síntomas, ya que, aunque no exista una correlación directa, puede influir en futuras intervenciones relacionadas a estos temas.

A futuros autores, también se les recomienda realizar investigaciones similares con una población más amplia en número, pero con menos rango de edad.

A las autoridades educativas, gestionar posibles programas de prevención, trabajar con las familias respecto de la importancia de un adecuado funcionamiento familiar desde una visión científica y no ideologizada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffin, N y Jiménez, M. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *Internacional Journal of psychology and psychological Therapy*, 9(2), 205-216. Recuperado de <http://www.ijpsy.com/>
- Arenas, S. (2009). Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. Tesis para optar el título profesional de psicóloga. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2562>
- Astrid Nichols Colchao Rojas, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA VIRGEN ASUNTA. AMAZONAS, CHACHAPOYAS – 2022. <https://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14077/3145/Colchao%20Rojas%20Astrid%20Nichols.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Beck, A. (1970). *Depression: Causes and Treatment*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Birleson, P. (1981). The validity of Depressive Disorder in childhood and the development of a self-rating scale: a research report. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 22(1), 73-88. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Blum, R. (2000). Un modelo conceptual de salud del adolescente. En Dulanto, E. (Ed.), *El adolescente* (pp. 656-672). México: Mc Graw Hill.
- Bogaert, H. (2012). La depresión: Etiología y Tratamiento. *Ciencia y Sociedad*, 37(2), 183-197. Recuperado de <http://www.redalyc.org/>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Caballed, J. (1996). *El niño y el adolescente: riesgos y accidentes*. Barcelona: Laertes.
- Caballo, V. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. (2a ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Cárdenas, E., Fera, M., Vásquez, J., Palacios, L y De la Peña, F. (2010). *Guía Clínica para los Trastornos Afectivos (Depresión y Distimia) en Niños y Adolescentes*. Ed. Berenzin, S., Del Bosque, J., Alfaro, J y Medina, M. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (Serie: Guías Clínicas para la atención de 66 Trastornos Mentales). Recuperado de: [http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/g ui as/trastornos_afectivos.pdf](http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastornos_afectivos.pdf)
- Daniela Serna-Arbeláez, Claudia Yurani Terán-Cortés, Ana Marcela Vanegas-Villegas, Óscar Adolfo Medina-Pérez, Olga María Blandón-Cuesta, Deisy Viviana Cardona-Duque. *Rev haban cienc méd* vol.19 no.5 La Habana sept.-oct. 2020 Epub 10-Nov-2020
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2006). *Tratado SET de trastornos adictivos*. Cap. Adicciones sin drogas. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Güere Mansilla, Jean Pier Antony, Balvin Navarro, Samuel Ángel, Funcionalidad familiar depresión cohesión familiar adaptabilidad familiar. <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1398>
- Hidalgo, C., y Carrasco, E. (1999). Salud Familiar. Un modelo de atención integral en la atención primaria. Chile: Imprenta Salesianos. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000600016
- Kraaij, V., Garnefski, N., Wilde, E., & Dijkstra, A. (2003). Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors?. *Journal of Youth and Adolescence*, 32 (3), 185-193. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1023/A%3A1022543419747#/page-1>
- Leyva, R., Hernández, A., Nava, G y López, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3), 225-232. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/>
- Lincoln, Y & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry* (pp. 289-231). California: Age Publications.
- Mantilla, L. & Alomaliza. (2017). La disfuncionalidad familiar y los niveles de depresión en adolescentes de una unidad educativa rural en Ambato, Ecuador. En *Revista Eniac Pesquisa*, 6(2) pp. 315- 324. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6230907>.
- Maritza Ortega Segura, Luis Gabriel Montes de Oca Lemus, Virgilio Eduardo Trujillo Condes. Depresión y funcionalidad familiar en estudiantes de la Facultad de Ciencias Agrícolas de la UAEMéx. Recibido: 17 de julio de 2022 Aceptado: 29 de agosto de 2022. <https://medicinainvestigacion.uaemex.mx/article/download/20068/14921/>
- Martínez, A., Iraurgi, I y Sanz, M. (2011). "Validez estructural del FACES-20Esp: Versión española de 20 ítems e la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar". *RIDEP*, 1(29), 147-165. Recuperado de <http://www.aidep.org/>
- McCubbin, H. & Thompson, A. (1987). *Family assessment inventories for research and practice*. Wisconsin: University of Wisconsin
- Minuchin, S. & Fishman, C. (2004). *Técnicas de terapia familiar* (1ª ed). Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF.
- Minuchin, S., Wai-Yung, L. y George, M. (1998) *El arte de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Ojeda (2013). Estudio sobre el funcionamiento familiar en familias nucleares biparentales y familias nucleares monoparentales.
- Olson, D. (1999). Circumplex model of marital and family systems: "Empirical Approaches to Family Assessment". *The Journal of Family Therapy*, 22(2), 144–167. Recuperado de: <http://www.uwagec.org/eruralfamilies/ERFLibrary/Readings/CircumplexModelOfMaritalAndFamilySystems.pdf>

- Olson, D., Potner, P. y Lavee. (1985). Faces III Family Adaptability and cohesion evaluation scale. St. Paul, MN: University of Minnesota
- Olson, D.H., Russell, C. & Sprenkle, D.H. (1979). Circumplex Model of Marital and Family Systems II: Empirical studies and clinical intervention. In J. Vincent (Ed.) *Advances in Family Intervention, assessment and Theory*, 1,128-176. Greenwich, CT: JAI Press.
- Pejerrey Urcia, Karla Elizabeth, Funcionalidad familiar y depresión en estudiantes del 5to grado de secundaria en una Institución Educativa Nacional De Reque <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/21095>.
- Peña Rosillo, A. A., & García Ramos, D. C. (2022). Funcionamiento Familiar y Depresión en Estudiantes Universitarios. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 10194-10205. <https://www.redalyc.org/journal/5728/572874846005/html/>
- Peña Rosillo, A. A., & García Ramos, D. C. (2022). Funcionamiento Familiar y Depresión en Estudiantes Universitarios. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 10194-10205. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/4126>
- Polaino, A y Martínez, P (2003). "Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia". (2a ed.). Madrid: Ediciones Rialp, S.A.
- Prego Dorca, R y Payá B. (2008). La depresión en la Adolescencia. En Redondo, C., Galdó, G y García M. (eds.), *Atención al adolescente* (pp. 277-292). Santander: Ediciones de la universidad de Canabria
- Quintana, A y Sotil, A. (2000). Influencia del clima familiar y estrés del padre de familia en la salud mental de los niños. *Revista de investigación de Psicología*, 3(2), 29-45. Recuperado de <http://sisbib.unmsm.edu.pe/>
- Rojas, I y Saavedra, J. (2014). Cohesión familiar e ideación suicida en adolescentes de la costa peruana en el año 2006. *Revista de Neuropsiquiatría*, 77(4), 250-261. Recuperado de: <http://www.upch.edu.pe/>
- Salinas, A., Quintero, O., Herández, M., Molina, L., Lozada, R y Agreda, V. (2013). Relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas y privadas. *Municipio libertador. Mérida-Venezuela. Revista ACADEMIA*, 12(28), 317-324. Recuperado de <http://www.saber.ula.ve>
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J. Fam. Pract.* 6, (6), 1231-1239.
- Vivar, R., Pacheco, Z., Adrianzen, C., Macciotta, B y Marchena, C. (2005). Validación de la Escala Birlson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos. *Revista Peruana de Pediatría*, 58(3), 24-30. Recuperado de <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rpp/v58n3/contenido.htm>
- Walsh, F. (2009). *Spiritual resources in family therapy* (2a. ed.). Nueva York: The Guilford Press.
- Wicks – Nelson, R., Israel, A. y Ozores, I. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. (3ª ed.). Madrid: Prentice Hall.

Zambrano, A. (2011). Cohesión, Adaptabilidad Familiar y el Rendimiento Académico en Comunicación de los alumnos de una Institución Educativa del Callao. Tesis para optar el grado académico de Maestro en Educación en la Mención de Evaluación y 69 Acreditación de la calidad de la Educación. Universidad San Ignacio de Loyola, Lima.

Zapata, J., Figueroa, M., Méndez, N., Miranda, V., Linares, B., Carrada, T., Vela, Y y Rayas, A. (2007). Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 64 (5), 295-301. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/>

ANEXOS

Anexo 1 tabla de operacionalización variable 1

NOMBRE	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA	INDICADORES
Funcionalidad familiar	Cualitativa	Nominal	Dispersa	10 - 19
			Separada	20 - 24
			Conectada	25 - 28
			Aglutinada	29 - 50
			Rígida	10 - 19
			Estructurada	20 - 24
			Flexible	25 - 28
			Caótica	29 - 50

Anexo 2 tabla de operacionalización variable 2

NOMBRE	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA	INDICADORES
Síntomatología depresiva	Cualitativa	Nominal	Mínimo	0 - 6
			Leve	7 - 11
			Moderado	12 - 16
			Severo	17 - 63

Anexo 3 Ficha sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA			
NOMBRE	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS
Edad	Cualitativa	Nominal	a. 13 -15 años b. 16 -18 años c. 19 - 21 años d. 22 - 25 años e. 25 - 30
Sexo	Cualitativa	Nominal	a. Hombre b. Mujer
Estado civil	Cualitativa	Nominal	a. Soltero (a) b. Casado (a) /Unión de hecho c. Separado (a) /Divorciado d. Viudo (a)
Tipo de familia	Cualitativa	Nominal	a. Nuclear b. Extensa c. Monoparental d. Ensamblada
Nivel de escolaridad	Cualitativa	Nominal	a. Primaria b. Secundaria c. Técnico/Tecnólogo d. Universitario e. Especialista/ Maestría
Practica algún deporte	Cualitativa	Nominal	a. Sí b. No
Dispositivo que utilizas con más frecuencia	Cualitativa	Nominal	a. Teléfono móvil b. Laptop computadora c. Televisión c. Radio
Actividades que realizas frecuentemente en tus tiempos libres	Cualitativa	Nominal	a. Juegos online b. Deportes c. Dormir e. Leer
Horas que sueles dormir	Cualitativa	Nominal	a. 7- 8 horas b. 3 - 4 horas c. 1 - 2 horas
la relación en tu familia es	Cualitativa	Nominal	a. Buena b. Mala c. Regular

Anexo 4 Instrumento 1

ESCALA DE EVALUACIÓN DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR FACES III

A continuación, va a encontrar una serie de afirmaciones acerca de cómo son las familias, ninguna de dichas frases es falsa o verdadera, pues varía de familia en familia. Por eso, Ud. encontrará cinco (5) posibilidades de respuesta para cada pregunta. Le pedimos a Ud. que se sirva leer con detenimiento cada una de las proposiciones y contestar a ellas sinceramente marcando con una x la alternativa que según Ud. refleja cómo vive en su familia. Pase a las siguientes afirmaciones y responda:

	Casi Nunca (1)	Una que otra vez (2)	A Veces (3)	Con Frecuencia (4)	Casi Siempre (5)
1. Los miembros de la familia se piden ayuda unos a otros.					
2. En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos.					
3. Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene.					
4. Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina					
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia inmediata.					
6. Diferentes personas de la familia actúan en ella como líderes.					
7. Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que a personas externas a la familia					
8. En nuestra familia hacemos cambios en la forma de realizar los quehaceres.					

9. A los miembros de la familia les gusta pasar juntos su tiempo libre.					
10. Padres(s) e hijos(s) discuten juntos las sanciones.					
11. Los miembros de la familia se sienten muy cerca unos de otros.					
12. Los hijos toman las decisiones en la familia. .					
13. Cuando en nuestra familia compartimos actividades, todos estamos presentes					
14. Las reglas cambian en nuestra familia.					
15. Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.					
16. Nos turnamos las responsabilidades de la casa.					
17. Los miembros de la familia se consultan entre sí sus decisiones.					
18. Es difícil identificar quién es o quiénes son los líderes en nuestra familia.					
19. La unión familiar es muy importante					
20. Es difícil decir quién se encarga de cuáles labores del hogar					

Anexo 5 Instrumento 2

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Instrucciones:

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de la elección.*

1. 0 No me siento triste
 1 Me siento triste
 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2. 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
 1 Me siento desanimado respecto al futuro
 2 Siento que no tengo que esperar nada
 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar

3. 0 No me siento fracasado
 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
 2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
 3 Me siento una persona totalmente fracasada

4. 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes
 1 No disfruto de las cosas tanto como antes
 2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica con las cosas
 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo

5. 0 No me siento especialmente culpable
 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones
 2 Me siento culpable en la mayoría de las situaciones
 3 Me siento culpable constantemente

6. 0 Creo que no estoy siendo castigado
 1 Siento que puedo ser castigado
 2 Siento que estoy siendo castigado
 3 Quiero que me castiguen

7. 0 No me siento descontento conmigo mismo
 1 Estoy descontento conmigo mismo
 2 Me avergüenzo de mí mismo
 3 Me odio

8. 0 No me considero peor que cualquier otro
 1 Me autocritico por mis debilidades o por mis errores
 2 Continuamente me culpo de mis faltas
 3 Me culpo por todo lo malo que me sucede

9. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio
 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría
 2 Desearía suicidarme
 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad

10. 0 No lloro más de lo que solía
 1 Ahora lloro más que antes
 2 Lloro continuamente
 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera
11. 0 No estoy más irritado de lo normal en mí
 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes
 2 Me siento irritado continuamente
 3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solía irritarme
12. 0 No he perdido el interés por los demás
 1 Estoy menos interesado en los demás que antes
 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
 3 He perdido todo el interés por los demás
13. 0 Tomo decisiones más o menos como siempre lo he hecho
 1 Evito tomar decisiones más que antes
 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
 3 Ya me es imposible tomar decisiones
14. 0 No creo tener peor aspecto que antes
 1 Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo
 2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 3 Creo que tengo un aspecto horrible
15. 0 Trabajo igual que antes
 1 Me cuesta un esfuerzo trabajar igual que antes
 2 Tengo que obligarme para hacer todo
 3 No puedo hacer nada en absoluto
16. 0 Duermo tan bien como siempre
 1 No duermo tan bien como antes
 2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir
17. 0 No me siento más cansado de lo normal
 1 Me canso más fácilmente que antes
 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa
 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada
18. 0 Mi apetito no ha disminuido
 1 No tengo tan buen apetito como antes
 2 Ahora tengo mucho menos apetito
 3 He perdido completamente el apetito
19. 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
 1 He perdido más de 2 kilos y medio
 2 He perdido más de 4 kilos
 3 He perdido más de 7 kilos

Estoy a dieta para adelgazar:
 SÍ NO

20. 0 No estoy preocupado por mi salud más que lo normal

- 1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
 - 2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
 - 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa
-
21.
 - 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 - 1 Estoy menos interesado por el sexo que antes
 - 2 Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo
 - 3 He perdido totalmente mi interés por el sexo

Anexo 6 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigador : Guevara Reyes, Jesús Fernando.

Título de estudio : Cohesión, adaptabilidad familiar y sintomatología depresiva en un grupo de adolescentes en Moyobamba.

-

Propósito del Estudio:

Mediante el presente Consentimiento Informado lo invitamos a participar voluntariamente en el estudio denominado: "Cohesión, adaptabilidad familiar y sintomatología depresiva en un grupo de adolescentes en Moyobamba". El propósito del estudio es determinar la relación entre la cohesión, adaptabilidad familiar y la sintomatología depresiva en un grupo de adolescentes en Moyobamba. A través de la información recolectada, podríamos crear nuevos programas preventivos y de intervención en salud.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio tendrá que seguir el siguiente procedimiento:

1. Deberá completar dos encuestas anónimas que durará aproximadamente 10 a 20 minutos
2. Completará una ficha de datos sociodemográficos

Riesgos:

No hay riesgos por participar en este estudio.

Para asegurar que se sienta comfortable, le recordamos que su participación será totalmente anónima. No preguntaremos ningún dato de identificación como nombre, DNI o dirección. Asimismo, le recordamos que cuando usted (o su hijo) desee, puede dejar de completar la encuesta, o la entrevista. Su participación es voluntaria.

Para evitar que los datos recolectados en sus respuestas puedan ser vistos por alguien más, los equipos informáticos que guardan la base de datos estarán protegidos por una clave y guardados en lugares seguros. Solamente el investigador tendrá acceso a la información.

Beneficios:

Se ofrecerá a los participantes talleres, orientación, consejería psicológica para una mejor relación familiar y resiliencia frente a la sintomatología depresiva. Con la información resultante se diseñarán más estrategias para cumplir con este objetivo.

Costos e incentivos

Participar en el estudio no tiene ningún costo; asimismo, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar en la encuesta para poder concluir si existe o no una relación entre la cohesión, adaptabilidad familiar y la sintomatología depresiva en un grupo de adolescentes en Moyobamba.

Confidencialidad:

La encuesta será anónima por lo que no habrá ningún dato que lo identifique. Si los resultados de este estudio fueran publicados, no habrá ningún dato personal que permita identificar a los participantes.

Derechos del participante:

La participación en el estudio es totalmente voluntaria. Usted puede decidir retirarse en cualquier momento sin verse perjudicado de ninguna manera. Para cualquier consulta o duda comuníquese al siguiente con el estudiante de Psicología Jesús Fernando Guevara Reyes, Móvil: 913972016 o al correo: 2015100877@ucss.pe.

Estoy de acuerdo en participar voluntariamente de este estudio, tengo pleno conocimiento de lo que ocurre si participo y del objetivo del proyecto; asimismo, sé que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Firma del participante

Firma del Investigador

o padre de familia (según el caso)

¡Gracias por aceptar participar!

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS PRINCIPAL	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	PLAN DE ANÁLISIS
¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en un grupo católico de Moyobamba?	Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en un grupo católico de Moyobamba.	Existe una relación entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en un grupo católico de Moyobamba.	<p>Variable 1: Funcionalidad familiar: (definición conceptual) El Modelo Circumplejo define a la cohesión familiar como el vínculo emocional que han desarrollado los miembros de una familia, determina el grado en que los miembros de una familia están separados o conectados a ella.</p> <p>La adaptabilidad familiar determina la flexibilidad que presenta el sistema familiar y se define como la habilidad que presenta la familia para cambiar las relaciones o estructuras de poder, los roles y reglas en función de las situaciones con el fin de mantener la estabilidad familiar</p> <p>(definición operacional) Variable categórica dicotómica nominal categorizada en: Cohesión Familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dispersa 10 - 34 ○ Separada 35 - 40 ○ Conectada 41 - 45 ○ Aglutinada 46 - 50 <p>Adaptabilidad Familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Rígida 10 - 19 ○ Estructurada 20 - 24 ○ Flexible 25 - 28 ○ Caótica 29 - 50 <p>Variable 2: Sintomatología depresiva: (definición conceptual)</p>	<p>Tipo de estudio -Correlacional</p> <p>Diseño: -No experimental y de corte transversal</p> <p>Enfoque: -Cuantitativo</p> <p>Población y muestra -Adolescentes de un grupo en Moyobamba.</p> <p>Instrumentos: -Faces III -BDI II -Ficha sociodemográfica</p>	<p>Para el análisis de datos se utilizará el software estadístico de SPSS v.23.</p> <p>El análisis descriptivo de las variables principales y sociodemográficas se trabajarán de manera cualitativa a través de frecuencias y porcentajes. Para la variable cuantitativa edad se utilizará la media aritmética y desviación estándar.</p> <p>El análisis inferencial de las variables principales se trabajará según su naturaleza categórica.</p> <p>Por ello, se empleará la prueba de Chi cuadrado que no se ajustan a lo normal ($p = < 0.05$).</p>
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICOS			
1) ¿Cuáles son las características de la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en un grupo católico de Moyobamba?	1) Determinar las características de la funcionalidad familiar en un grupo católico de Moyobamba.	1) Existe relación entre la funcionalidad familiar y los datos sociodemográficos en un grupo católico de Moyobamba.			
2) ¿Cuáles son las características de la sintomatología depresiva en un grupo católico de Moyobamba?	2) Determinar las características de la sintomatología depresiva en un grupo católico de Moyobamba.	2) No existe relación entre la funcionalidad familiar y los datos sociodemográficos en un grupo católico de Moyobamba			
3. ¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar familiar y los datos sociodemográficos en un grupo católico de Moyobamba?	3) Determinar la relación entre la funcionalidad familiar familiar y los datos sociodemográficos en un grupo católico de Moyobamba	3) Existe relación entre la sintomatología depresiva y los datos sociodemográficos en un grupo católico de Moyobamba			
4) ¿Cuál es la relación entre la sintomatología depresiva y los datos sociodemográficos en un grupo católico de Moyobamba?	4) Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y los datos sociodemográficos en un grupo católico de Moyobamba.	4) No existe relación entre la sintomatología depresiva y los datos sociodemográficos en un grupo católico de Moyobamba.			

			<p>Son los síntomas de 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.</p> <p>(definición operacional) Variable categórica dicotómica nominal categorizada en:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Mínimo 0 - 6○ Leve 7 - 11○ Moderado 12 - 16○ Severo 17 - 63 <p>Variables sociodemográficas:</p> <p>- Edad: variable categórica politómica ordinal categorizada en: (20 - 30) (31 - 40) (41 - 50)</p> <p>-Sexo: Variable categórica dicotómica nominal categorizada en: Masculino femenino</p> <p>-Estado civil: Variable categórica politómica nominal categorizada en: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)</p> <p>-Tipo de familia: Variable categórica politómica nominal, categorizada en: Familia nuclear Familia extensa Familia monoparental Familia ensamblada Familia de hecho</p>		
--	--	--	---	--	--