



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN
ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL DE VILLA EL
SALVADOR, 2022**

**Línea de investigación:
Psicología de los procesos básicos y psicología educativa**

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

Autora

Araujo Muñoa, Miriam Talia

Asesora

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

ORCID: 0000-0003-3762-3247

Jurado

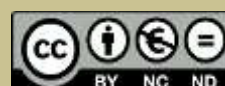
Díaz Hamada, Luis Alberto

Mayorga Falcón, Luz Elizabeth

Aguilar Mori de Oporto, Karim

Lima - Perú

2026



FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL DE VILLA EL SALVADOR, 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.unfv.edu.pe

Fuente de Internet

4%

2

Submitted to Universidad Nacional Federico
Villarreal

Trabajo del estudiante

4%

3

Submitted to Universidad Cesar Vallejo

Trabajo del estudiante

1%

4

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

5

repositorio.usmp.edu.pe

Fuente de Internet

1%

6

repositorio.ucv.edu.pe

Fuente de Internet

1%

7

cybertesis.unmsm.edu.pe

Fuente de Internet

1%

8

repositorio.uct.edu.pe

Fuente de Internet

1%

9

repositorio.utmachala.edu.ec

Fuente de Internet

<1%

10

repositorio.continental.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

11

es.scribd.com

Fuente de Internet

<1%



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN
ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL DE VILLA EL
SALVADOR, 2022

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

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

Autora:

Araujo Muñoa, Miriam Talia

Asesora:

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

ORCID: 0000-0003-3762-3247

Jurado:

Díaz Hamada, Luis Alberto

Mayorga Falcón, Luz Elizabeth

Aguilar Mori de Oporto, Karim

Lima-Perú

2026

Pensamientos

“Dios, concédeme la serenidad para
aceptar las cosas que no puedo cambiar, el
valor para cambiar las cosas que puedo, y
la sabiduría para reconocer la diferencia”.

Reinhold Niebuhr

“La vida no pide permiso, solo llega y
nos invita a decir sí”.

Kelly Wilson

Dedicatoria

Dedicado a mis padres por el regalo de la vida. A mis hermanas, cuya compañía y empuje me ayudó a finalizar este estudio. A mí misma, por no dejar de soñar con aportar al mundo, por persistir en mi crecimiento y continuar ante los desafíos. Gracias por tener el coraje de continuar construyendo una vida más habitable para ti y otros, gracias Miriam.

Agradecimientos

A mi familia que estuvo en el transcurso mostrando apoyo, cariño y sostén, en momentos delicados de salud. Su presencia fue fundamental.

A mi asesora Carmela por su amable guía y consejos brindados que me ayudaron a poder seguir avanzando con la investigación.

A mi querida Fran que me acompañó y ayudó en destrabarme por momentos durante el estudio.

Gracias por tu apoyo.

A Luz, por su confianza, apoyo y aliento, que han sido fundamentales en este proceso

A Hugo y Cinthya que me acompañaron de forma indirecta o directa, con sus consejos y asesorías.

ÍNDICE

Resumen	viii
Abstract	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Descripción y formulación del problema	3
1.2. Antecedentes.....	5
<i>1.2.1. Antecedentes nacionales</i>	<i>5</i>
<i>1.2.2. Antecedentes internacionales.....</i>	<i>8</i>
1.3. Objetivos	11
<i>1.3.1. Objetivo general.....</i>	<i>11</i>
<i>1.3.2. Objetivos específicos.....</i>	<i>11</i>
1.4. Justificación.....	11
1.5. Hipótesis.....	13
<i>1.5.1. Hipótesis general</i>	<i>13</i>
<i>1.5.2. Hipótesis específicas.....</i>	<i>13</i>
II. MARCO TEÓRICO	14
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación	14
<i>2.1.1. Funcionalidad familiar</i>	<i>14</i>
<i>2.1.2. Sintomatología depresiva.....</i>	<i>21</i>
III. MÉTODO	28
3.1. Tipo de investigación	28
3.2. Ámbito temporal y espacial.....	29
3.3. Variables.....	29
3.4. Población y muestra	32
3.5. Instrumentos	34

3.6.	Procedimientos	39
3.7.	Análisis de datos.....	39
3.8.	Consideraciones éticas	40
IV.	RESULTADOS	42
V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	47
VI.	CONCLUSIONES.....	56
VII.	RECOMENDACIONES	58
VIII.	REFERENCIAS.....	59
IX.	ANEXOS.....	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de la variable funcionalidad familiar	30
Tabla 2. Operacionalización de la variable sintomatología depresiva.....	31
Tabla 3. Prueba de Distribución-normalidad de la escala FACES y EDAR	40
Tabla 4. Correlación entre funcionalidad familiar y sintomatología depresiva.....	42
Tabla 5. Nivel de cohesión familiar.....	43
Tabla 6. Nivel de adaptabilidad familiar	44
Tabla 7. Manifestaciones de sintomatología depresiva, según sexo.....	45
Tabla 8. Correlación entre sintomatología depresiva con las dimensiones de adaptabilidad y cohesión con sintomatología depresiva	46

Resumen

El propósito de la investigación fue determinar la relación entre funcionalidad familiar y sintomatología depresiva en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022. El estudio es descriptivo correlacional, diseño no experimental de corte transversal. Se utilizó la Escala de Funcionalidad Familiar (FACES III) de Olson (1986) y Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) (1987) en una muestra de 248 adolescentes entre 15 a 18 años ($M = 15.7$, $DE = 1.1$) de ambos sexos: 128 mujeres y 120 varones. Como resultado se obtuvo la correlación negativa, baja y estadísticamente significativa ($r = -.135$, $p = .033$) entre las variables de funcionalidad familiar y sintomatología depresiva, según la cohesión familiar en los adolescentes evaluados se observó que el mayor porcentaje se ubica en el nivel disperso (42.3%), en el nivel de adaptabilidad el mayor porcentaje se ubica en el nivel caótico (55.2%), los síntomas depresivos severos se presenta una marcada presencia en el sexo femenino (61.6%) en comparación con el masculino (38.4%). Además, la asociación entre sintomatología depresiva con el componente de cohesión presentó una correlación negativa, moderada y estadísticamente significativa ($r = -.451$) y registró una correlación con la adaptabilidad, negativa, baja y estadísticamente significativa ($r = -.275$). En conclusión, existe una relación significativa entre funcionalidad familiar y sintomatología depresiva en la población estudiada.

Palabras clave: funcionalidad familiar, sintomatología depresiva, adolescentes

Abstract

The purpose of this research was to determine the relationship between family functioning and depressive symptoms in secondary school students at a state educational institution in Villa El Salvador, 2022. The study is descriptive-correlational, with a non-experimental, cross-sectional design. The Family Functioning Scale (FACES III) by Olson (1986) and the Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS) by Reynolds (1987) were used in a sample of 248 adolescents aged 15 to 18 years ($M = 15.7$, $DE = 1.1$) of both sexes: 128 females and 120 males. The results showed a low, statistically significant, negative correlation ($r = -.135$, $p = .033$) between family functioning and depressive symptoms. Regarding family cohesion among the evaluated adolescents, the highest percentage was found at the dispersed level (42.3%), while the highest percentage of adaptability was at the chaotic level (55.2%). Severe depressive symptoms were more prevalent in females (61.6%) compared to males (38.4%). Furthermore, the association between depressive symptoms and family cohesion showed a moderate, statistically significant, negative correlation ($r = -.451$), and a low, statistically significant, negative correlation with adaptability ($r = -.275$). In conclusion, a significant relationship exists between family functioning and depressive symptoms in the studied population.

Keywords: family functioning, depressive symptoms, adolescents

I. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con los datos estadísticos del Ministerio de Salud (MINSA, 2024) en el Perú se atendieron 256 563 casos de depresión donde el 75.28 % fueron mujeres y el 12.68 % fueron adolescentes. Esta problemática se agrava al considerar contextos retadores; una revisión sistemática reciente analizó 21 investigaciones, demostrando la conexión entre la disfuncionalidad familiar y la depresión (Enriquez et al., 2021). En este sentido, este estudio se propuso como objetivo determinar la relación entre funcionalidad familiar y sintomatología depresiva en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022. Asimismo, los objetivos específicos fueron identificar el nivel de Cohesión familiar en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022; identificar el nivel de adaptabilidad familiar en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022; describir la manifestación de sintomatología depresiva, según sexo en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022; establecer la relación entre la cohesión y sintomatología depresiva en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022; y establecer la relación entre la adaptabilidad y sintomatología depresiva en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022. En el apartado I, se desarrolló una revisión sistemática de ambas variables. Comenzó desde la descripción y planteamiento del problema, la investigación de antecedentes recientes, la construcción de objetivos, el desarrollo de justificación e hipótesis de investigación. En el apartado II, se indagó las bases teóricas de la variable funcionalidad familiar, profundizando en su conceptualización, modelos explicativos, impacto de la disfuncionalidad y su contextualización en situaciones de crisis. De igual manera se realizó con la variable de sintomatología depresiva; se exploró los principales modelos teóricos de la depresión, las diferencias por sexo en la población adolescente y sus implicaciones a nivel

clínico y tratamiento. En el apartado III, la metodología del estudio se estructuró en base al tipo de estudio, la contextualización del ámbito temporal y espacial, la definición de las variables de forma conceptual y operacional, la descripción de la población y muestra, reporte de instrumentos, procedimientos, análisis de datos y establecimiento de las consideraciones éticas. En el apartado IV, se reportaron y analizaron los resultados según la asociación entre las variables, nivel de cohesión y adaptabilidad familiar, la manifestación de sintomatología depresiva de acuerdo con el sexo y la relación entre cada dimensión de funcionalidad familiar (cohesión y adaptabilidad) con la segunda variable del estudio. Por último, en la sección V, se desarrolló la discusión considerando los objetivos, resultados, hipótesis, estudios previos, marco teórico, limitación e implicaciones teóricas, prácticas y metodológicas. Esta investigación culmina con los hallazgos más resaltantes en la sección de conclusiones y recomendaciones para futuros estudios.

1.1 . Descripción y formulación del problema

La adolescencia es un período crítico en el desarrollo humano, caracterizado por múltiples cambios emocionales, sociales y psicológicos. Durante este periodo, el bienestar emocional de los adolescentes puede verse perjudicado por varios factores, siendo la depresión uno de los trastornos de mayor incidencia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025), aproximadamente el 15% de los adolescentes experimenta alguna condición de salud mental, con tasas de prevalencia de depresión del 1.3% en adolescentes de 10 a 14 años y del 3.4% en aquellos de 15 a 19 años. Además, la prevalencia de síntomas depresivos ha incrementado significativamente a lo largo del tiempo, pasando del 24% en la década de 2001-2010 a un 37% entre 2011 y 2020. Cabe destacar que, a nivel mundial el 34% de los adolescentes presenta riesgo de desarrollar depresión clínica (Shorey et al., 2021).

En América Latina y el Caribe, la situación es igualmente preocupante. Se presume que entre el 14% y el 16% de los adolescentes presentan algún trastorno mental, con la depresión y la ansiedad representando aproximadamente el 47.7% de los casos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022). En este contexto, alrededor de 65,000 adolescentes experimentan depresión severa con riesgo de suicidio, lo que equivale uno de cada siete jóvenes (Agencia Andina, 2019). A pesar de la gravedad de la situación, la cobertura en salud mental sigue siendo deficiente, con más del 50% de los adolescentes con trastornos mentales graves sin acceso a tratamiento adecuado (Kohn et al., 2018).

Un factor relacionado a la salud mental de los adolescentes es el nivel de funcionalidad familiar (FF). Diversas investigaciones han evidenciado que un contexto familiar cohesionado y estructurado actúa como un factor protector ante los trastornos emocionales, mientras que una dinámica disfuncional se ha vinculado con un mayor riesgo de sintomatología depresiva y otras dificultades psicológicas (Paredes et al., 2024). Una revisión sistemática que incluyó estudios de diversas regiones del mundo (Asia, Europa, América y África), se identificó que el

apoyo social familiar (nuclear), especialmente el brindado por los padres, desempeñan un rol fundamental en el equilibrio psicológico de los adolescentes (Harahap et al., 2024). En el contexto latinoamericano, un estudio efectuado en México expuso que los adolescentes con intentos suicidas presentaban niveles significativamente más bajos de cohesión y adaptabilidad familiar en comparación con sus pares sin antecedentes suicidas (Ortiz-Sánchez et al., 2023).

En el caso peruano, estudios previos han abordado la relación FF y salud mental en adolescentes. Salazar (2021) identificó una correlación inversa significativa entre cohesión y adaptabilidad familiar con la presencia de sintomatología depresiva en estudiantes de una institución pública de Villa El Salvador (VES). Asimismo, Romero (2023) identificó que la FF influye en diversas dimensiones de la depresión, incluyendo aspectos emocionales, cognitivos y conductuales. Además, la investigación de Chuquihuamani y Chuquillanqui (2022) respalda esta asociación, destacando la necesidad de implementar medidas de intervención destinadas a potenciar los vínculos familiares y mejorar el bienestar emocional de los adolescentes en contextos vulnerables.

Por otro lado, Ore (2021) realizó una revisión sistemática (2009-2020) e identificó una relación indirecta significativa entre FF y depresión en adolescentes. Encontró que la combinación de baja FF y síntomas depresivos elevados incrementan el riesgo de desarrollar adicciones, establecer vínculos de apego inseguro, baja resiliencia y dificultades en el rendimiento académico. Además, esta revisión evidenció que la cohesión familiar es el componente con mayor influencia en el bienestar psicológico de los adolescentes, destacando su relevancia como un elemento protector frente a la depresión a pesar de estos hallazgos, persiste una limitada evidencia en cuanto a la relación entre FF y sintomatología depresiva en adolescentes peruanos, particularmente en zonas urbanas vulnerables como Villa el Salvador. Dado la relevancia de esta problemática, resulta fundamental examinar esta relación en escolares de una institución educativa pública de dicho distrito.

Comprender estos vínculos permitirá generar evidencia empírica útil para el diseño de estrategias de intervención que contribuyan al fortalecimiento del bienestar psicológico en adolescentes que enfrentan contextos de vulnerabilidad. Por ello, en la presente investigación se formuló la siguiente pregunta: ¿Existe relación entre la FF y sintomatología depresiva en estudiantes de una institución educativa estatal de Villa el Salvador, 2022?. De los cuales se desprenden los siguientes problemas específicos. ¿Cuál es el nivel de Cohesión familiar en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022?, ¿Cuál es el nivel de adaptabilidad familiar en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022?, ¿Cómo es la manifestación de sintomatología depresiva, según sexo adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022?, ¿Cuál la relación entre la cohesión y sintomatología depresiva en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022?, ¿Cuál es la relación entre la adaptabilidad y sintomatología depresiva en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022?.

1.2. Antecedentes

1.1.1. Antecedentes nacionales

En el contexto nacional, se han llevado a cabo diferentes estudios sobre las variables en mención, tal es el caso de Soplin (2022) que presentó una investigación con el objetivo de relacionar el clima social familiar y la sintomatología depresiva en estudiantes de una institución educativa. La muestra se constituyó de 147 adolescentes de secundaria del distrito de San Juan de Lurigancho-Chosica. Se utilizó el diseño no experimental, asimismo, se aplicaron la Escala de Clima Social Familiar de Moos (FES) y la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR). Se reportó una relación estadísticamente significativa entre las variables ($r_s=-0.20$); notándose el mismo comportamiento estadístico entre las

distintas dimensiones del ambiente familiar y los síntomas de depresión. Esto indica que una interacción más positiva, un mayor desarrollo personal y estabilidad están asociados con una menor manifestación de sintomatología depresiva.

Cruz (2022) estudió la relación entre FF y bienestar psicológico en adolescentes. En una muestra constituida por 358 adolescentes de cuarto y quinto año de nivel secundario de Lima. Se aplicó un diseño no experimental, de tipo descriptivo, comparativo y correlacional. Se administró FACES III y la Escala de Bienestar Psicológico para Jóvenes (BIEPS-J). Los hallazgos declararon relación estadística entre la dimensión cohesión ($r = .346$), adaptabilidad ($r = .315$) de la FF y el bienestar psicológico. Finalmente, el estudio declaró una tendencia de FF de tipo balanceado. En el análisis de las dimensiones de la FF, se encontró que el nivel de cohesión unida es el que predomina en la mayoría de los adolescentes (45.8%), continuada por la cohesión separada (39,9%) y una minoría presenta un nivel correspondiente a la cohesión desligada (5.9%). Con relación a la adaptabilidad, predomina el nivel estructurado (46.9%), seguida de la adaptación flexible (38%) y muy pocos de los adolescentes muestran adaptabilidad rígida (5.3%). En conclusión, se encontró una relación significativa pero baja entre la funcionalidad familiar (cohesión y adaptabilidad) y el bienestar psicológico en los adolescentes. Adicionalmente, los varones obtuvieron mayor adaptabilidad y bienestar que las mujeres, pero sin diferencias por sexo en la cohesión familiar.

Romero (2023) confirmó la relación entre FF y depresión. Los participantes fueron 178 estudiantes (12 a 18 años) de una institución educativa estatal ubicada en el distrito de Villa el Salvador (VES). Se utilizó un enfoque cuantitativo de tipo básico y no experimental, correlacional. Se hizo uso de la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la FF y la depresión ($r_s = -.253$). Del mismo modo, se encontró una asociación significativa entre la FF y las diferentes dimensiones de la depresión,

como la cognitiva ($r_s = -.226$), la física/conductual ($r_s = -.257$) y la afectiva/emocional ($r_s = -.222$). En conclusión, se encontró una relación significativa, inversa y de grado débil entre la funcionalidad familiar y la depresión en los adolescentes. Es decir, a mayor funcionalidad familiar, menores niveles de depresión. Esta misma tendencia se observó en las tres dimensiones de la depresión: cognitiva, física/conductual y afectiva/emocional.

More (2023) desarrolló un estudio que buscó identificar la asociación entre el clima social familiar y la depresión en adolescentes. Los participantes fueron 362 estudiantes de 12 a 17 años, del nivel secundario de una institución educativa ubicada en Villa María del Triunfo (V.M.T). El estudio fue no experimental y se recaudó información mediante el cuestionario FES y la EDAR. Es una investigación correlacional, no experimental, transversal y sustantiva, con diseño descriptivo correlacional. Los hallazgos demostraron una correlación estadística entre las variables ($r = -.348$). En síntesis, se encontró una relación inversa y altamente significativa entre el clima social familiar y la depresión en los adolescentes, lo cual se observó también en las tres dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad.

Zumaeta (2024) desarrolló su estudio con el propósito de determinar el nivel de funcionamiento familiar en estudiantes de secundaria de 4 instituciones públicas de Lima-Sur. La investigación fue de tipo descriptiva, con diseño no experimental y de corte transversal. La muestra incluyó 995 estudiantes de 12 a 20 años. Se utilizó la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III). Los resultados mostraron que, en el modelo real, el 55.98% presentó un nivel de adaptabilidad rígida, mientras que el 75.58% mostró un nivel de cohesión desligada. En cuanto al funcionamiento familiar general, el 50.05% se ubicó en el nivel extremo, el 40.00% en el nivel medio y el 7.94% en el nivel balanceado. Además, se encontraron diferencias significativas en los niveles de funcionamiento familiar según la edad, pero no según el sexo, número de hermanos, religión, tipo de familia o adulto preferido. Se concluyó que la mayoría de los estudiantes de secundaria de Lima-Sur se ubican en niveles de

funcionamiento familiar extremo y medio, predominando la cohesión desligada y la adaptabilidad rígida, lo que evidencia dificultades en las dinámicas familiares.

1.1.2. Antecedentes internacionales

Wang et al. (2021) exploraron las relaciones longitudinales entre la funcionalidad familiar y los síntomas depresivos en adolescentes mediante un estudio de tres años con 1301 estudiantes de secundaria en China. Utilizaron el Instrumento de Evaluación Familiar Chino (CFAI) y la Escala de Depresión CES-D en un diseño cuantitativo longitudinal. Sus hallazgos, obtenidos a través de un modelo de rezago cruzado, revelaron una relación dinámica y bidireccional. Encontraron que una mejor función familiar en 7º grado predecía significativamente una menor sintomatología depresiva en 8º grado ($\beta = -0.09$). A su vez, una mayor sintomatología depresiva en 8º grado predecía significativamente un deterioro en la función familiar en 9º grado ($\beta = -0.07$). Este patrón evidencia un efecto circular entre ambas variables a lo largo del desarrollo adolescente.

Chávez y Lima (2023) exploraron la relación entre la depresión, la ansiedad, el estrés y la FF. La muestra se conformó de 218 estudiantes de Ecuador. La investigación fue experimental, con alcance explicativo y de corte transversal. Como instrumentos se usaron la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL). El estudio reveló niveles moderados de estrés (17,9%) y depresión (17,9%) y niveles extremadamente severos de ansiedad (30,3%). Se halló una correlación negativa moderada y significativa entre FF y depresión ($r_s = -,506$), ansiedad ($r_s = -,505$) y estrés ($r_s = -,443$); además, la regresión lineal mostró que la FF explicó el 25,8% de la varianza en los niveles de depresión ($R^2 = ,258$). Finalmente, la funcionalidad familiar se correlaciona de manera significativa, inversa y moderada con la depresión, ansiedad y estrés en los adolescentes, siendo la ansiedad extremadamente severa la más frecuente.

Apaza y Buezo (2024) analizaron la relación entre el funcionamiento familiar y depresión en 78 estudiantes de 5to y 6to de secundaria de Bolivia. Mediante un estudio de diseño de investigación cuantitativo, no experimental, de tipo transversal y con un enfoque descriptivo correlacional. Usaron FACES III y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Se obtuvo que el 56 % de la población estudiada presentó depresión mínima, 12% depresión leve, 10% depresión moderada, 22% depresión severa, siendo más prevalente en mujeres, representando el 30% de los estudiantes, en comparación con los varones, que constituyen el 16%. Además, los resultados indicaron que el 53% de los adolescentes presentaba un funcionamiento familiar de rango medio. Al analizar la relación entre las dimensiones específicas y la sintomatología depresiva, se encontró que la cohesión familiar presentó una correlación negativa y moderada con la depresión ($r = -.504$). En contraste, la adaptabilidad mostró una correlación negativa débil ($r = -.337$). En términos generales, se halló una correlación negativa moderada entre el funcionamiento familiar general y la depresión ($Rho = -.468$). Estos hallazgos confirman una relación inversa significativa, lo que implica que, a mayor nivel de FF, menor es la sintomatología depresiva reportada por los adolescentes.

Guale et al. (2024) determinaron la relación entre el funcionamiento familiar y los niveles de depresión en adolescentes. La investigación fue cuantitativa, correlacional y de corte transversal. Participaron 261 escolares de 12 a 17 años de Ecuador. Se emplearon el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Se evidenció que el 17.08% de los adolescentes provenía de familias severamente disfuncionales y el 6.90% presentaba depresión grave. En cuanto a la relación entre variables, se observó una correlación negativa alta y estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar y la sintomatología depresiva ($Rho = -0.947, p < 0.01$), lo que indica que a menor FF, mayores niveles de sintomatología depresiva. Los autores concluyen que el funcionamiento familiar tiene un efecto significativo sobre la depresión adolescente y que un

bajo funcionamiento familiar se asocia con mayores niveles de sintomatología depresiva. En relación con el sexo, se encontró que las mujeres obtuvieron mayores porcentajes de depresión en todos los niveles en comparación con los varones: depresión mínima un 38.00% en mujeres, depresión leve un 13.92%, depresión moderada 5.43% y depresión grave 4.25%. Por lo tanto, existe una correlación negativa alta y estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar y la depresión en adolescentes, siendo las mujeres quienes presentan mayores porcentajes de depresión en todos los niveles.

Loya-Valdez y Becerra-Hernández (2024) investigaron la relación entre disfunción familiar y síntomas de depresión y ansiedad en adolescentes. La muestra se conformó de 256 estudiantes de dos escuelas públicas de Tabasco, México. La investigación fue de tipo observacional, analítica y de corte transversal. Como instrumentos se utilizaron el Cuestionario APGAR Familiar, el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) para depresión y la Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7) para ansiedad. Los hallazgos evidenciaron una alta prevalencia de síntomas ansiosos (72%) y sobre todo depresivos (75.4%), así como un grado de disfunción familiar en el 66% de los participantes. Se obtuvo una correlación negativa y significativa entre FF y síntomas depresivos ($r_s = -.55, p=0.001$) y entre FF y síntomas ansiosos ($r_s = -.45, p=.001$), lo que indicó que a menor FF mayor severidad de síntomas. Asimismo, se encontraron diferencias significativas por sexo, siendo la población femenina quienes registraron mayores puntajes de depresión y ansiedad, mientras que los varones una mejor autopercepción de FF. Los hallazgos demuestran que, a peor funcionamiento familiar, mayores síntomas depresivos y ansiosos en adolescentes, con predominio en la población femenina.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre funcionalidad familiar y sintomatología depresiva en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el nivel de Cohesión familiar en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022.
- Identificar el nivel de adaptabilidad familiar en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022.
- Describir la manifestación de sintomatología depresiva, según sexo en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022.
- Establecer la relación entre la cohesión y sintomatología depresiva en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022.
- Establecer la relación entre la adaptabilidad y sintomatología depresiva en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022.

1.4. Justificación

En la actualidad se puede observar un aumento global en casos de depresión, afectando significativamente el bienestar psicológico, en especial de los adolescentes. Por lo tanto, resulta importante profundizar en elementos que agravan la sintomatología depresiva. Es así como el clima familiar adquiere un papel fundamental en esta problemática, al conformar el primer agente socializador; su funcionalidad (cohesión, adaptabilidad y comunicación) se relaciona con la presencia de sintomatología depresiva en los adolescentes, convirtiéndose en un objetivo fundamental de investigación. En consecuencia, a nivel social el estudio ayudará a fortalecer políticas públicas y medidas de prevención. Los resultados que se proporcionan no solo harán

visible una problemática latente, sino que actualizarán y enriquecerán datos empíricos a nivel local, lo que llevará a optimizar diseños y fortalecer las políticas públicas en salud mental. Además, los resultados servirán como un diagnóstico situacional para la institución educativa y les ayudará a orientar programas preventivos, pero también contribuirá al departamento psicológico para detectar factores de riesgo y dar prioridad a la atención de adolescentes que podrían requerir un acompañamiento psicológico de profesionales con especialidad clínica.

A nivel teórico, tiene como finalidad contribuir al conocimiento previo sobre los factores familiares asociados a la depresión adolescente. Si bien existen estudios sobre la asociación entre las variables, este estudio ayudará a ver su estado actual luego de un contexto retador como la pandemia; además, se analizarán los resultados con el marco teórico del modelo de Olson, con la finalidad de evaluar su validez en el contexto peruano contemporáneo. De este modo, los hallazgos encontrados reforzarán o refutarán los datos previos abriendo la posibilidad al debate y ampliando la robustez de los modelos explicativos de la salud mental a nivel clínico y educativo en el entorno peruano, específicamente en zonas vulnerables como limar sur.

En el plano práctico, los hallazgos facilitarán que el centro educativo tome medidas para salvaguardar la salud mental de sus estudiantes. Asimismo, guiará la preparación de proyectos preventivos o promocionales enfocados en disminuir la sintomatología depresiva y mejorar la FF al concientizar a los adolescentes, pero también a través de espacios seguros para los cuidadores, como una escuela para padres; añadiendo, se podrá tener un tamizaje que permita descartar los síntomas y su situación familiar.

A nivel metodológico, el estudio comprueba la aplicabilidad de los instrumentos de medición usados, esto ayudará a que puedan seguir siendo empleadas en futuras investigaciones. Además, aunque ya existen estudios sobre esta temática, los hallazgos

permitirán brindar datos post confinamiento, por lo cual permitirá considerarlo como antecedente para futuras investigaciones.

Por último, es importante recalcar que el presente estudio se enmarca dentro de los objetivos del Plan Estratégico Sectorial 2024-2030 del Sector Salud, el cual, busca impactar en los factores contextuales de la salud; además, se relaciona con el Programa Presupuestal 0131 de Control y Prevención en Salud Mental, cuyo orientación hacia la prevención y atención integral en el ámbito intrafamiliar y comunitario da valor inmediato al presente estudio, reflejando su concordancia con las necesidades de la población nacional (Ministerio de Salud [MINSA], 2023).

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

- H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre funcionalidad familiar y sintomatología depresiva en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022.
- H₀: No existe una relación estadísticamente significativa entre funcionalidad familiar y sintomatología depresiva en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022.

1.5.2. Hipótesis específicas

- H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la cohesión familiar y sintomatología depresiva en adolescentes de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022.
- H2: Existe una relación estadísticamente significativa entre adaptabilidad familiar y sintomatología depresiva en adolescentes de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Funcionalidad familiar*

Con el fin de abordar adecuadamente la funcionalidad familiar, resulta preciso primero analizar la concepción de familia que la subyace.

En el contexto psicológico, se puede citar el enfoque sistémico, que define a la familia como un todo, un sistema único, diferenciado de los demás por el cumplimiento de los roles de sus integrantes, por brindar apoyo, afecto y protección; la alteración de uno de sus miembros afecta a todo el sistema, a la vez, no es el integrante quien posee el síntoma sino el grupo familiar el responsable de las falencias del sistema (Chinchilla, 2015).

La FF alude a la habilidad de una familia para atender las necesidades afectivas y sociales de sus integrantes, promoviendo su crecimiento integral. Incluye procesos como la cohesión, adaptabilidad y comunicación, primordiales para el bienestar. Investigaciones resaltan su impacto en el desarrollo conductual y emocional, sobre todo en etapas cruciales como la infancia y adolescencia. A pesar de los desafíos internos y externos, existen estrategias que mejoran las dinámicas familiares, especialmente en contextos de crisis (Esteves et al., 2020; Cabello, 2024; Zelada, 2019).

2.1.1.1. Teoría de Funcionalidad Familiar de Olson. El Modelo Circumplejo de Olson (1976) evalúa la funcionalidad familiar, destacando componentes como la cohesión, la flexibilidad y la comunicación:

A. La cohesión. Se refiere al grado de unión emocional entre los integrantes del sistema, lo que favorece el sentido de pertenencia y seguridad emocional (Arévalo et al., 2019). En familias funcionales, esta cohesión favorece el balance entre la autonomía personal y el apoyo mutuo. Esta dimensión se clasifica en cuatro niveles (Martínez-Pampliega et al., 2006; Bazo-Alvarez et al., 2016):

- La familia desprendida/desapegada/dispersa, representada por un marcado individualismo, disminuida fidelidad al grupo y una exacerbada independencia, poca y frágil conexión afectiva, (nivel bajo de cohesión).
- La familia separada, es un nivel más equilibrado que mezcla la identidad individual con un sentido emergente de colectividad, representado por una moderada cercanía afectiva e interdependencia con una tendencia hacia la autosuficiencia (cohesión moderada-baja).
- La familia unida/conectada, focalizado en el sentido de pertenencia ("nosotros") sin eliminar totalmente la individualidad, mostrando una sólida unión afectiva y relaciones de lealtad (cohesión moderada-alta).
- La familia amalgamada/apegada/aglutinada, donde el sentimiento colectivo es totalitario, siendo representado por una intensa fusión emocional, lealtad incondicional y una alta dependencia de las decisiones familiares (nivel muy alto de cohesión).

Desde la perspectiva del modelo, se postula que los niveles intermedios (separada y unida) se asocian con una funcionalidad óptima, ya que fomentan tanto la independencia como la conexión. Por el contrario, los extremos (desprendida y amalgamada) suelen considerarse disfuncionales si se mantienen de manera crónica (Olson et al., como se citó en Bazo-Alvarez et al., 2016).

La relevancia de evaluar la cohesión familiar en población adolescente radica en su implicancia con indicadores de salud mental, tal como lo respaldan estudios en contextos latinoamericanos. Gómez-Velásquez et al., (2021) identificó la ausencia de síntomas depresivos asociados a una alta cohesión familiar, mientras que otros factores como la violencia al interior de la familia o las competencias de relación interpersonal no mostraron dicha

asociación. Además, se reveló que los adolescentes sin depresión tenían 5.7 veces más probabilidad de presentar buena cohesión familiar.

B. La adaptabilidad o flexibilidad familiar. Es la capacidad para ajustarse a los cambios. Esta característica es crucial para enfrentar situaciones de crisis o estrés de manera eficiente. Según Esteves et al. (2020) las familias con una alta adaptabilidad logran modificar sus roles y reglas de manera adecuada para enfrentar adversidades, y esto, a su vez favorece a la salud mental de sus miembros. Las categorías de adaptabilidad se dividen en cuatro niveles (Martínez-Pampliega et al., 2006; Bazo-Alvarez et al., 2016):

- Familias rígidas, caracterizadas por una adaptabilidad muy limitada, se distingue por un liderazgo autoritario, una resistencia total al cambio y roles fijos e inmutables.
- Familias estructuradas, cuya adaptabilidad es moderadamente baja, caracterizado por un liderazgo con facilidad de ser compartido, negociación en roles y una predisposición a cambiar cuando se le requiere.
- Familias flexibles, con un nivel moderadamente alto de adaptabilidad, una disciplina de carácter democrático y disposición a realizar cambios ante situaciones impredecibles. Se presenta un liderazgo y roles intercambiables y compartidos. Las familias caóticas, tienen un grado elevado de adaptabilidad (Martínez-Pampliega et al., 2006). Se diferencia por la inexistencia de liderazgo, cambios poco predecibles en los roles y una disciplina irregular.

En conclusión, para esta dimensión, los niveles extremos de flexibilidad (caótica y rígida) generalmente son problemáticos, mientras que los niveles moderados (flexible y estructurada) logran un equilibrio más funcional entre la estabilidad y la capacidad de adaptación (Bazo-Alvarez et al., 2016).

Finalmente, la conexión es un factor clave en la FF, ya que favorece expresar las necesidades y emociones de manera efectiva. En su investigación, Chanco y Ramos (2018) encontraron que, si se practica una comunicación abierta y asertiva dentro de las familias, estas muestran menores niveles de conflicto y una mayor cohesión, lo que contribuye a un contexto más saludable para el desarrollo del individuo. La comunicación actúa como un elemento clave que favorece el adecuado desempeño de la familia, manteniendo una relación directa con su funcionamiento. En otras palabras, cuando la dinámica comunicativa entre los miembros familiares es satisfactoria, el nivel de funcionamiento familiar tiende a mejorar (Martínez-Pampliega et al., 2006).

2.1.1.2. Modelo estructural de Salvador Minuchin. Según Minuchin (1974) el modelo estructural, basado en la familia, el cual se debe a la existencia de límites concisos; entre los subsistemas parental, fraternal y marital. Autores como Matamoros y Castro (2021) consideran que la familia se encuentra estructurada por los integrantes que lo componen. Por ello, este modelo es un conjunto invisible que interactúa cada miembro de la familia; este funcionamiento se opera a través de pautas transaccionales en base a las reglas, deberes y funciones con el objetivo de regular la conducta de cada persona.

Asimismo, Minuchin establece cinco elementos básicos.

A. Límites. Hace referencia a las reglas y normas, que regulan el ingreso de información al sistema familiar y el grado de acceso a ella; con la finalidad de mantener la comunicación asertiva.

B. Roles. Se basa en los patrones del comportamiento, por medio de los cuales los progenitores establecen funciones o roles a cada uno de los integrantes.

C. Jerarquía. Hace referencia al estatus o lugares que ocupan los integrantes de la familia, donde se marca la subordinación de un integrante respecto a otro. Por lo tanto, se

determina la función del poder de la familia, con relación a los padres e hijos y sirve como fronteras para futuras formaciones.

D. Alianza. Es el interés simultáneo entre dos integrantes de un sistema, el cual forman uniones relacionales en una organización, ya sea por interés o conjunto de intereses en común.

E. Colación. Engloba la unión entre los integrantes en contra de un tercero, en acuerdos o tratos se favorecen frente a un tercero, causando una perturbación o conflictos en la jerarquía familiar.

2.1.1.3. Modelo McMaster de Funcionamiento Familiar. Epstein et al. (1978) desarrolló un modelo sistémico donde se concibió la complejidad de la unidad familiar. Su teoría considera que todos los elementos están entrelazados, además, sostiene que la manera en que la familia establece su sistema de organización y estructura moldea significativamente el comportamiento de cada integrante, y son precisamente esas pautas de interacción constantes las que acaban definiendo si las relaciones son adaptativas o desadaptativas. El enfoque propuesto evalúa como la familia cumple sus funciones básicas a través de seis dimensiones interrelacionadas.

A. Capacidad resolutive. Mide la capacidad resolutive de problemas de la familia para tratar dificultades prácticas (económicas, logísticas) y conflictos emocionales. Las familias funcionales completan siete etapas: identificación del problema, comunicación de alternativas, implementación de soluciones y evaluación de resultados. Las disfuncionales suelen estancarse en fases iniciales.

B. Comunicación. Analiza la interacción verbal mediante dos ejes: Grado de transparencia en los mensajes y la eficacia en la direccionalidad de la comunicación. Los intercambios óptimos se caracterizan por mensajes explícitos y dirigidos adecuadamente al receptor.

C. Roles familiares. Identifica cinco funciones esenciales: Provisión de recursos materiales, promoción del desarrollo personal, satisfacción en la relación de pareja, soporte emocional y crianza, gestión del sistema familiar. La asignación inequitativa de roles o la ausencia son indicadores de problemas.

D. Respuesta afectiva. Considera la capacidad del esquema familiar para reconocer y expresar emociones de forma contextualmente adecuada. Se equilibran respuestas emocionales entre emociones de bienestar (alegría, amor) y emociones de emergencia (miedo, ira). El rango restringido de respuestas emocionales señala dificultades.

E. Involucramiento afectivo. Abarca desde la absoluta indiferencia relacional hasta la intrusión afectiva desadaptativa. El punto óptimo es el involucramiento empático, donde existe preocupación genuina sin invasión de los miembros.

F. Control conductual. Se evalúa cómo las familias establecen y aplican normas, límites y consecuencias para modular el comportamiento de sus integrantes. Clasifica los estilos de regulación familiar en: flexible, rígido, permisivo y caótico. Estos se aplican a tres áreas: seguridad física (normas para prevenir riesgos), necesidades biológicas (regulación de alimentación, sueño, higiene) y comportamiento social (conductas aceptadas dentro/fuera del hogar).

Para los propósitos de este estudio se adopta el Modelo Circumplejo de Olson porque es el único que estructura la funcionalidad familiar en dos ejes medibles como cohesión y adaptabilidad. Los modelos de McMaster y Minuchin, si bien importantes, miden dimensiones más amplias o utilizan instrumentos muy largos; lo que los hace menos apropiados para un estudio correlacional con una muestra significativa. Cabe añadir, el FACES III cuenta con sólida validación en población peruana.

2.1.1.4. Factores que influyen en la funcionalidad familiar. Los factores internos

como las dinámicas de poder y las pautas de crianza juegan un rol importante en la FF. Según un estudio de Aguilar (2017) las familias en las que existe una distribución equitativa del poder entre los padres y se promueven pautas de crianza positivas, tienden a ser más funcionales, lo que favorece el desarrollo de capacidades y sociales en los miembros.

En cuanto a los factores externos, el contexto socioeconómico y cultural puede influir de manera significativa en la FF. Familias que afrontan dificultades económicas suelen desarrollar niveles altos de estrés, lo que puede afectar las interacciones entre sus miembros. Según Đorđević y Matejević (2021) el estrés financiero incrementa el riesgo de conflictos intrafamiliares y puede afectar la salud mental en los progenitores, impactando a su vez en el bienestar psicológico de los menores.

2.1.1.5. Impacto de la disfuncionalidad familiar. La disfuncionalidad familiar, entendida como la incapacidad para solucionar conflictos de manera adecuada y mantener una cohesión y adaptabilidad insuficientes, se asocia con una amplia gama de problemas emocionales y conductuales. Esteves et al. (2020) encontraron que los jóvenes que crecieron en familias disfuncionales mostraron un mayor peligro de desarrollar problemas como la ansiedad, la depresión y conductas antisociales.

Asimismo, la disfuncionalidad familiar puede tener efectos intergeneracionales. Según Aguilar (2017) los patrones de comportamiento disfuncionales tienden a replicarse en las siguientes generaciones, lo que perpetúa un ciclo de dificultades emocionales y relacionales. Sin embargo, intervenciones tempranas a través de terapia familiar y programas psicoeducativos pueden prevenir la transmisión de estos patrones y mejorar la FF.

2.1.1.6. Funcionalidad familiar en contextos de crisis. En situaciones de crisis, como el divorcio o la enfermedad crónica, la FF adquiere una relevancia aún mayor. Estudios recientes han evidenciado que las familias que mantienen altos niveles de cohesión y

comunicación durante una crisis presentan mejores resultados en términos de salud mental y adaptación al estrés (Cabello, 2024; Esteves et al., 2020).

En contextos de separación parental, la FF también juega un papel crucial en los hijos. Según Delgado-Ruiz y Barcia-Briones (2020), los niños que se desarrollan en familias donde persiste una comunicación efectiva y una estructura clara tienden a ajustarse mejor a los cambios asociados con la separación de sus progenitores.

2.1.2. Sintomatología depresiva

La sintomatología depresiva es un fenómeno complejo que afecta a una amplia variedad de poblaciones, desde adolescentes hasta adultos mayores. Estos síntomas incluyen la tristeza persistente, dificultades para mantener la atención, y desregulación en el sueño o apetito. Los síntomas pueden presentarse de manera aislada o como parte de un cuadro clínico de depresión mayor, afectando el funcionamiento general de la persona y calidad de vida (OMS, 2022).

Reynolds (1992, como se citó en Pascual y Rodríguez, 2022) sostiene que, en los adolescentes, la sintomatología depresiva impacta el mundo interior del menor, manifestándose en miseria (sufrimiento silencio caracterizado por preocupaciones constantes y pensamientos disfuncionales), así como desmoralización o pérdida de esperanza y angustia (malestar emocional intenso). Estas vivencias suelen ir acompañadas de alteraciones conductuales observables en su entorno, como irritabilidad, aislamiento o bajo rendimiento.

La importancia de entender y abordar la sintomatología depresiva reside en su impacto significativo en áreas como la educación, la actividad laboral y las interacciones sociales (Mero et al., 2024).

2.1.2.1. Base teórica de la depresión de Kovacs. Dicha teoría menciona que la depresión es un trastorno del ánimo que repercute a futuro la calidad de vida y el funcionamiento del individuo. Se distingue por varios síntomas fundamentales como la tristeza

profunda, anhedonia, aflicción. Por otro lado, en los síntomas secundarios encontramos la dificultad para concentrarse, pérdida del apetito, inestabilidad emocional entre otros (Rivera, 2022).

Asimismo, consta de 2 dimensiones.

A. *Disforia o “Estado de ánimo disfórico”.* Este síntoma se presenta cuando la persona evidencia sensación de soledad, tristeza prolongada, percibe las situaciones de forma negativa, denota cambio repentino en su estado de ánimo, experimenta mucha irritabilidad y no tiene motivación para disfrutar de sus actividades (Rivera, 2022).

B. *Baja autoestima o “ideas de autodesprecio”.* Según Arteaga y Silva (2019) este síntoma se genera por la percepción o pensamiento negativo que tiene la persona sobre sí mismo, el entorno y el futuro, el cual puede traer diversas dificultades en sus capacidades y habilidades, además de su desenvolvimiento favorable en sus relaciones intrapersonales.

2.1.2.2. Modelo cognitivo de la depresión. Este modelo surge a través de observaciones sistemáticas e investigaciones experimentales. Asimismo, desarrolla la tríada cognitiva en tres componentes que ayudan al individuo para tener en cuenta sobre su persona, metas a futuro, sin descuidar sus aprendizajes (Masías, 2022). El primer componente hace alusión a la visión negativa que tiene la persona sobre sí mismo. En ocasiones se desvaloriza y atribuye las experiencias negativas más a un defecto suyo afectando su autoestima. El segundo componente se refiere a la percepción negativa que presenta la persona con depresión, el cual se da cuenta que sus pensamientos estaban alejados de la realidad. El tercer componente se encuentra englobado por la visión nociva para el futuro. La persona se hace cargo de aspiraciones o logros se anticipa a sus problemas y sufrimientos como una continuidad de su proceso. Esta teoría refiere que las manifestaciones sintomatológicas de la depresión, puede ser generado por moldes cognitivos o pensamientos negativos.

Como se ha señalado, las teorías de Kovacs y Beck explican la depresión como trastorno del ánimo o alteraciones cognitivas; sin embargo, en este estudio no se adopta ninguna de ellas como referente teórico. Esto se da debido que el objeto de estudio no es la depresión como trastorno clínico, sino la sintomatología depresiva comprendida como un continuo de síntomas. El instrumento usado, la Escala de Depresión para Adolescentes (EDAR), evalúa sin teoría explicativa concreta sino según criterios sintomáticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM); por ello, lo que orienta esta variable es un enfoque sintomático-descriptivo, coherente con el alcance correlacional del estudio. Las teorías presentadas permiten contextualizar el fenómeno depresivo, pero no rigen la medición.

2.1.2.3. Factores contribuyentes y características de la sintomatología depresiva.

Entre los factores que favorecen al desarrollo de los síntomas depresivos se localizan las predisposiciones biológicas, como cambios neuroquímicos en el cerebro, y factores psicosociales, como la pérdida de relaciones, el aislamiento social y experiencias de estrés crónico (Olivera et al., 2019).

En adolescentes, se ha observado que la depresión puede impactar significativamente el rendimiento académico y la integración social, lo que puede tener secuelas en el desarrollo de su vida adulta (Olivera et al., 2019). De hecho, estudios recientes destacan la relación entre la sintomatología depresiva en la adolescencia y el desempleo o la falta de oportunidades para estudiar en la vida adulta (Cárdenas, 2019).

Los síntomas depresivos se manifiestan comúnmente en varias áreas del funcionamiento personal y social, como en la motivación y el desempeño. Entre los principales síntomas se identifican la falta de energía, el retraimiento social y sentimientos persistentes de inutilidad o desesperanza (Cárdenas, 2019).

Por otro lado, Ugarriza y Ecurra (2002) retomando los lineamientos del DSM, señalan que la sintomatología depresiva se caracteriza por:

- Estado de ánimo disfórico persistente: Síntoma eje en un cuadro depresivo, que se caracteriza por una sensación constante de tristeza y desesperanza.
- Irritabilidad: Arranques de ira o estado anímico irritable, que en los adolescentes puede presentarse con más frecuencia que la tristeza.
- Anhedonia: Pérdida para sentir placer, que se puede reflejar en aislamiento social o el abandono de aficiones.
- Fluctuaciones en el apetito y peso: El apetito disminuye o aumenta exageradamente.
- Alteraciones del sueño: Se presenta insomnio (dificultades para lograr dormir) o exceso de sueño (hipersomnia) en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno.
- Cambios psicomotores (Agitación o ralentización): Los cambios pueden incluir la dificultad para permanecer sentado e inquietud, o por el contrario, enlentecimiento en el lenguaje, pensamiento y movimientos corporales lentos.
- Fatiga: Referido a la falta de energía y el cansancio.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva: Interpretaciones negativas no congruentes con el auténtico valor o el culparse drásticamente ante errores del pasado.
- Problemas de concentración o toma de decisiones: Facilidad para distraerse o quejarse por olvidos frecuentes, así como dificultad para elegir por sí mismo.
- Pensamientos de muerte o suicidio: Pensamiento recurrentes sobre autoeliminarse, con o sin planificación suicida

2.1.2.4. Diferencias según sexo en la sintomatología depresiva adolescente

A. Transición puberal. Estudios demuestran que el riesgo de depresión aumenta, con

el desarrollo gonadal (indicador principal de la pubertad) siendo un factor determinante en mujeres y no en varones. El aumento de las hormonas gonadales (estradiol y testosterona), el estrés ambiental, y la percepción del cambio corporal y propios de la pubertad pueden interactuar con factores psicosociales para aumentar la vulnerabilidad a la depresión femenina durante la adolescencia (Stumper y Alloy, 2023).

B. *Expectativas sociales y presión de género.* Diferentes investigaciones señalan que los roles de género tradicionales influyen en el bienestar psicológico adolescente a través de la presión por la apariencia física. Se ha encontrado que las adolescentes que se alinean a creencias y actitudes más tradicionales sobre los roles de género presentan menores niveles de satisfacción corporal, debido a que estos roles enfatizan el atractivo físico como un atributo central de la feminidad (Finne et al., 2020). En este sentido, la inclinación a roles tradicionales se asocia con un mayor riesgo de insatisfacción corporal en la población adolescente femenina, por lo que representa un factor de vulnerabilidad emocional durante esta etapa.

Asimismo, la adhesión a los roles de género puede actuar como un efecto protector, dado que los rasgos tradicionalmente vinculados a la masculinidad, tales como la autoconfianza, la autoeficacia y la orientación hacia el logro, suelen ser reforzados por el contexto familiar y cultural. Este refuerzo podría estimular el desarrollo de una mayor percepción de competencia personal y autoconfianza, disminuyendo el riesgo de depresión masculina durante la adolescencia (Priess et al., 2009). Estos hallazgos sugieren que ciertos atributos asociados a los roles de género podrían ejercer un papel modulador en la aparición de síntomas depresivos.

C. *Diferencias en la expresión emocional.* Desde una perspectiva emocional, se ha señalado que las dificultades en la expresión emocional, especialmente de la tristeza, constituye un factor relevante en la prevalencia de síntomas depresivos en las mujeres. Las complicaciones para discriminar y expresar de forma efectiva las emociones se asocia con un aumento de

malestar psicológico y con una mayor vulnerabilidad a la depresión, lo que evidencia que la socialización emocional influye en la manifestación diferencial de los síntomas según sexo (Kunst et al., 2019).

2.1.2.5. Consecuencias. La evidencia empírica converge en señalar que la depresión adolescente tiene un impacto negativo que persiste hasta la adultez. Chang y Kuhlman (2022) hallaron que quienes desarrollaron depresión durante la adolescencia mostraban, en su vida adulta, una reducción significativa en las posibilidades de contraer matrimonio, una disminución en la fecundidad, así como una merma en sus ingresos económicos, acompañado de mayores índices de desocupación laboral y predisposición al sobrepeso. Estos resultados se amplían con los de Clayborne et al. (2019), quienes destacan otras repercusiones críticas: mayor tasa de embarazo precoz, sensación de soledad, recaídas de sintomatología depresiva en etapas etarias posteriores, comorbilidad con la ansiedad y problemas de adicción a sustancias; mayor inestabilidad en relaciones vinculares/pareja; elevada incidencia de no completar la educación básica superior (secundaria) y en consecuencia el bachillerato o carreras profesionales, aumento de probabilidad en caer en desempleo y percepción de ingresos económicos mínimos. Este decir, se reconoce que las desventajas de la sintomatología depresiva para esta población pueden afectar múltiples áreas y no solo la salud psicológica, como la familiar, la formación de vínculos interpersonales, desarrollo profesional y académico, superación para mejoras en condiciones económicas e incluso bienestar psicosocial.

Un hallazgo esperanzador es que las intervenciones tempranas pueden atenuar estos efectos. Chang y Kuhlman (2022) observaron que quienes recibieron tratamiento efectivo en la adolescencia no presentaron dichas desventajas en la adultez.

2.1.2.6. Implicaciones clínicas y tratamiento. El tratamiento de la sintomatología depresiva varía según las características de la persona y la severidad de las manifestaciones clínicas. Las intervenciones psicoterapéuticas, como la terapia cognitivo-conductual (TCC) y

la terapia interpersonal, son eficaces tanto en jóvenes como en adultos mayores, al proporcionar herramientas para enfrentar el malestar emocional y mejorar las habilidades de afrontamiento (Sánchez et al., 2023).

Además, la incorporación del entrenamiento físico y el fomento de la participación en actividades sociales también han mostrado beneficios en la disminución de los síntomas depresivos, particularmente en la población de adultos mayores (Cárdenas, 2019).

Las terapias basadas en la atención plena, como la meditación y el yoga, también han sido propuestas como intervenciones complementarias efectivas para el manejo de la sintomatología depresiva. Estas terapias permiten a los individuos desarrollar una mayor conciencia de sus emociones y pensamientos, facilitando una mejor gestión de los síntomas y promoviendo el bienestar general (Sánchez et al., 2023).

La sintomatología depresiva es un desafío importante que afecta el bienestar de los individuos a lo largo de la vida, y su tratamiento debe ser integral y adaptado a las necesidades de cada grupo poblacional. Dada su prevalencia y el impacto potencial en áreas claves del desarrollo humano, es fundamental identificar y tratar estos síntomas de manera temprana para mitigar sus consecuencias a largo plazo. Las intervenciones terapéuticas, tanto psicológicas como sociales, desempeñan un rol crucial en la mejora del bienestar psicológico y la reducción del sufrimiento asociado a la depresión (Arteaga y Silva, 2019).

III. MÉTODO

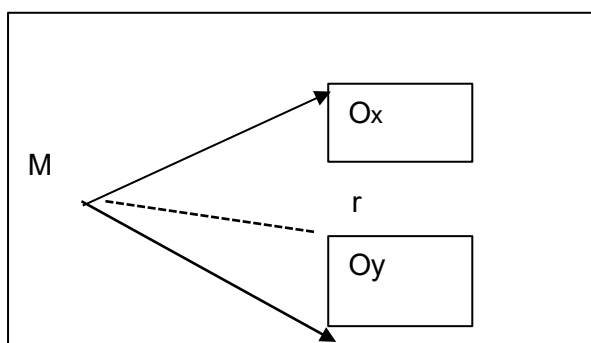
3.1. Tipo de investigación

El enfoque de la investigación fue cuantitativo, el cual permitió medir las variables de interés a través de instrumentos estandarizados para examinar sus vínculos y probar las hipótesis planteadas (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

El estudio fue de tipo básico (o fundamental), puesto que no se buscó la aplicación directa de los resultados en un contexto práctico inmediato, ya que su propósito central fue enriquecer el conocimiento teórico sobre la dinámica entre dichas variables, cuyos hallazgos podrán servir como base para futuros estudios aplicados (Sánchez y Reyes, 2015). Se desarrolló un diseño no experimental-transversal, caracterizado por la observación de variables en su contexto natural sin manipulación deliberada y la recolección de datos en un único momento temporal. Su alcance correlacional permitió analizar la relación entre las variables (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

Figura 1

Estructura de diseño correlacional



Dónde:

M = Adolescentes

OX = Funcionalidad familiar OY = Sintomatología depresiva r = Correlación

3.2. Ámbito temporal y espacial

El estudio se ejecutó en la Institución Educativa Pública "República De Nicaragua-6076" del distrito de Villa El Salvador, el proceso metodológico comprendió la recolección de datos durante noviembre de 2022 mediante la aplicación de instrumentos a la muestra de estudiantes, seguidamente en diciembre de 2022 se realizó la sistematización y organización de la información en bases de datos para desarrollar el análisis estadístico y tratamiento de los resultados en enero de 2023.

3.3. Variables

3.3.1. *Funcionalidad familiar*

- **Definición conceptual:** Para Olson (1986) la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para mantener equilibrios dinámicos entre la cohesión (vínculos emocionales y lealtad entre miembros), adaptabilidad (flexibilidad para ajustar roles y reglas ante cambios) y comunicación (habilidades para expresar necesidades y resolver conflictos).
- **Definición operacional:** Se define a partir de los datos obtenidos de la Escala de Funcionalidad Familiar (Faces III) de Olson, que mide cohesión y adaptabilidad familiar, donde valores medios indican sistemas balanceados (óptimos) y valores extremos sugieren disfunción.

Tabla 1*Operacionalización de la variable Funcionalidad Familiar*

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de respuesta	Niveles y rangos	Nivel de medición
Cohesión	Apoyo, expresión de sentimientos y pensamientos, tiempo de diversión, pertenencia familiar, Comunicación abierta, respeto, seguridad y protección.	1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17 y 19	Likert 1: Nunca 2: Casi Nunca 3: Algunas veces en Desacuerdo 4: Casi Siempre 5: Siempre	-Desprendida /desligada Separada Conectada - Enredada/amalgamada/Aglutinada	Ordinal
Adaptabilidad	Adaptarse al cambio, flexibles a nuevas ideas, búsqueda de soluciones, planes familiares, resolución de conflictos, trabajo en equipo, etc.	2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18 y 20		Rígida -Estructurada -Flexible -Caótica	

3.3.2. Sintomatología depresiva

- **Definición conceptual:** Según Ugarriza y Ecurra (2002), los síntomas depresivos en adolescentes abarcan dimensiones interrelacionadas: en el ámbito psicosomático, se observan alteraciones del sueño-vigilia y quejas somáticas recurrentes; a nivel cognitivo, predominan el bajo autoconcepto, una visión negativa de la realidad y dificultad para valorarse a sí mismos; en las manifestaciones conductuales, destacan el aislamiento social y la ansiedad en entornos académicos; mientras que, en la dimensión afectivo-emocional, sobresalen la desesperanza, la irritabilidad y la tristeza persistente. De acuerdo con los criterios actualizados (American Psychiatric Association [APA], 2022), la depresión

adolescente presenta rasgos distintivos, como el predominio del estado anímico irritable sobre la tristeza clásica, acompañado de una marcada disminución en la capacidad para experimentar placer (anhedonia), incluso en actividades cotidianas previas.

- **Definición operacional:** Se define a partir de los datos conseguidos de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds, teniendo como dimensiones: desmoralización, expresiones emocionales de cólera y tristeza, anhedonia, baja autoestima, somático-vegetativo y ansiedad escolar.

Tabla 2

Operacionalización de la variable Sintomatología depresiva

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de respuesta	Niveles y rangos	Nivel de medición
Desmoralización	Sentimientos de desesperanza, no sentirse apreciado, baja autoestima, abatimiento, soledad y llanto.	1, 3, 4, 5, 8, 9, 12, 13, 14, 20, 30	Likert	síntomas depresivos mínimos, leves, moderados, severos	intervalar
Cólera y tristeza	Expresiones emocionales de enojo, irritabilidad, tristeza, aburrimiento, preocupación, pesimismo y fatiga.	7, 16, 17, 18, 22, 26, 28	1: Casi nunca 2: Rara vez 3: Algunas veces 4: Casi siempre	- >76: Alto (puntaje directo)	
Anhedonia	Pérdida de interés o placer en actividades generales y con pares; reducción de la comunicación.	10, 23, 25			

Baja Autoestima	Autocrítica negativa, autorreproche, desaprobación de sí mismo, compasión de sí mismo y aislamiento.	6, 15, 19, 21
Somático-Vegetativo	Síntomas físicos como alteraciones del sueño, quejas somáticas y trastornos del apetito.	11, 24, 27, 29
Ansiedad escolar	Preocupación y ansiedad específicamente relacionada con el ámbito escolar.	2

3.4. Población y muestra

La población se conformó inicialmente por 360 personas de educación secundaria de una institución pública de Villa El Salvador. La selección de participantes se realizó a través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional (Sánchez y Reyes, 2015), delimitado por criterios específicos propuestos por la investigadora, enfocándose en escolares del Ciclo VII (tercero a quinto de secundaria). Según el Ministerio de Educación del Perú (MINEDU, 2016) durante esta etapa se consolidan la identidad personal, desarrollo de la autonomía y la habilidad de vinculación con sus iguales, características que lo diferencian marcadamente de los estudiantes de primero y segundo de secundaria (Ciclo VI), además de estar expuestos a exigencias académicas y sociales. Por lo tanto, la elección del Ciclo VII se argumenta en que este grupo poblacional presenta dinámicas psicosociales más complejas.

Desde la perspectiva epidemiológica, la delimitación etaria (15 a 18 años) se apoya en la evidencia que señala este rango como significativo para la sintomatología depresiva. La Organización Mundial de la Salud (2025) reporta que, según datos del 2021, los adolescentes de 15 a 19 años manifiestan elevada vulnerabilidad con una prevalencia del 3.4% en trastornos depresivos, estableciéndose como una etapa de riesgo para su bienestar psicológico.

Con relación al cálculo muestral, se tomó en consideración los criterios de potencia estadística, tamaño del efecto y significancia (Leongómez, 2020); con un tamaño del efecto moderado ($TE = .30$), un valor de potencia estadística por encima del valor crítico ($PE = .90$), así como el valor de significancia del .05. El cálculo permitió delimitar un valor de muestra mínima de 92 participantes para la ejecución de los cálculos estadísticos inferenciales. El tamaño muestral final de 248 participantes excede el requisito mínimo requerido, incrementando la potencia estadística y robustez de los análisis, además de mantener concordancia con investigaciones anteriores que reportan correlaciones promedio de -0.59 entre las variables estudiadas (Chaucas, 2024; Clemente, 2024; Medina, 2021).

3.4.1 Criterios de inclusión

- Estudiantes que estaban dispuestos a participar de forma voluntaria y responder ambos instrumentos.
- Estudiantes de 3ero a 5to de secundaria matriculados en el periodo lectivo del 2022, comprendidas entre 15 a 18 años.

3.4.2. Criterio de exclusión

- Estudiantes que no dieron su consentimiento para participar de la evaluación.
- Estudiantes pertenecientes de 1ero a 2do de secundaria, con edades menores de 15 años.
- Estudiante que omitieron ítems o marcaron dos respuestas en uno de los cuestionarios.

3.5. Instrumentos

3.5.1. *Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES III)*

La escala FACES-III fue creada por Olson (1986) con el objetivo de evaluar la funcionalidad familiar a partir de las dimensiones cohesión y adaptabilidad del Modelo Circumplejo. La cohesión alude al vínculo emocional entre los miembros del ambiente familiar, cuyos extremos van desde la desconexión (desprendida) a la fusión (enredada), y pueden ser disfuncionales. Asimismo, su otro componente que es la flexibilidad permite evaluar la capacidad de adaptación, yendo desde la falta de estructura (caótica) hasta el control excesivo (rígida). Según el modelo, los niveles moderados en las dos dimensiones se relacionan con un funcionamiento familiar óptimo. Al combinar las dos variables, se producen 16 tipologías familiares, como "familias enredadas-rígidas" o "separadas-flexibles", obteniéndose una clasificación en tres categorías: balanceadas, de rango medio y extremas. La prueba está integrada por 20 ítems; de los cuales 10 evalúan la cohesión (ítems, 1,3,5,7,9,11,13,15,17,19), y los otros 10 la adaptabilidad (ítems, 2,4,6,8,10,12,14,16,18,20), cada ítem presenta cinco opciones de respuesta en formato Likert (nunca o casi nunca, pocas veces, algunas veces, frecuentemente y siempre o casi siempre). Su administración es individual o colectiva.

3.5.1.1. Propiedades psicométricas originales. Según lo reportado por Olson et al. (1985, como se citó en Basurto, 2019), su validez de constructo, evidenciada por la independencia entre sus dimensiones tras reducir significativamente la correlación entre cohesión y adaptabilidad a un nivel cercano a cero frente a una escala de deseabilidad social ($r = .30$). De acuerdo con la confiabilidad, se obtuvieron coeficientes de consistencia interna (Alfa de Cronbach) de .87 para la escala de Cohesión y .78 para la de Adaptabilidad. De igual manera, a través del método test-retest se alcanzó una alta estabilidad temporal, con correlaciones de .78 para Cohesión y .77 para Adaptabilidad.

3.5.1.2. Propiedades psicométricas peruanas. En el contexto nacional, Bazo-Alvarez et al. (2016) realizaron la adaptación del FACES-III, teniendo como muestra 910 adolescentes de Chimbote, cuyo rango etario oscilaba entre los 11 y 18 años. Con relación a la propiedades psicométricas, el análisis factorial confirmatorio (AFC) respaldó la estructura bidimensional original (cohesión y adaptabilidad) con índices de ajuste aceptables: $GFI = .97$, $AGFI = .96$, $RMSEA = .059$ y $NFI = .93$, el análisis factorial exploratorio (AFE) expuso diferencias a nivel cultural: la dimensión de cohesión presentó una estructura unidimensional (autovalor = 3.50, varianza explicada = 34.8%), y la adaptabilidad comienzos de multidimensionalidad (3 factores con autovalor mayor = 1.54), indicando que ciertos ítems podrían medir constructos adicionales en el contexto peruano. Los resultados evidenciaron una fiabilidad sólida para la escala de cohesión ($\omega = .85$), considerada buena para fines de investigación. Por otra parte, la adaptabilidad reveló una consistencia interna óptima, facilitando su uso para objetivos investigativos ($\omega = .74$).

En un estudio más reciente, el FACES III ha presentado evidencia de validez basada en la estructura interna mediante AFC. Clemente (2024) reportó un modelo de dos factores con índices de ajuste considerados aceptables ($CFI = .85$; $TLI = .83$; $RMSEA = .06$; $SRMR = .07$). Asimismo, se encontró que todos los ítems presentaron cargas factoriales superiores a .30, por lo que no fue necesaria la eliminación de reactivos, lo que brinda evidencia de validez basada en la estructura interna del instrumento en la muestra estudiada. En cuanto a la confiabilidad, se reportaron índices de consistencia interna adecuados para la escala de cohesión, tanto mediante el coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha = .82$) como el coeficiente omega ($\omega = .83$). En contraste, la escala de adaptación presentó índices aproximados a lo adecuado ($\alpha = .66$; $\omega = .67$), valores que resultan aceptables para investigaciones de tipo descriptivo y correlacional.

3.5.1.3. Confiabilidad y validez. En ese sentido, en la presente investigación se analizaron las propiedades psicométricas. Se realizó la validez de constructo del FACES III y

fue evaluada mediante AFC, especificándose un modelo de dos factores correlacionados: Cohesión Familiar y Adaptabilidad Familiar, conforme a la estructura teórica original del instrumento. Los índices de ajuste global indicaron un ajuste adecuado del modelo ($CFI = .97$; $TLI = .97$; $RMSEA = .069$; $SRMR = .080$). Las cargas factoriales estandarizadas del factor Cohesión fueron mayoritariamente moderadas a altas ($\beta = .249$ a $.831$), siendo todas estadísticamente significativas ($p < .001$). En el factor Adaptabilidad, las cargas factoriales presentaron mayor variabilidad ($\beta = .038$ a $.772$), con ocho ítems estadísticamente significativos y dos ítems sin significancia. En conjunto, los resultados brindan evidencia de validez de constructo basada en la estructura interna del instrumento, con un desempeño psicométrico más robusto en la dimensión de Cohesión Familiar. Por otro lado, la confiabilidad del instrumento se estimó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach. El análisis arrojó un valor de $\alpha = 0.857$ y $\omega = 0.865$, los cuales se consideran aceptables para confirmar la confiabilidad de la medición.

3.5.2. Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR)

Es un instrumento creado por Reynolds (1987) en Estados Unidos y permite evaluar la sintomatología depresiva en adolescentes cuyas edades se encuentran entre los 13 y 18 años. Cabe precisar que evalúa indicadores de sintomatología depresiva, pero el resultado no equivale a un diagnóstico de depresión (Ugarriza y Ecurra, 2002). Su administración puede ser de uso individual o de manera colectiva, en grupos pequeños. El tiempo de aplicación dura entre 10-15 minutos aproximadamente y se compone por 30 ítems tipo Likert (casi nunca, rara vez, algunas veces y casi siempre); asimismo, siete reactivos se califican de forma inversa (1, 5, 10, 12, 23, 25 y 29); el instrumento está compuesto por seis dimensiones: Desmoralización, Cólera/Tristeza, Anhedonia, Baja Autoestima, Somático-Vegetativo y Ansiedad escolar.

3.5.2.1. Propiedades psicométricas originales. La escala EDAR en su versión original demuestra adecuadas propiedades psicométricas según estudios de validación con

muestras adolescentes Reynolds y Mazza (1998) documentaron en 89 participantes coeficientes de consistencia interna excelentes con valores alfa de Cronbach de 0.91 y 0.93 en evaluaciones sucesivas además de una estabilidad temporal medida mediante test-retest de 0.87 en cuanto a validez de criterio el instrumento muestra una correlación significativa de 0.76 con la entrevista clínica de Hamilton complementada con indicadores de eficacia diagnóstica que alcanzan sensibilidad del 89% especificidad del 90% y precisión global del 90% utilizando el punto de corte de 77 puntos estos resultados confirman la capacidad discriminativa del EDAR para identificar casos de depresión adolescente con solidez técnica y precisión diagnóstica adecuadas para su aplicación en contextos clínicos y de investigación.

3.5.2.2. Propiedades psicométricas peruanas. Para la presente investigación, se utilizó la versión adaptada y validada al contexto peruano por Ugarriza y Ecurra (2002) en una muestra de 1,963 estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana. En el estudio se reportó un coeficiente alfa de Cronbach de .87 para la muestra total. Asimismo, la confiabilidad calculada por el procedimiento de división por mitades (corregida con la fórmula de Spearman-Brown) fue de .85. En cuanto a la validez de constructo, se concluyó que la prueba no se basa en una teoría específica de la depresión, se encuentra sustentada en la correspondencia de sus 30 ítems con los criterios sintomáticos de depresión establecidos en los sistemas de clasificación DSM-III, lo que permitió demostrar una adecuada representatividad del constructo que pretende medir. Se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) que sugirió una estructura multidimensional de 6 factores rotados (Desmoralización, Cólera/Tristeza, Anhedonia, Baja Autoestima, Somático-Vegetativo y Ansiedad escolar), los cuales en conjunto explican el 45.8% de la varianza total. Posteriormente, el Análisis Factorial Confirmatorio de segundo orden confirmó la robustez de la estructura interna del instrumento en la población peruana. Los índices de ajuste del modelo obtenidos fueron óptimos y superaron los criterios convencionales de buen ajuste: $\chi^2/gl = .70$, $p\text{-value} = .318$, $RMR = .03$, $GFI = .99$, $AGFI = .99$.

En estudios recientes, More (2023) reportó evidencia de validez de constructo basada en la estructura interna de la EDAR mediante análisis factorial exploratorio, previo cumplimiento de los supuestos de adecuación muestral ($KMO = .930$; prueba de Bartlett significativa, $p < .001$). El análisis identificó tres factores que explicaron el 57.218 % de la varianza total. Asimismo, se obtuvo adecuada confiabilidad por consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach total de .923.

3.5.2.3. Confiabilidad y validez. En el presente estudio se evaluó la validez de constructo del EDAR mediante AFC, especificándose un modelo multifactorial correlacionado conforme a la estructura teórica del instrumento. Los índices de bondad de ajuste evidenciaron un ajuste adecuado del modelo, observándose valores satisfactorios en los índices incrementales y de ajuste global ($CFI = .984$; $NNFI = .982$; $GFI = .974$), los cuales superan los criterios mínimos recomendados en la literatura. Asimismo, los índices de error de aproximación mostraron valores aceptables ($RMSEA = .059$; $SRMR = .076$). En relación con las cargas factoriales estandarizadas, estas oscilaron entre $\beta = .15$ y $\beta = .81$, lo que indica que los ítems presentan una contribución adecuada a sus respectivos factores latentes. En conjunto, los resultados obtenidos brindan evidencia empírica favorable de la validez de constructo basada en la estructura interna del EDAR. Para hallar la confiabilidad, se estimó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach. El análisis arrojó un valor de $\alpha = .921$ y $\omega = .924$, los cuales se consideran aceptables para confirmar la confiabilidad de la medición.

Cabe añadir, que la selección de instrumentos como el EDAR y FACES III se basó en su validación previa en población peruana, lo que asegura su pertinencia cultural y confiabilidad en el contexto local. Respecto al FACES III, se prefirió sobre el FACES IV por contar con una validación completa en adolescentes peruanos, incluyendo análisis factorial confirmatorio y adecuados índices de confiabilidad según Bazo-Alvarez et al. (2016). En contraste, el estudio de Casallo (2020) con el FACES IV se realizó con universitarios de Lima

y Bogotá, por lo que sus resultados no son generalizables a población adolescente y no ofrece una validación completa ni baremos para Perú. Así, el FACES III resulta metodológicamente más apropiado para esta investigación. Con relación al otro instrumento, un estudio de validación de Anicama y Chumbimuni (2018) reportó propiedades psicométricas sólidas para el EDAR en Lima Sur, con alta confiabilidad ($\alpha = .92$) y validez robusta ($KMO = .93$, varianza explicada = 65%). Asimismo, la adaptación peruana del EDAR-2 por Pascual y Rodríguez (2022) mostró adecuados índices de confiabilidad ($\alpha = .87$, $r = .85$) y validez de constructo excelente ($CFI = .96$, $RMSEA = .06$). No obstante, para este estudio se seleccionó la versión de Ugarriza y Ecurra (2002), por contar con mayor trayectoria y uso en investigaciones nacionales, evidencia psicométrica sólida específica para la población objetivo, y permitir la comparabilidad directa con la línea de investigación previa en el contexto peruano.

3.6. Procedimientos

Se requirió el permiso correspondiente a la institución educativa; primero, se presentó una solicitud a la máxima autoridad, en este caso al director, y con la carta de aceptación, se coordinó para obtener la autorización de los tutores de cada sección. Una vez, teniendo la autorización correspondiente, se realizó la recolección de información.

Al ingresar a las aulas, se les explicó a los estudiantes el objetivo del estudio como de los cuestionarios, asimismo, se le remarcó que su participación sería voluntaria, haciendo hincapié en que la información será de carácter confidencial, anónima y únicamente con fines de investigación. Esta recopilación de información se realizó de manera grupal.

3.7. Análisis de datos

Para la obtención de datos se usó el software estadístico *Jamovi* (versión 2.2.2). Como primer paso, se evaluó el supuesto de normalidad de la distribución de las puntuaciones mediante la prueba de *Shapiro-Wilk*, recomendada para muestras de diversos tamaños (Yap y Sim, 2011).

En la tabla 3, se evidencia una distribución no normal con el valor “ p ” menor a .05, a excepción de la dimensión de adaptabilidad ($W = .991$, $p = .126$), por lo que se utilizaron pruebas no paramétricas. Para indagar la relación entre las variables, Se procedió a usar el coeficiente de correlación Rho de Spearman, estableciendo un nivel de significancia de $\alpha = .05$, mediante el cual se determinaron las correlaciones necesarias para el estudio.

Tabla 3

Prueba de Distribución-normalidad de la escala FACES y EDAR

Asimetría					Curtosis		Shapiro-Wilk	
	M	DE	Asimetría	EE	Curtosis	EE	W	p
Cohesión	35.18	7.130	-.305	.155	-.4256	.308	.984	.006
Adaptabilidad	28.84	5.638	.253	.155	.1998	.308	.991	.126
Desmoralización	21.14	6.837	.497	.155	-.4785	.308	.964	< .001
Cólera y tristeza	18.59	4.658	-.195	.155	-.3598	.308	.986	.017
Anhedonia	5.73	2.318	.625	.155	-.4835	.308	.915	< .001
Baja autoestima	8.30	3.193	.526	.155	-.7104	.308	.935	< .001
Somático-Vegetativo	8.36	2.609	.534	.155	.0240	.308	.961	< .001
Ansiedad escolar	3.13	.884	-.779	.155	-.1545	.308	.816	< .001
Depresión	72.13	18.512	-1.348	.155	4.1162	.308	.898	< .001

Nota. DE: Desviación estándar; EE: Error estándar; W: Estadístico de Shapiro-Wilk; p: Nivel de significancia.

3.8. Consideraciones éticas

Al realizar la aplicación de instrumentos se dio la información sobre la finalidad investigativa y un consentimiento informado, respetando la confidencialidad de los datos, en concordancia con la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2024). Además, se

impulsó la participación voluntaria y anónima.

IV. RESULTADOS

En breve se muestran los hallazgos en relación con los objetivos planteados, así como de sus hipótesis. Estos resultados son de tipo correlacional, descriptivo.

En la tabla 4, se observa la correlación entre las variables de funcionalidad familiar y sintomatología depresiva, se presenta una correlación negativa, baja y estadísticamente significativa ($r = -.135, p = .033$).

Tabla 4

Correlación entre funcionalidad familiar y sintomatología depresiva

		Funcionalidad familiar
Sintomatología depresiva	<i>Rho</i>	-.135
	<i>P</i>	.033

Nota. *Rho*: Correlación de Spearman; *p*: nivel de significancia.

En la Tabla 5 se evidencian los niveles de cohesión familiar en los adolescentes evaluados. Se manifiesta que el mayor porcentaje se ubica en el nivel disperso, con un 42.3%, seguido del nivel separado, con 36.7%. En menor proporción se encuentran los niveles conectados, que representa el 18.5%, y aglutinado, con el 2.4%. Estos resultados reflejan que la mayoría de los participantes se encuentran en niveles de cohesión caracterizados por vínculos débiles o escasa unión emocional entre los integrantes de la familia, mientras que la minoría presenta un nivel de cohesión óptimo o, en su defecto, excesivamente elevado.

Tabla 5*Nivel de cohesión familiar*

Niveles de cohesión	Frecuencia	Porcentaje
Dispersa	105	42.3 %
Separada	91	36.7 %
Conectada	46	18.5 %
Aglutinada	6	2.4 %

En la Tabla 6 se muestran los niveles de adaptabilidad en la población evaluada. Se observa que el mayor porcentaje se ubica en el nivel caótico, con un 55.2%, seguido del nivel flexible, con 19.0%. En menor proporción se encuentran los niveles estructurados, que representa el 17.3%, y rígido, con el 8.5%. Estos resultados reflejan que la mayoría de los participantes se encuentran en un nivel de adaptabilidad caracterizado por la falta de estructura y predictibilidad (caótico), mientras que solo un 36.3% de la muestra presenta niveles que denotan capacidad de ajuste organizado (flexible) o estabilidad con reglas claras (estructurado). La baja frecuencia del nivel rígido sugiere que la inflexibilidad extrema no es un patrón predominante en esta población.

Tabla 6*Nivel de adaptabilidad familiar*

Niveles de adaptabilidad	Frecuencia	Porcentaje
Rígida	21	8.5 %
Estructurada	43	17.3 %
Flexible	47	19.0%
Caótica	137	55.2%

En la tabla 7, se aprecia que el nivel de síntomas depresivos mínimos le corresponde al sexo femenino 47.4% y el 52.6% al masculino. Asimismo, en los síntomas leves se aprecia leve predominancia en varones (56.1%,) respecto a mujeres (43.9%). En los niveles moderados, la distribución es relativamente semejante, con 48.2% en mujeres y 51.8% en varones. No obstante, en los síntomas depresivos severos se presenta una marcada presencia en el sexo femenino (61.6%) en comparación con el masculino (38.4%). En general, los varones presentan mayor proporción en los niveles mínimos y leves, mientras que las mujeres muestran una mayor afectación en los niveles severos de sintomatología depresiva dentro de la población de estudio.

Tabla 7*Manifestaciones de sintomatología depresiva, según sexo*

Niveles de sintomatología depresiva	Sexo		
	Femenino	Masculino	Total
Síntomas depresivos mínimos	9 47.4%	10 52.6%	19 100.0%
Síntomas depresivos leves	25 43.9%	32 56.1%	57 100.0%
Síntomas depresivos moderados	41 48.2%	44 51.8%	85 100.0%
Síntomas depresivos severos	53 61.6%	33 38.4%	86 100.0%
Total	128 51.6%	120 48.4%	248 100.0%

En la tabla 8, se observa la correlación entre los factores de la funcionalidad familiar (cohesión y adaptabilidad) en relación con los indicadores de sintomatología depresiva, en este sentido, para el caso de cohesión hubo una correlación negativa, moderada y estadísticamente significativa ($r = -.451$), en el caso de adaptabilidad, se observó una correlación negativa, baja y estadísticamente significativa ($r = -.275$). Lo que nos deja como conclusión que ambos factores son estadísticamente significativos. Además, se evidencia que la cohesión es el factor protector con mejor incidencia frente a indicadores de sintomatología depresiva, es decir, mientras la familia esté más integrada será un medio protector frente a las posibles manifestaciones de depresión.

Tabla 8

Correlación entre sintomatología depresiva con las dimensiones de adaptabilidad y cohesión con sintomatología depresiva

		Cohesión		Adaptabilidad	
Sintomatología depresiva	<i>Rho</i>	-.451	***	-.275	***
	<i>P</i>	< .001		< .001	

Nota. *Rho*: Correlación de Spearman; *p*: nivel de significancia.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Esta investigación se propuso como objetivo determinar la relación entre la FF y la sintomatología depresiva en adolescentes. Los resultados demuestran una relación estadísticamente significativa entre ambas variables, manifestada a través de una correlación negativa y baja ($r = -.135$, $p = .033$). Este hallazgo permite comprobar la hipótesis de investigación, señalando que, en la muestra estudiada, una mayor percepción de FF se asocia con una menor presencia de síntomas depresivos.

Los resultados se alinean con la evidencia científica previa, que en su conjunto sostiene una relación inversa entre el funcionamiento familiar y la depresión en adolescentes. Investigaciones nacionales evidencian similares hallazgos, aunque con variaciones en fuerza. Soplin (2022), al relacionar el clima social familiar con la sintomatología depresiva, encontró una correlación negativa y significativa de magnitud baja ($r_s = -.20$), resultado casi idéntico al del presente estudio. De igual manera, Romero (2023) reportó una correlación inversa y débil ($r_s = -.253$), mientras que More (2023) identificó una asociación moderada ($r = -.348$). La concordancia en el signo negativo refuerza el rol protector de la familia funcional, un principio central en los modelos teóricos de Olson (1976) y Epstein et al. (1978), donde la cohesión, la comunicación y la adaptabilidad son clave. Resulta importante notar que la correlación en este estudio es más baja que la reportada en contextos internacionales, como en los trabajos de Loya-Valdez y Becerra-Hernández (2024) en México ($r_s = -.55$) y Chávez y Lima (2023) en Ecuador ($r_s = -.506$). En la misma línea, Guale et al. (2024) también reportaron una correlación negativa alta entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes ecuatorianos ($Rho = -0.947$, $p < 0.01$), reforzando la consistencia de esta relación inversa. Esta diferencia puede explicarse por factores contextuales, como el nivel cultural y socioeconómico que modulan la fuerza de la asociación. Asimismo, la investigación longitudinal de Wang et al. (2021) señala

que la relación es bidireccional: una adecuada función familiar predice menor depresión posterior, y viceversa.

La correlación negativa hallada es congruente con el Modelo Circumplejo de Olson (1976). Un núcleo familiar con cohesión y flexibilidad adecuada facilita la confianza emocional y el sentido de pertenencia que actúan como factor protector. Este entorno guarda relación con una estructura familiar clara con límites y roles establecidos, como lo sugiere Minuchin (1974), lo que disminuye la percepción de desorganización y estrés. Asimismo, dimensiones del Modelo McMaster, como la capacidad resolutive y la respuesta afectiva adecuada, explican cómo las familias funcionales manejan mejor el conflicto y brindan soporte, contrarrestando síntomas como la tristeza persistente.

La modestia de la correlación ($r = -.135$) no disminuye su importancia, sino que favorece la contextualización del rol de la familia. Señala que la funcionalidad familiar es un factor protector significativo, pero no único, dentro de un modelo multifactorial de la depresión adolescente que abarca factores biológicos, así como psicosociales (Olivera et al., 2019). Por lo tanto, estos hallazgos evidencian que es necesario la implicación de la familia en estrategias de prevención psicoeducativa dentro del contexto escolar, y justifican que siempre se incluya una valoración del entorno familiar al realizarse una evaluación clínica de un adolescente con sintomatología depresiva.

En secuencia el primer objetivo específico fue identificar el nivel de cohesión familiar. Los resultados revelan un perfil donde el 42.3% de los participantes se ubicó en el nivel disperso (equivalente a *desprendido/desapegado*) y un 36.7% en el nivel separado. En conjunto, el 79% de la muestra percibe vínculos familiares caracterizados por una conexión emocional baja a moderadamente baja. Solo una minoría se situó en el nivel conectado (18.5%, considerado óptimo) y en el aglutinado (2.4%, potencialmente disfuncional).

Este resultado es respaldado por investigaciones en contextos similares. Zumaeta (2024), también en Lima Sur, encontraron que el 75.58% mostró una baja cohesión emocional ("desprendidas/desligada"). Sin embargo, el panorama no es homogéneo. El estudio de Cruz (2022) en Lima mostró una distribución más favorable, con la cohesión "unida" (45.8%) como la más frecuente. Esta diferencia subraya que el nivel de cohesión familiar puede variar significativamente incluso dentro de una misma ciudad, posiblemente por características muestrales.

Desde la perspectiva del Modelo Circumplejo de Olson (1976), la prevalencia de los niveles *disperso* y *separado* se corresponde con categorías de cohesión baja y moderada-baja, asociadas a una funcionalidad subóptima y caracterizadas por un marcado individualismo y una frágil conexión afectiva (Bazo-Alvarez et al., 2016). La relevancia clínica de este perfil es alta. Como se fundamenta en el marco teórico, la cohesión familiar actúa como un factor protector clave para la salud mental en la adolescencia (Gómez-Velásquez et al., 2021).

El segundo objetivo fue identificar el nivel de adaptabilidad familiar. Los resultados revelan un perfil marcadamente disfuncional: la mayoría absoluta (55.2%) se ubicó en el nivel caótico. Los niveles considerados funcionales (estructurado y flexible) representaron en conjunto solo al 36.3% de la muestra. El nivel rígido fue el menos frecuente (8.5%).

Este hallazgo contrasta con lo reportado en otros estudios nacionales. Cruz (2022) encontró que los niveles *estructurado* (46.9%) y *flexible* (38%) —es decir, adaptabilidad funcional— eran los más prevalentes. Sin embargo, Zumaeta (2024) encontró que el 55.98% de los adolescentes de Lima-Sur percibía a su familia como rígida. Una posible explicación para estas diferencias es el contexto temporal de cada estudio. El presente estudio se llevó a cabo en 2022, en un contexto post-pandemia inmediato caracterizado por altos niveles de incertidumbre, lo que pudo afectar la percepción de la adaptabilidad familiar, generando una

sensación de caos en las dinámicas del hogar.

Según el modelo de Olson (1976), este resultado es preocupante. Las familias caóticas se diferencian por cambios poco predecibles en los roles, la inexistencia de liderazgo, y una disciplina inconsistente (Bazo-Alvarez et al., 2016; Martínez-Pampliega et al., 2006). Corresponde a un nivel extremo y disfuncional. Que solo el 36.3% de la muestra se encuentre en los niveles adecuados (*estructurado y flexible*) señala una grave limitación en la capacidad sistémica de las familias para ajustarse de manera clara y organizada para afrontar las adversidades. La caoticidad observada puede interpretarse desde el Modelo Estructural de Minuchin (1974) como una jerarquía debilitada y límites difusos, mientras que desde el Modelo McMaster como una falla de control conductual. Según Esteves et al., (2020) la adaptabilidad es crucial para afrontar el estrés de manera eficiente por lo que un entorno de desorganización contradice este principio. Por lo tanto, es un terreno fértil para problemas emocionales y puede exacerbar la vulnerabilidad a la sintomatología depresiva.

El tercer objetivo buscó describir la manifestación de sintomatología depresiva según el sexo. Los resultados revelan un patrón diferenciado. En los niveles mínimo y leve, los varones presentan una proporción ligeramente mayor. La distribución en el nivel moderado es casi equitativa. El hallazgo crítico radica en el nivel severo, donde la proporción de mujeres (61.6%) supera considerablemente a la de varones (38.4%).

Este resultado de mayor severidad en población femenina concuerda con la evidencia internacional. Loya-Valdez y Becerra-Hernández (2024) en México, así como Apaza y Buezo (2024) en Bolivia, también reportan mayor prevalencia en mujeres. Esta convergencia puede explicarse por los factores de vulnerabilidad asociados al sexo como la transición puberal y su interacción con el estrés ambiental (Stumper y Alloy, 2023), la presión por la apariencia física y la insatisfacción corporal vinculada a roles de género tradicionales (Finne et al., 2020),

y expresión ambivalente de emociones como la tristeza (Kunst et al., 2019).

Por lo cual, la implementación de intervenciones debe considerar una perspectiva diferenciada por sexo: abordar los factores de riesgo específicos en mujeres (presión corporal y ambivalencia emocional), promover en la población masculina espacios seguros para la expresión de emociones, y consolidar los factores protectores universales, como una funcionalidad familiar óptima.

Por otro lado, el cuarto objetivo específico buscó establecer la relación entre la cohesión familiar y la sintomatología depresiva. El análisis mostró un coeficiente de $r = -.451$, estadísticamente significativo, lo que indica una correlación negativa y moderada. Esto comprueba la hipótesis específica, confirmando que la cohesión actúa como un factor asociado inversamente a la depresión.

La fuerza de esta relación concuerda con una robusta evidencia. A nivel internacional, Apaza y Buezo (2024) encontraron una correlación similar para la cohesión ($r = -.504$). Este sólido resultado se explica por el modelo de Olson (1976): una cohesión equilibrada agrega el apoyo afectivo y contención para enfrentar los retos del desarrollo adolescente. La correlación encontrada es la manifestación empírica de este principio. La evidencia del marco teórico refuerza este vínculo; Gómez-Velásquez et al. (2021) encontraron que los adolescentes sin depresión tenían 5.7 veces más probabilidad de presentar una óptima cohesión familiar.

Secuencialmente, el quinto objetivo específico buscó establecer la relación entre la adaptabilidad familiar y la sintomatología depresiva. El análisis arrojó un coeficiente de $r = -.275$, estadísticamente significativo, lo que indica una correlación negativa, baja, pero significativa. Esto también comprueba la hipótesis específica para esta dimensión. Este hallazgo es coherente con la evidencia previa. Apaza y Buezo (2024) también reportaron para la adaptabilidad una correlación negativa débil ($r = -.337$). Desde la teoría de Olson (1976), la

correlación menciona que cuando las familias operan lejos de los extremos disfuncionales (*rígido y caótico*), se crea un entorno más predecible que puede mitigar factores de riesgo como la incertidumbre. No obstante, la fuerza más baja de la correlación, en comparación con la cohesión, sugiere que el impacto de la adaptabilidad podría estar más mediado por otros factores o ser menos inmediato.

La comparación de los resultados de los objetivos 4 y 5 lleva a una conclusión crucial: la cohesión familiar ($r = -.451$) muestra una correlación más significativa con la variable de sintomatología depresiva que con la adaptabilidad ($r = -.275$). Esto sugiere que, en el presente estudio, la relación emocional y el sentido de pertenencia (cohesión) actúan como componente protector directo y potente. Mientras, la capacidad de ajuste (adaptabilidad), podría desempeñarse como un factor indirecto o complementario. La diferencia en la fuerza de las asociaciones confirma lo necesario que resulta desarrollar intervenciones que potencien el vínculo familiar y la comunicación emocional dentro del hogar. En este sentido, los programas con mayor influencia en la prevención son los que abordan la cohesión familiar.

Con respecto a implicaciones teóricas, los resultados garantizan evidencia empírica robusta que confirma la teoría del Modelo Circumplejo de Olson en un contexto peruano específico. Se corrobora la implicancia de sus dos dimensiones para anticipar el desajuste emocional en adolescentes. Sin embargo, el hallazgo de que la cohesión evidencia una asociación consistentemente más fuerte con la sintomatología depresiva que la adaptabilidad ofrece un aporte teórico clave. Esto permite inferir que, para la población adolescente, la percepción de unión emocional, apoyo y pertenencia podría ser un factor protector significativo y de primer nivel, quizás más influyente que la capacidad familiar para distribuir roles y establecer normas. Este aporte mejora la predictibilidad del modelo, indicando que no todas sus dimensiones contribuyen de manera uniforme en todos los contextos, lo que enriquece la

comprensión teórica de los mecanismos protectores familiares en la salud mental adolescente.

A nivel práctico, los hallazgos tienen una proyección de acción en el sector educativo y de salud pública. En primer lugar, justifican la ejecución de programas de detección temprana en las instituciones educativas. Los Departamentos de Tutoría y Psicología podrían incorporar escalas breves de evaluación de la funcionalidad familiar (como versiones reducidas del FACES) junto a herramientas de tamizaje para sintomatología depresiva, dirigidas especialmente a estudiantes del Ciclo VII, para identificar casos de riesgo de manera oportuna. En segundo lugar, ofrecen una guía focalizada para el diseño de intervenciones. Dada la mayor fuerza de la asociación con la cohesión, los talleres psicoeducativos para padres y adolescentes deberían priorizar estrategias para fortalecer el vínculo emocional, como la promoción de tiempo de calidad, la comunicación empática y el apoyo incondicional, sin descuidar el trabajo en la flexibilidad y negociación familiar. Por último, proporcionan un sustento empírico para la política pública. Los resultados pueden informar a los Lineamientos de Tutoría y Orientación Educativa del MINEDU (2020), abogando por la inclusión explícita del fortalecimiento de la funcionalidad familiar como un componente estratégico dentro de los programas de promoción de la salud mental y prevención del riesgo psicosocial en las escuelas secundarias.

A nivel metodológico, para superar las limitaciones señaladas y profundizar en los hallazgos, se derivan lecciones clave para la investigación futura. Primero, se hace imperativo el uso de diseños longitudinales que permitan rastrear la influencia temporal del funcionamiento familiar sobre la sintomatología depresiva y viceversa, acercándose a inferencias causales. Segundo, se recomienda enriquecer el abordaje metodológico mediante estudios de métodos mixtos. Complementar los cuestionarios cuantitativos con entrevistas o grupos focales permitiría explorar cualitativamente el significado que los adolescentes atribuyen a la "cohesión" y la "adaptabilidad", capturando matices que las escalas

estandarizadas pueden omitir. Tercero, futuras investigaciones deberían ampliar el foco de evaluación más allá del autoinforme del adolescente. La inclusión de las perspectivas de padres, madres u otros cuidadores permitiría una visión más sistémica y triangularía la información, aumentando la validez de la evaluación familiar. Finalmente, para una mayor generalización, es necesario replicar el estudio en muestras probabilísticas y multicentro que incluyan diferentes tipos de instituciones educativas (públicas, privadas) y regiones del país, controlando estadísticamente el efecto de variables contextuales como el nivel socioeconómico y el entorno cultural. Finalmente, se corrobora que los instrumentos utilizados en la investigación cumplen óptimas propiedades psicométricas, mínimamente aceptables, motivo por el cual se sugiere su uso en futuros estudios.

Con relación a las limitaciones, los resultados deben interpretarse considerando ciertas restricciones metodológicas. Primeramente, el diseño transversal del estudio, si bien pertinente para los objetivos descriptivos y correlacionales de la investigación, impide el establecimiento de relaciones de causalidad entre el funcionamiento familiar y sintomatología depresiva. Es imposible determinar si un clima familiar problemático precede al desarrollo de síntomas depresivos, si la depresión deteriora la percepción del entorno familiar, o si un tercer factor subyace a ambas condiciones. Una segunda limitación, la selección de la muestra mediante un muestreo probabilístico intencional, aunque respaldada por criterios de desarrollo y acceso, restringe poder generalizar (validez externa) los resultados más allá de la población específica de adolescentes del Ciclo VII de la institución educativa participante en Villa El Salvador. Esto sugiere que los hallazgos se deben contextualizar teniendo en cuenta condiciones socioeconómicas y culturales de la investigación.

Una tercera limitación se basa en la utilización de instrumentos de autoinforme. Si bien el FACES-III y el EDAR son escalas validadas y ampliamente utilizadas, están sujetas a sesgos

de deseabilidad social y de percepción subjetiva. Los participantes podrían ofrecer respuestas influenciadas por el estigma asociado a la salud mental o por una visión idealizada de la dinámica familiar. Además, analizando las propiedades psicométricas, hubo problemas de variabilidad en factor social debido a un ítem único, por eso es recomendable revisar el EDAR y sus versiones considerando la presencia de más ítems. No obstante, esto no obstruyó la confiabilidad de la escala general con un $\alpha = .921$ y $\omega = .924$, garantizando precisión de la medida total.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1. Los datos evidenciaron una relación negativa, baja y estadísticamente significativa entre la variable funcionalidad familiar y sintomatología depresiva en los adolescentes ($r = -.135$, $p = .033$); esto sugiere que se valida hipótesis del estudio, a mayor funcionalidad familiar corresponde menor presencia de sintomatología depresiva en la muestra de investigación.
- 6.2. El nivel de cohesión familiar que obtuvo un porcentaje preponderante fue el disperso (42.3%), le siguió el nivel separado (36.7%); lo que sugiere que la mayoría de los adolescentes (79%) percibe lazos familiares con una disminuida o baja conexión emocional, revelando una funcionalidad limitada en esta dimensión.
- 6.3. Se puso de manifiesto que el nivel de adaptabilidad familiar con mayor frecuencia fue el caótico (55.2%) y los niveles con funcionalidad óptima (estructurado y flexible) representaron solo el 36.3% de la muestra, lo que explica que existe una deficiencia en la capacidad de las familias para adaptarse y organizarse ante complicaciones, lo que supone un perfil de disfuncionalidad familiar que pone en riesgo el bienestar de los adolescentes.
- 6.4. En la distribución de sintomatología depresiva según sexo, si bien los datos revelaron similitud entre los niveles mínimo, leve y moderado, en el nivel severo la cifra de mujeres (61.6%) superó mayoritariamente a la de varones (38.4%), concluyendo que existe mayor severidad de síntomas en la población femenina.
- 6.5. Se halló una asociación negativa, moderada y estadísticamente significativa entre la cohesión familiar y la sintomatología depresiva ($r = -.451$), lo que permite interpretar que la cohesión constituye un factor relacionado inversamente a la depresión, siendo el componente principal que actúa como protector frente a los síntomas depresivos.
- 6.6. Los resultados evidenciaron una correlación negativa, baja y estadísticamente significativa entre la adaptabilidad familiar y la sintomatología depresiva ($r = -.275$), lo que señala que

la capacidad de ajuste familiar ante cambios también se relaciona con disminución de síntomas, a pesar de que su correlación es menor en comparación con la cohesión, sugiriendo una influencia de segundo orden o más distal.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1. Diseñar y aplicar programas preventivos en el contexto educativo que incluya a los padres con la finalidad de favorecer el desarrollo de la funcionalidad familiar (enfocándose en cohesión y adaptabilidad).
- 7.2. Se sugiere que, dentro de las intervenciones con las familias, se apliquen estrategias que permitan desarrollar el vínculo emocional entre los integrantes, debido que la dimensión de cohesión obtuvo la asociación más fuerte ($r = -.451$), indicando que es el principal factor protector ante la sintomatología depresiva de la muestra de estudio.
- 7.3. Implementar proyectos (capacitación para organización y rutinas del hogar) que promuevan la adaptabilidad familiar y brinden herramientas que disminuyan la caoticidad (55.2%) de la muestra.
- 7.4. Realizar programas que favorezcan el bienestar emocional, pero considerando un enfoque de sexo, donde se creen espacios para la expresión emocional de los varones y se tenga presente algunos factores de riesgo de las mujeres como la presión corporal, debido a que la mayoría se encontró dentro de sintomatología depresiva severa (61.6%).
- 7.5. Establecer como protocolo estándar en la evaluación clínica inicial de adolescentes con posible depresión, la valoración sistemática de su entorno familiar (niveles de cohesión y adaptabilidad), ya que los resultados justifican que este contexto es un elemento diagnóstico relevante para una comprensión integral del caso.
- 7.6. En estudios futuros se recomienda asociar las variables en un diseño longitudinal, en varias instituciones de Lima sur y explorar los factores contextuales como el nivel socioeconómico y cultural que modulan la fuerza de esta correlación.
- 7.7. Realizar capacitaciones al personal educativo, especialmente docentes, para la discriminación de disfuncionalidad familiar y de sintomatología depresiva en sus estudiantes, con la finalidad de derivar a especialistas en salud mental.

VIII. REFERENCIAS

- Agencia Andina. (10 de octubre de 2019). *Salud mental: Jóvenes son la población con más riesgo de suicidio*. <https://andina.pe/agencia/noticia-salud-mental-jovenesson-poblacion-mas-riesgo-suicidio-769206.aspx>
- Aguilar, C. (2017). *Funcionamiento familiar según el modelo circumplejo de Olson en adolescentes tardíos*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional UCUENCA . <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/28397>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Anicama, J. y Chumbimuni, A. (2018). *Manual de la Escala de depresión para Adolescentes de Reynolds*. Fondo editorial: CIPMOC.
- Apaza, D. y Buezo, R. H. (2024). Funcionamiento familiar y depresión en estudiantes de secundaria de la U. E. T. H. Sagrada Familia en la gestión 2023. *Revista Científica Mérito*, 6(2), 73–89. <https://revistamerito.org/index.php/merito/article/view/1295/2750>
- Arévalo, V., Mejía, P. y Pacheco, L. (2019). Funcionalidad familiar en padres de adolescentes tardíos según modelo circumplejo de Olson. *Revista Cubana de Educación Superior*, 38(4), 18.
- Arteaga, D. y Silva, D. (2019). *Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión Infantil en niños de Instituciones Educativas Públicas de Nuevo Chimbote*. [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/32060>
- Asociación Médica Mundial. (19 de octubre de 2024). *Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios->

[eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/](#)

- Basurto, M. J. (2019). *Funcionamiento familiar en adolescentes de una institución educativa pública en la provincia de Huaraz - 2018* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/server/api/core/bitstreams/f0ff31c7-80e6-413c-958a-47c56ebab535/content>
- Bazo-Alvarez, J. C., Bazo-Alvarez, O. A., Aguila, J., Peralta, F., Mormontoy, W. y Bennett, I. M. (2016). Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar FACES-III: un estudio en adolescentes peruanos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 462-70. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2299>
- Cabello, E. (2024). *Relación entre la funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria de la I.E Virgen de Fátima, Huarney, 2024*. [Tesis de licenciatura, Universidad Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/9116>
- Cárdenas, A. (2019). *Efectos de un programa de Mindfulness sobre la depresión, ansiedad y calidad de vida en personas con trastorno mental grave*. [Tesis de maestría, Universidad Internacional de la Rioja]. Repositorio Institucional UNIR. <https://reunir.unir.net/handle/123456789/9651>
- Casallo, D. P. (2020). Propiedades psicométricas de las dimensiones de cohesión y flexibilidad de la escala FACES IV en universitarios de Bogotá y Lima. *Acta Psicológica Peruana*, 5(2), 164–180. <http://revistas.autonoma.edu.pe/index.php/ACPP/article/view/301>
- Chanco, D. y Ramos, S. (2018). *Funcionalidad familiar y habilidades sociales en adolescentes del nivel secundario de la institución educativa San Antonio de Jicamarca - San Juan de Lurigancho*. [Tesis de licenciatura, Universidad Privada Norbert Wiener].

- Repositorio Institucional UWiener. <https://hdl.handle.net/20.500.13053/1471>
- Chang, K. y Kuhlman, K. R. (2022). Adolescent-onset depression is associated with altered social functioning into middle adulthood. *Scientific Reports*, 12(1), 17320. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-22131-1>
- Chaucas, L. C. (2024). *Relación entre la percepción del funcionamiento familiar y síntomas depresivos en adolescentes de una institución educativa de Lima Este*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/9872>
- Chávez, A. I. y Lima, D. (2023). Depresión, ansiedad, estrés y funcionalidad familiar en adolescentes de una unidad educativa de Guayaquil. *Revista Eugenio Espejo*, 17(2), 33–45. <https://doi.org/10.37135/ee.04.17.05>
- Chinchilla, R. (2015). Trabajo con una familia, un aporte desde la orientación familiar. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, 1(15), 1-27. <https://www.redalyc.org/pdf/447/44733027039.pdf>
- Chuquihuamani, C. y Chuquillanqui, A. (2022). *Funcionalidad familiar y sintomatología depresiva en adolescentes de una institución educativa estatal de Lima* [Tesis de licenciatura, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/11218>
- Clayborne, Z. M., Varin, M. y Colman, I. (2019). Systematic review and meta-analysis: Adolescent depression and long-term psychosocial outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(1), 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.896>
- Clemente, M. A. (2024). *Funcionalidad familiar y depresión en adolescentes de una institución educativa del distrito de San Juan de Lurigancho*. [Tesis de licenciatura, Universidad

Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<https://hdl.handle.net/20.500.13084/10030>

Cruz, L. (2022). *Funcionalidad familiar y bienestar psicológico en adolescentes de una institución educativa nacional de Lima metropolitana*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<https://hdl.handle.net/20.500.13084/5931>

Delgado-Ruiz, K. y Barcia-Briones, M. (2020). Familias disfuncionales y su impacto en el comportamiento de los estudiantes. *Polo Del Conocimiento: Revista Científico Profesional*, 5(12), 419-433.
<https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2064>

Dorđević, M. y Matejević, M. (2021). Family gatherings and functionality in families with adolescents. *Facta Universitatis, Series: Philosophy, Sociology, Psychology and History*, 1(1), 227–241. <https://doi.org/10.22190/FUPSPH2103227D>

Enriquez, R. L., Pérez, R. G., Ortiz, R., Cornejo, Y. C. y Chumpitaz, H. E. (2021). Disfuncionalidad familiar y depresión del adolescente: una revisión sistemática entre los años 2016-2020. *Revista Conrado*, 17(80), 277–282.
<https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/1844>

Epstein, N. B., Bishop, D. S. y Levin, S. (1978). The McMaster Model of Family Functioning. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4(4), 19–31.
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1978.tb00537.x>

Esteves, A., Paredes, R., Calcina, C. y Yapuchura, C. (2020). Habilidades sociales en adolescentes y funcionalidad familiar. *Comuni@cción: Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo*, 11(1), 16-27. <https://doi.org/10.33595/2226-1478.11.1.392>

Finne, E., Schlattmann, M. y Kolip, P. (2020). Gender role orientation and body satisfaction

- during adolescence: Cross-sectional results of the 2017/18 HBSC study. *Journal of health monitoring*, 5(3), 37–52. <https://doi.org/10.25646/6901>
- Gómez-Velásquez, S., Magira-Rondón, G., Agudelo-Cifuentes, M. C., Berbesi-Fernández, D. Y. y Morales-Mesa, S. A. (2021). Cohesión familiar y factores relacionados en adolescentes escolarizados. *Universidad y Salud*, 23(3). <https://doi.org/10.22267/rus.212303.233>
- Guale, L. F., Anchala, R. E., Solís, E. A. y Tamayo, J. A. (2024). Relación entre el funcionamiento familiar y niveles de depresión en estudiantes de la ciudad de Guayaquil. *Ciencia Latina: Revista Multidisciplinar*, 8(5), 11. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9936416>
- Harahap, A., Daramusseng, A., Choirunissa, R. y Nugraheni, S. (2024). The Effect of Social Support on Adolescent Mental Health: Literatur Review. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 33(1), 58-64. <https://doi.org/10.21776/ub.jkb.2023.033.01.7>
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill.
- Kohn, R., Ali, A., Puac-Polanco, V., Figueroa, C., López-Soto, V., Morgan, K., Saldivia, S. y Vicente, B. (2018). Salud mental en las Américas: una visión general de la brecha de tratamiento. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e165. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.165>
- Kunst, L.E., De groot, J. y Van der does, A.J.W. (2019). La ambivalencia sobre la expresión de ira y tristeza media las diferencias de género en los síntomas depresivos. *Cogn Ther Res*, 43, 365–373. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9937-2>
- Leongómez, J.D. (2020). *Análisis de poder estadístico y cálculo de tamaño de muestra en R: Guía práctica (Versión 4)*. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8323007>

- Loya-Valdez, J. M. y Becerra-Hernández, A. (2024). Funcionalidad familiar, depresión y ansiedad de adolescentes en Tabasco, México. *Horizonte Sanitario*, 23(3), 601–606. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592024000300601
- Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E. y Sanz, M. (2006). Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES): Desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 6(2), 317-338. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760207>
- Masías, R. (2022). *Personalidad y depresión en estudiantes de una carrera profesional de una Universidad del Cusco – 2016*. [Tesis de maestría, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio de la UPCH. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/11670>
- Matamoras, J. y Castro, A. (2021). *Funcionalidad familiar en tiempos del coronavirus en familias del distrito de Huachac, Chupaca, Junín*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional del Centro del Perú]. Repositorio Institucional UNCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12894/8042>
- Medina, A. M. (2021). *Funcionalidad familiar y depresión en adolescentes del colegio Virgen del Carmen de Arequipa*. [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Ica]. Repositorio Institucional UAI. <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/20.500.14441/1404/1/Alexis%20Marcelina%20Medina%20Sanchez.pdf>
- Mero, D., González, R., Macías, A. y Gomes, J. (2024). Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Esmeraldas, 2024. *Multidisciplinary Journal of Sciences, Discoveries, and Society*, 2(2), 1-10. <https://doi.org/10.71068/rm157x16>
- Ministerio de Educación del Perú. (2016). *Currículo nacional de la educación básica*. <https://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/4551>

Ministerio de Salud. (18 de enero de 2024). *Establecimientos del Minsa atendieron más de 250000 casos de depresión a lo largo del año 2024.*

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1088925-establecimientos-del-minsa-atendieron-mas-de-250-000-casos-de-depresion-a-lo-largo-del-ano-20>

Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard University Press.

More, J. (2023). *Clima social familiar y depresión en los adolescentes de un colegio de Villa María del Triunfo*. [Tesis de licenciatura, Universidad Femenina del Sagrado Corazón]. Repositorio Institucional UNIFE. <http://hdl.handle.net/20.500.11955/1153>

Olivera, A., Rivera, E., Gutiérrez, M. y Méndez, J. (2019). Funcionalidad familiar en la depresión de adolescentes de la Institución Educativa Particular “Gran Amauta de Motupe” Lima, 2018. *Revista Estomatológica Herediana*, 29(3), 189-195. <https://doi.org/10.20453/reh.v29i3.3602>

Olson, D. (1976). *Modelo circunplejo de estado civil y de la familia de sistemas* [Tesis de posgrado, Universidad de Minnesota]. Repositorio de la Universidad de Minnesota. <https://conservancy.umn.edu/home>

Olson, D. H. (1986). Circumplex Model VII: Validation studies and FACES III. *Family Process*, 25(3), 337–351. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1986.00337.x>

Ore, V. M. (2021). *Relación entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Lima]. Repositorio Institucional ULima. <https://repositorio.ulima.edu.pe/>

Organización Mundial de la Salud. (1 de septiembre de 2025). *La salud mental de los adolescentes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2022). *La OMS subraya la urgencia de*

transformar la salud mental y los cuidados conexos.

<https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>

Organización Panamericana de la Salud. (9 de noviembre de 2022). *Representantes de OPS participaron en Seminario Internacional sobre salud mental adolescente.*

<https://www.paho.org/es/noticias/9-11-2022-representantes-ops-participaron-seminario-internacional-sobre-salud-mental>

Ortiz-Sánchez, F., Brambila-Tapia, A., Cárdenas-Fujita, L., Toledo-Lozano, C., Samudio-Cruz, M., Gómez-Díaz, B., García, S., Rodríguez-Arellano, M., Zamora-González, E. y López-Hernández, L. (2023). Funcionamiento familiar e intentos de suicidio en adolescentes mexicanos. *Ciencias del Comportamiento*, 13.

<https://doi.org/10.3390/bs13020120>

Paredes, E. B., Tuesta, Z., Gamboa, J., Paredes, S. y Benavides, G. A. (2024). Funcionalidad familiar como predictor del bienestar psicológico en adolescentes de instituciones educativas en comunidades rurales. *Revista Ecuatoriana de Psicología*, 7(18), 163–175. <https://doi.org/10.33996/repesi.v7i18.116>

Pascual, J. V. y Rodríguez, L. M. (2022). *Propiedades psicométricas de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds-Segunda Versión (EDAR-2) en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Universidad de Lima]. Repositorio Institucional ULima. <https://hdl.handle.net/ejemplo/12345>

Priess, H. A., Lindberg, S. M. y Hyde, J. S. (2009). Adolescent gender-role identity and mental health: gender intensification revisited. *Child development*, 80(5), 1531–1544. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01349.x>

Resolución Ministerial N.º 1174-2023-MINSA. Plan estratégico sectorial multianual (PESEM) 2024-2030 del sector salud (3 de enero de 2024).

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/4989438-1174-2023-minsa>

Resolución Viceministerial N.º 212-2020-MINEDU. Lineamientos de tutoría y orientación educativa para la educación básica. (10 de noviembre de 2020).

<https://www.gob.pe/institucion/minedu/normas-legales/1336381-212-2020-minedu>

Reynolds, W. M. (1987). *Reynolds Adolescent Depression Scale: Professional manual*. Psychological Assessment Resources.

Reynolds, W. M. y Mazza, J. J. (1998). Reliability and Validity of the Reynolds Adolescent Depression Scale with Young Adolescents. *Journal of School Psychology*, 36(3), 295–312. [https://doi.org/10.1016/S0022-4405\(98\)00010-7](https://doi.org/10.1016/S0022-4405(98)00010-7)

Rivera, D. (2022). Niveles de síntomas depresivos en niños que trabajan en la calle que asisten a centros de asistencia social en Lima. *Revista PAIAN*, 13(1), 45-66.

<https://revistas.uss.edu.pe/index.php/PAIAN/article/view/2175/2723>

Romero, S. (2023). *Funcionalidad familiar y depresión en estudiantes de secundaria de una institución educativa de Lima Sur, 2022* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo].

Repositorio Institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/131937>

Salazar, T. (2021). *Funcionamiento familiar y depresión en estudiantes de 2do a 5to de secundaria de una institución educativa pública de Villa El Salvador* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio Institucional Universidad

Autónoma del Perú. <https://hdl.handle.net/20.500.13067/1245>

Sánchez, H. y Reyes, C. (2015). *Metodología y diseños en la investigación científica* (5.ª ed.). Business Support Aneth.

Sánchez, L., Franco, C., Amutio, A., García, J. y González, J. (2023). Influence of Mindfulness on Levels of Impulsiveness, Moods and Pre-Competition Anxiety in Athletes of Different Sports. *Healthcare*, 11(6), 898-912. <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/6/898>

- Shorey, S., Ng, E. y Wong, C. (2021). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Clinical Psychology*, 60(2), 293–314. <https://doi.org/10.1111/bjc.12333>
- Soplin, K. A. (2022). *Clima social familiar y sintomatología depresiva en adolescentes de una institución educativa privada del distrito de Lurigancho-Chosica*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional UNMSM. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/18444>
- Stumper, A. y Alloy, L. B. (2023). Associations Between Pubertal Stage and Depression: A Systematic Review of the Literature. *Child psychiatry and human development*, 54(2), 312–339. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01244-0>
- Ugarriza, N. y Escurra-Mayaute, L. M. (2002). Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Persona*, 5(005), 83-130. <https://doi.org/10.26439/persona2002.n005.872>
- Wang, E., Zhang, J., Peng, S. y Zeng, B. (2021). The association between family function and adolescents' depressive symptoms in China: A longitudinal cross-lagged analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 744976. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.744976>
- Yap, B. W. y Sim, C. H. (2011). Comparisons of various types of normality tests. *Journal of Statistical Computation and Simulation*, 81(12), 2141–2155. <https://doi.org/10.1080/00949655.2010.520163>
- Zelada, D. (2019). *Funcionalidad familiar y personalidad eficaz en estudiantes de quinto año de secundaria de dos instituciones educativas del distrito de Surco* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/6386>

Zumaeta, K. (2024). *Funcionamiento familiar en estudiantes de secundaria de 4 instituciones públicas en Lima-Sur* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Federico Villarreal].

Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/8972>

IX. ANEXOS

Anexo A: Matriz de consistencia

Título: FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL DE VILLA EL SALVADOR, 2022			
Problema	Objetivos	Hipótesis	Método
General	General	General	Tipo de investigación: descriptivo correlacional, diseño no experimental de corte transversal.
¿Existe relación entre la funcionalidad familiar y sintomatología depresiva en estudiantes de una institución educativa estatal de Villa el Salvador, 2022?	OG: Determinar la relación entre funcionalidad familiar y sintomatología depresiva en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022.	HG: Existe una relación estadísticamente significativa entre funcionalidad familiar y sintomatología depresiva en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador., 2022.	Participantes: 248 adolescentes entre 15 a 18 años de ambos sexos.
	Específicos	Específicos	Instrumentos: Escala de Funcionalidad familiar (FACES III) de Olson (1985) y Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) (1987)
	O1. Identificar el nivel de Cohesión familiar en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022.		
	O2. Identificar el nivel de adaptabilidad familiar en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022.		
	O3. Describir la manifestación de sintomatología depresiva, según sexo adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022.		
	O4. Establecer la relación entre la cohesión y sintomatología depresiva en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022.	H4: Existe una relación estadísticamente significativa entre la cohesión familiar y sintomatología depresiva en adolescentes de una institución educativa estatal de Villa El Salvador., 2022.	
	O5. Establecer la relación entre la adaptabilidad y sintomatología depresiva en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa estatal de Villa El Salvador, 2022.	H5: Existe una relación estadísticamente significativa entre adaptabilidad familiar y sintomatología depresiva en adolescentes de una institución educativa estatal de Villa El Salvador., 2022.	

Anexo B: Instrumento 1

ESCALA DE EVALUACIÓN DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR FACES III (OLSON, 1986)

Estoy realizando un estudio, quisiera pedir tu ayuda para que contestes algunas preguntas que no te llevarán mucho tiempo. Te pido que sea con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas, estas solo reflejan tu opinión. No hace falta que te detengas demasiado en una frase. Señala una sola respuesta en cada pregunta y revisa cuando hayas terminado para no dejar nada sin contestar, recuerda que esto **NO ES UN EXAMEN** y que tus datos son **ANÓNIMOS Y CONFIDENCIALES**, es decir ninguna persona del colegio, de tu familia (o conocida por ti) tendrá acceso a los datos. La información que brindes es muy importante porque servirá para conocer la realidad de los jóvenes como tú.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

A. Ficha de datos generales

Complete los siguientes datos, la información recogida es totalmente anónima. Por favor sea sincero en sus respuestas.

Sexo: Femenino () Masculino () Grado: _____ Sección: _____

Edad: _____ años Nacionalidad: _____

ESCALA DE EVALUACIÓN DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR (FACES III)

Marque con una (X) la respuesta que se asemeje a la situación actual de su familia., ninguna de dichas frases es falsa o verdadera, pues varía de familia en familia.

Existen cinco respuestas del 1 al 5, siendo:

Casi Nunca (1)

Una que otra vez (2) A veces (3)

Con frecuencia (4)

Casi siempre (5)

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 USTED REFLEJA CÓMO VIVE O DESCRIBA MEJOR A SU FAMILIA**. Lea y responda:

		1 (Nunca)	2 (Casi Nunca)	3 (Algunas Veces)	4 (Casi Siempre)	5 (Siempre)
1.	Los miembros de la familia se dan apoyo entre sí.					
2.	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3.	Aceptamos las amistades de los demás miembros del grupo.					
4.	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5.	Nos gusta convivir con familiares más cercanos.					
6.	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7.	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son parte de nuestra familia.					
8.	Nuestra familia cambia su modo de hacer las cosas.					
9.	Padres e hijos se ponen de acuerdo acerca de los castigos.					
10.	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
11.	Nos sentimos muy unidos.					
12.	En nuestra familia los hijos también toman decisiones.					
13.	Cuando se toman decisiones importantes, toda la familia está presente.					
14.	En nuestra familia las reglas cambian.					
15.	Con facilidad podemos planear actividades en familia.					

16.	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17.	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18.	En nuestra familia es difícil identificar quien es la autoridad.					
19.	La unión familiar es muy importante.					
20.	Es difícil decir quién hace las labores en casa.					

POR FAVOR VERIFICA QUE TODOS LOS ENUNCIADOS ESTÉN CONTESTADOS. NO DEJES ALGUNA SIN RESPONDER

Anexo C: Instrumento 2

Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR)

A continuación, se presenta una lista de oraciones sobre cómo te sientes. Lee cada una y decide sinceramente cuán a menudo te sientes así: Casi nunca, Rara vez, Algunas veces o Casi siempre. Marca según lo que está debajo de la respuesta **QUE MEJOR DESCRIBE CÓMO TE SIENTES REALMENTE**. Recuerda, que no hay respuestas correctas ni equivocadas. Sólo escoge la respuesta que dice cómo te sientes generalmente. RESPONDE SINCERAMENTE

		Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre
1	Me siento feliz				
2	Me preocupa el colegio				
3	Me siento solo				
4	Siento que mis padres no me quieren				
5	Me siento importante				
6	Siento ganas de esconderme de la gente				
7	Me siento triste				
8	Me siento con ganas de llorar				
9	Siento que no le importo a nadie				
10	Tengo ganas de divertirme con los compañeros				
11	Me siento enfermo				
12	Me siento querido				
13	Tengo deseos de huir				
14	Tengo ganas de hacerme daño				

15	Siento que no les gusto a los compañeros				
16	Me siento molesto				
17	Siento que la vida es injusta				
18	Me siento cansado				
19	Siento que soy malo				
20	Siento que no valgo nada				
21	Tengo pena de mí mismo				
22	Hay cosas que me molestan				
23	Siento ganas de hablar con los compañeros				
24	Tengo problemas para dormir				
25	Tengo ganas de divertirme				
26	Me siento preocupado				
27	Me dan dolores de estómago				
28	Me siento aburrido				
29	Me gusta comer				
30	Siento que nada de lo que hago me ayuda				

POR FAVOR VERIFICA QUE TODOS LOS ENUNCIADOS ESTÉN CONTESTADOS. NO DEJES ALGUNA SIN RESPONDER

Carta de consentimiento informado

Lima, 15 de noviembre del 2022

Sr. Wilfredo Mejía Camargo, DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
REPÚBLICA DE NICARAGUA" 6076

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

YO, Miriam Talía Araujo Muñoa, identificada con DNI N°72881823, con domicilio actual en Av. Progreso, Pasaje Huanta Mz 142 Lote 5- Brilla el Sol. Tengo el honor de dirigirme a su digno despacho para expresarle mi más cordial saludo y exponer lo siguiente: Que, culminando mi formación en Psicología, en la Universidad Nacional Federico Villarreal. Y teniendo la necesidad de realizar mi proyecto de investigación titulado: "FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIA DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL DE VILLA EL SALVADOR". Este estudio le permitiría tener información sobre el estado de salud mental de sus estudiantes, a ustedes como autoridades educativas y a su departamento de psicología; de esta manera prevenir situaciones de riesgo. Por tal motivo, solicito autorización para realizar la aplicación de instrumentos psicológicos comprendidos en el trabajo de investigación, en la que Ud. Dirige. Agradezco anticipadamente conociendo su alto espíritu de colaboración en beneficio de la formación y superación de la juventud de nuestra región, le expreso muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente.

Miriam Talía Araujo Muñoa





"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

CRONOGRAMA DE TAMIZAJE PSICOLÓGICO

Visto el expediente presentado por la señorita **Miriam Talia Araujo Muñoa**, con DNI 72881823, estudiante del *X Ciclo de Psicología en la Universidad Federico Villarreal*, para realizar un trabajo de investigación y habiendo sido autorizado por el señor Director de la I.E. 6076 "República de Nicaragua", procedo a detallar el cronograma de la aplicación de sus instrumentos de investigación a fin de detectar estudiantes con sintomatología depresiva, toda vez que la investigación referida se titula "Funcionalidad Familiar y Sintomatología Depresiva".

CRONOGRAMA				
DÍA	FECHA	HORA	GRADO SECCIÓN	DOCENTE
VIERNES	25-11-22	11:30	3° A	Alberto Peña
VIERNES	25-11-22	08:15	3° B	Alberto Peña
LUNES	28-11-22	11:30	3° C	<u>Kely Ancco</u>
JUEVES	24-11-22	11:30	3° D	Maria Rodriguez
MIÉRCOLES	23-11-22	11:30	4° A	Melanio Quispe
LUNES	28-11-22	12:15	4° B	Melanio Quispe
MIÉRCOLES	23-11-22	12:15	4° C	Armando Villanueva
VIERNES	25-11-22	09:45	4° D	Armando Villanueva
JUEVES	24-11-22	12:15	5° A	Jacquelin Saavedra
MIÉRCOLES	23-11-22	10:45	5° B	Jaime Roque
JUEVES	24-11-22	11:30	5° C	<u>Kely Ancco</u>
VIERNES	25-11-22	10:45	5° D	Jaime Roque

Es todo cuanto tengo a bien informar a Ud., para su conocimiento, tratamiento pertinente ética y responsabilidad profesional.

Atentamente,


 JULIA HUAMÁN MARISCAL
 SUBDIRECTORA
 I.E. N°6076 República de Nicaragua