



---

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**RELACIÓN ENTRE SATISFACCIÓN FAMILIAR Y  
DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE UNA  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA, COVIRIALI, SATIPO,  
2019**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**AUTORA**

**HUAMAN FLORES LUZ MERCEDES**

**ORCID: 0000-0002-9639-9006**

**ASESOR**

**VALLE RIOS SERGIO ENRIQUE**

**ORCID: 0000-0003-0878-6397**

**PIURA - PERÚ**

**2021**

## **EQUIPO DE TRABAJO**

### **AUTORA:**

Huaman Flores, Luz Mercedes

ORCID: 0000-0002-9639-9006

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de Pregrado, Chimbote,  
Perú.

### **ASESOR:**

Valle Rios, Sergio Enrique

ORCID: 0000-0003-0878-6397

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de la Salud,  
Escuela Profesional de Psicología, Piura, Perú.

### **JURADO:**

Quintanilla Castro, María Cristina.

ORCID: 0000-0001-9677-3152

Camero Morales, Marco Antonio.

ORCID: 0000-0001-7975-6529

Castillo Sánchez, Julieta Milagros.

ORCID: 0000-0002-8156-386

**JURADO EVALUADOR DE TESIS Y ASESOR**

Dra. QUINTANILLA CASTRO, MARÍA CRISTINA

Presidente

Mgr. CAMERO MORALES, MARCO ANTONIO

Miembro

Dra. CASTILLO SÁNCHEZ, JULIETA MILAGROS

Miembro

Mgr. VALLE RÍOS, SERGIO ENRIQUE

Asesor

## **DEDICATORIA**

Al que creó el universo y todas sus maravillas, al que llenó mi vida de mucha paz y felicidad, contando con su ayuda en cada momento.

A mi madre, aunque no esté cerca ahora, su carácter, humildad y atención en todo momento, siempre marcaron mi vida, siendo mi referente a seguir.

## **RESUMEN**

La presente investigación tuvo como objetivo relacionar la satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019. El método usado es científico, con tipo de estudio cuantitativo, nivel descriptivo-correlacional, diseño no experimental, de corte transversal. El universo son los estudiantes del nivel secundario, tratándose de que nuestro estudio pretende relacionar dos variables, por lo cual no es dependiente de lugar y tiempo de estudio, sino que se delimitó el ámbito de recolección de datos conformada por los estudiantes considerados según criterio de elegibilidad del nivel secundario de la institución educativa Integrado San Pedro, N=77. Para el recojo de información de las variables de supervisión y asociación se utilizó la técnica de la encuesta y la psicométrica precisadas en las fichas técnicas de los instrumentos de Escala de Satisfacción familiar por Adjetivos (ESFA) y Escala de Automedición de Depresión (EAMD)-Test de Zung. Se obtuvo como resultado que existe relación entre satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.

Palabras Clave: Depresión, Estudiantes, Satisfacción familiar.

## **ABSTRACT**

The present research aimed to relate family satisfaction and depression in students from an educational institution, Coviriali, Satipo, 2019. The method used is scientific, with a quantitative study type, descriptive-correlational level, non-experimental cross-sectional design. The universe consists of secondary school students, as our study intends to relate two variables, which is why it is not dependent on the place and time of study, but rather the scope of data collection made up of the students considered according to the criteria of eligibility for the secondary level of the San Pedro Integrated Educational Institution, N=77. To collect information on the supervision and association variables, the technique and psychometric technique specified in the technical sheets of the Family Adjective Satisfaction Scale (ESFA) and Depression Self-Measurement Scale (EAMD) -Zung Test was used. The result was that there is a relationship between family satisfaction and depression in students from an educational institution, Coviriali, Satipo, 2019.

**Keywords:** Depression, Family satisfaction, Students.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>EQUIPO DE TRABAJO</b> .....	ii
<b>JURADO EVALUADOR DE TESIS Y ASESOR</b> .....	iii
<b>DEDICATORIA</b> .....	iv
<b>RESUMEN</b> .....	v
<b>ABSTRACT</b> .....	vi
<b>ÍNDICE DE CONTENIDO</b> .....	vii
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	viii
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	ix
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>II. REVISIÓN DE LA LITERATURA</b> .....	6
<b>III. HIPÓTESIS</b> .....	44
<b>IV. METODOLOGÍA</b> .....	45
4.1. Diseño de la investigación .....	45
4.2. El universo y muestra.....	46
4.3. Definición y operacionalización de variables .....	46
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	47
4.5. Plan de análisis.....	56
4.6. Matriz de Consistencia.....	56
4.7. Principios éticos .....	58
<b>V. RESULTADOS</b> .....	59
5.1. Resultados .....	59
5.2. Análisis de resultados .....	63
<b>VI. CONCLUSIONES</b> .....	67
<b>ASPECTOS COMPLEMENTARIOS</b> .....	68
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	70
<b>ANEXOS</b> .....	74

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla I</b>	<b>59</b>
Relación entre satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.	
<b>Tabla II</b>	<b>60</b>
Nivel de satisfacción familiar en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.	
<b>Tabla III</b>	<b>61</b>
Nivel de depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.	
<b>Tabla IV</b>	<b>62</b>
Dicotomización de la satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.	

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 01</b>	<b>60</b>
Nivel de satisfacción familiar en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.	
<b>Figura 02</b>	<b>61</b>
Nivel de depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.	
<b>Figura 03</b>	<b>62</b>
Gráfico de puntos del análisis de correspondencia simple de la satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.	

## **I. INTRODUCCIÓN**

Se considera a la familia como el centro primario de socialización infantil y juvenil, donde se encuentran los modelos a seguir a través de la educación, de la observación constante del comportamiento de los padres y las formas de relación social de la familia con sus grupos pares. Las características del estilo de paternidad y la familia, influyen la construcción del comportamiento de los adolescentes; aunque el vínculo con los padres sea pobre, estas figuras influyen de manera significativa e independiente, a construir el comportamiento de las y los adolescentes (Pardo, Sandoval y Umbrilla, 2004). Uno de los problemas graves con que nos encontramos tanto en el ambiente familiar y educativo son las dificultades en la comunicación dentro de la familia, es más notoria en etapas críticas como la adolescencia, donde perciben los resultados de las interacciones entre los miembros de la familia con más intensidad (Barranca y Lopez, 1997).

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia persistente de tristeza y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutan, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias, durante 14 días o más. Además presentan pérdida de energía, cambio en el apetito, dormir demasiado o no dormir nada, ansiedad, concentración reducida, indecisión, inquietud, sentimientos de inutilidad, culpa o desesperanza, y pensamientos de automutilación o suicidio; Según la Organización mundial de la Salud (OMS), más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre el 2005 y 2015 (Organización panamericana de la salud, 2017).

La (OPS, 2017) según los estudios realizados afirma que la depresión es un trastorno mental común, causando discapacidad en el mundo. En el año 2015, las

personas con depresión superaron a los 300 millones en el mundo (4.4 % de la población), más del 80% se instauró en países con ingresos bajos y medianos. Se calcula que el 20% de los adolescentes a nivel mundial tiene problemas mentales o de comportamiento. La depresión está considerado como la enfermedad que contribuye en mayor cantidad a la morbilidad entre 15 a 19 años de edad, en cuanto al suicidio es principalmente una de las causas de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años (Integración Juvenil, 2018). Se ha considerado que la mitad de los trastornos mentales comienzan antes de la edad de 14 años, aumentando su frecuencia en los últimos 30 años (UNICEF, 2011).

En Estados Unidos, uno de cada 20 niños y adolescentes presentará un episodio depresivo antes de que cumpla los 19 años, y sólo la mitad recibe un tratamiento debido, el suicidio por depresión está arrasando más muertes que las guerras, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y los cardiovasculares, teniendo en cuenta que el suicidio se puede prevenir (Soutullo, 2005).

En la Encuesta de Salud Mental en adolescentes de México (Benjet, Borges, Blanco et al, 2009), menciona que alrededor de la mitad de los adolescentes (51.3%) cumplieron criterios para algún trastorno mental en algún episodio de su vida, como las fobias, ansiedad, trastornos de impulsividad, afectivos y trastornos por uso de sustancias.

Estudios señalan que 8,6% de los adolescentes que vive en la capital peruana, en algún momento de su vida tuvieron un episodio depresivo (Cluster salud, 2017). Además en Perú el 80% de los suicidios son motivados por la depresión, calculando que cada 22 minutos alguien intenta quitarse la vida, durante el 2019. El 60 % y 70%

de los pacientes que sufren trastorno mental son menores de 18 años y los motivos más frecuentes son los problemas emocionales (Caretas, 2019).

La adolescencia es una etapa de vida muy compleja, debido a los cambios biológicos, psicológicos y sociales que atraviesa el individuo. En el plano intelectual, tiene lugar el desarrollo de las operaciones formales, afectando la conducta y aprendizaje, que junto al pensamiento moral, serán la esencia del desarrollo del individuo en su contexto social. También la organización del concepto de sí mismo y la autoestima se da en esta etapa del desarrollo humano, formando su propia identidad. La experiencia que adquiera el adolescente en el contexto sociofamiliar y escolar, definirán sus acciones formando un estilo propio relacionados con el papel de autoridad y guía de sentimientos y emociones, de aceptación o promoción de comportamientos orientados a la adquisición de una autonomía propia (Pérez, 2012).

En la provincia de Satipo, distrito de Coviriali, se encuentra el Centro Poblado San Pedro, cuenta con un centro educativo integrado y puesto de salud, su actividad económica es la agricultura y turismo; las familias viven distantes del pueblo, los padres trabajan hasta altas horas de la tarde en sus chacras, los hijos mayores apoyan en el cuidado de sus hermanos menores, los padres no se involucran en las tareas de sus hijos, en el colegio existen problemas de ausentismo, timidez, bajas calificaciones, violencia, tristeza y soledad.

Lo que nos lleva a pensar que el modo como interactúan dentro de su ambiente familiar pudiera influenciar en la manifestación de depresión, de ahí surge la pregunta ¿Existe relación entre satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019? Y para ser respondida nos planteamos objetivos:

Determinar la relación entre satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.

Describir la satisfacción familiar en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.

Describir la depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.

Dicotomizar la satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.

De todo lo expresado, se puede decir que el estudio justifica su realización de manera teórica en tanto que contribuye con la línea de investigación de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Los Ángeles de Chimbote (ULADECH) referido a funcionamiento familiar, comunicación familiar y satisfacción familiar, convirtiéndose así en un sub proyecto de dicha línea. También se convierte en antecedente de futuras investigaciones y al tratarse de población escolar, con problemas familiares y conflictos sociales que son las características de la población de la selva central.

El método usado es científico, con tipo de estudio cuantitativo, nivel descriptivo-correlacional, diseño no experimental de corte transversal. El universo son los estudiantes del nivel secundario, tratándose de que nuestro estudio pretende relacionar dos variables, por lo cual no es dependiente de lugar y tiempo de estudio, sino que se delimitó el ámbito de recolección de datos conformada por los estudiantes considerados según criterio de elegibilidad del nivel secundario de la institución educativa Integrado San Pedro. Para el recojo de información de las variables de supervisión y asociación se utilizó la técnica de la encuesta y psicométrica precisadas

en las fichas técnicas de los instrumentos de Escala de Satisfacción familiar por Adjetivos (ESFA) y Escala de Automedición de Depresión (EAMD)-Test de Zung. Se obtuvo como resultado que si existe relación entre satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.

El contenido de la presente investigación, consta de los siguientes capítulos:

Capítulo I, se presenta el contenido de la investigación en forma resumida, detallando la caracterización del problema, objetivos y justificación de la misma.

Capítulo II, comprende la revisión de la literatura, los antecedentes, las bases teóricas de las variables: satisfacción familiar y depresión.

Capítulo III, se expone la hipótesis.

Capítulo IV, se describe la metodología, diseño de la investigación, población y muestra, las técnicas e instrumentos utilizados, la definición y la operacionalización de las variables, plan de análisis, principios éticos y la matriz de consistencia.

Capítulo V, se muestran los resultados y análisis de resultados.

Capítulo VI, revela las conclusiones a las que se llegó en la investigación.

Finalmente este trabajo de investigación detalla las referencias bibliográficas utilizadas, los anexos, donde se encuentran los instrumentos utilizados y la carta de autorización presentada a la Institución Educativa San Pedro y a la vez la carta de conformidad expedida por la misma institución.

## **II. REVISIÓN DE LA LITERATURA**

### **2.1. Antecedentes**

Semblantes (2018) investigó en la ciudad de Quito sobre la Percepción de la funcionalidad y grado de satisfacción del individuo respecto de su entorno familiar y la posible relación con la sintomatología depresiva en adolescente para determinar la relación que existe entre la percepción de la funcionalidad y grado de satisfacción familiar del adolescente con la sintomatología depresiva, se trabajó con 615 estudiantes con promedio de 16 años usando los instrumentos psicológicos Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) e Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), se encontró que existe una relación significativa entre funcionamiento, satisfacción familiar y depresión.

Sánchez y Sánchez (2016) investigaron sobre la depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas secundaria de Menores N° 60027 Y N° 6010227. San Juan Bautista 2016, Iquitos-Perú, se trabajó con 79 estudiantes, los instrumentos utilizados fueron Escala de Autovaloración de depresión de Zung y el cuestionario de APGAR se llegó a la conclusión que existe relación significativa entre los niveles de depresión y la funcionalidad familiar.

Delgado y Gálvez (2016) realizaron una investigación sobre el Clima social familiar y depresión en adolescentes, Arequipa-Perú, el estudio se realizó en adolescentes de 1° a 5° de secundaria de las instituciones educativas del distrito de José Luis Bustamante y Rivero, se tomó en cuenta tres tipos de colegios: Nacionales, Parroquiales y Particulares, participaron 362 alumnos, se utilizó la Escala de Clima Social Familiar (FES) y el Inventario de Beck, con los resultados estadísticos se pudo

evidenciar que la depresión tiene relación con el clima social familiar, es decir a mejor clima social familiar menor grado de depresión presentaron los evaluados.

Vallejos (2016) investigó sobre el Clima social familiar y depresión en los adolescentes de 3°, 4° y 5° de secundaria de dos instituciones educativas del distrito del callao 2016, buscó determinar la relación que existe entre clima social familiar y depresión en adolescentes del 3° al 5° de dos instituciones educativas, usó una muestra probabilística de 311 estudiantes, empleó el Cuestionario del Clima Social Familiar de Moos de 90 ítems y el Inventario de Depresión de Beck-II, obteniéndose una correlación de naturaleza inversa, moderada y significativa entre ambas variables.

Solano (2015) realizó una investigación sobre el clima social familiar y depresión en las adolescentes del quinto grado de secundaria de la institución educativa Argentina 2015, buscó determinar la relación entre el clima social familiar y el nivel de depresión en los adolescentes de la mencionada institución, usó una muestra de 161 adolescentes mujeres, empleándose dos instrumentos como Escala de Clima Social Familiar (FES) de R.H. Moos y Escala de Depresión de Reynolds (EDAR) donde hallaron que el clima social familiar se relaciona significativamente con la depresión.

## **2.2. Bases Teóricas de la Investigación**

### **Satisfacción familiar**

La Satisfacción familiar, son estados de ánimo producto de continuo juego de interacciones verbales y físicas que se mantiene con los otros miembros de la familia, cuando las interacciones son reforzantes el sujeto se sentirá satisfecho y cuando sean punitivas estará insatisfecho y así se podrá obtener una percepción global respecto a su situación familiar (Barranca y López, 1997).

La satisfacción familiar es una respuesta que el individuo percibe dentro de su entorno familiar. También se puede definirse como la percepción de parte de los miembros de la familia en relación a la función de la comunicación entre padres e hijos, el grado de cohesión entre todos los miembros y el ambiente. La persona que se siente satisfecha, también es capaz de satisfacer las necesidades en su entorno familiar y el ambiente laboral, se puede evidenciar una efectividad en sus actividades, resultando evidenciar que una elevada satisfacción personal y familiar hará posible poder aportar positivamente para fortalecer y consolidar la estructura de su familia (Sobrino, 2008).

### **Categorías de satisfacción familiar.**

De acuerdo con Barraca y Lopez (1997), ellos describen las categorías de la satisfacción familiar; el cual se ve reflejada en el desarrollo de su investigación para la creación de su test escala de satisfacción familiar por adjetivos (E.S.F.A) el cual nos permite obtener una medida objetiva de la percepción global que el sujeto tiene sobre su situación familiar.

Satisfacción Baja: Este nivel muestra que las interacciones con la familia resultan poco gratificantes y que el sujeto encuentra sus relaciones familiares

negativas, que se desarrollan dentro de un clima desagradable, por lo tanto no le permiten disfrutar de su vida familiar. El sujeto está rodeado de sentimientos que se orientan hacia los polos desfavorables, dentro del ambiente familiar existe críticas, marginación, cohibición, nerviosismo, soledad e incompreensión entre la familia, pues las interacciones generan tales afectos.

Satisfacción Adecuada: Este nivel muestra que las interacciones con la familia resultan gratificantes, y que el sujeto casi siempre encuentra las relaciones familiares positivas, su rol como integrante dentro de la familia se desarrollan dentro de un clima favorable, por lo tanto le permiten disfrutar de una vida familiar saludable.

Satisfacción Alta: De acuerdo con este nivel las interacciones con la familia resultan más gratificantes y que el sujeto encuentra sus relaciones familiares positivas, el cual se desarrollan dentro de clima agradable permitiéndole disfrutar de una vida familiar saludable. Los sentimientos que despiertan en el sujeto mientras esta con la propia familia se orienta hacia polos favorables; por lo tanto existe apoyo, agrado, bienestar, respeto, tranquilidad y comprensión entre los miembros de la familia, ya que estas interacciones generan tales afectos.

## **Familia**

Organización social tan antigua como la propia humanidad que ha experimentado con la evolución histórica transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y a cada época (Gervilla, 2010).

Comprende un sistema de relaciones de parentesco regulada de forma diferente en las distintas culturas, relacionados por vínculos afectivos entre sus integrantes. Por medio de alianzas expresan entre sus miembros una intensidad de compromiso, pasión e intimidad (Valdés, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la familia como conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan (Clemente, 2009).

### **Teoría de los sistemas**

La familia como sistema se considera cuando mediante un dinamismo permanente intercambia información con su entorno, siendo influenciada por este y a la vez modifica al mismo; nace posterior al fracaso de los modelos psicológicos individuales que trataban de intervenir directamente en el individuo sin considerar su entorno, un sistema depende del comportamiento de los subsistemas para lograr la interacción recíproca, direccionar una conducta y dirección organizativa (Valdés, 2007). El modelo sistémico nos permite observar cómo cada grupo familiar se inserta dentro de una red más amplia, y desde ésta despliega su energía para alcanzar su propia autonomía; encontramos dos subsistemas estructurados básicos y bien diferenciados, que conforman la constelación fraterna y la pareja (Espinal, Gimeno y Gonzáles, 2006). Abarca desde la consideración de los niveles operativos familiares y su significado, las interrelaciones entre los individuos y entre el sistema familiar y el suprasistema (Silva, 2016).

### **Estructura familiar**

En el transcurso de su desarrollo, toda familia debe contar con una estructura y posibilidades que le permitan adecuarse a los cambios (Valdés, 2007).

Autoridad y poder en la familia: Los padres poseen la autoridad para organizar y dirigir la vida de los hijos hasta una cierta edad que la sociedad lo estime como adulto (Valdés, 2007).

Reglas y límites: Jackson, caracteriza a la familia como un sistema gobernado por reglas. En una amplia gama de áreas comportamentales, existen acuerdos relacionales que prescriben o limitan los comportamientos individuales. Los límites regulan la jerarquía entre los miembros de la familia y las pautas de proximidad, son definidos por reglas que establecen los que participan, en la toma de decisiones y en las interacciones (Valdés, 2007).

Alianza y coaliciones: Las coaliciones se caracteriza por la alianza entre dos personas contra un tercero (Valdés, 2007).

### **Adaptación de la familia**

Minuchin (2013) manifiesta que la familia se encuentra sometida a presión interna originada en la evolución de sus propios miembros y subsistemas y a la presión exterior originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre los miembros familiares. El sistema familiar puede conservar su continuidad por las relaciones mutuas que existe entre los miembros y los constantes cambios que se realizan para cohesionarse.

### **La familia en situaciones transicionales**

Se ajusta al estilo de autoridad que se ejerce, el modo de dirección e implicación de cada integrante. Se divide en los siguientes (Gervilla, 2010).

Democráticas: Los padres muestran (control paterno, duro pero flexible, implicación afectiva calurosa, tolerante, respetuosa, comprensiva y liberal); los hijos son (Coherentes, positivos, con autoconcepto realista, autoestima, autonomía personal,

creativos, alta responsabilidad y fidelidad a los compromisos personales) (Gervilla, 2010).

**Autoritarias:** Los padres muestran (control paterno rígido, castigos como instrumento, estrictos, exigentes, injustos); Los hijos presentan (baja autoestima, baja autoconfianza, poco creativos, poco competentes, conformistas) (Gervilla, 2010).

**Negligentes:** Los padres son (Muy permisivos, escasos valores positivos, regalos materiales como instrumento, despreocupados, desinteresados); Los hijos presentan (Autoconcepto negativo, bajos logros escolares, baja autorresponsabilidad, baja creatividad) (Gervilla, 2010).

**Indulgentes:** Padres (Benévolos, no establecen normas rigurosas); Los hijos muestran (Alta autoestima, prosociabilidad, autoconfianza, creativos, altos logros escolares) (Gervilla, 2010).

**Indiferentes:** El padre permite que el niño actúe de acuerdo a todos sus impulsos, le interesa poco apoyar a su hijo a adquirir hábitos y otras conductas disciplinarias, le interesa poco ser un modelo consistente para su hijo; Sus hijos son pasivos, no toleran los límites ni las normas, se les tacha de desobedientes, no tienen metas claras y dudan cuando tienen que tomar decisiones (Gervilla, 2010).

**Sobreprotectora:** Preocupación por sobreproteger a los hijos, haciendo esfuerzos desproporcionados por no permitir el desarrollo y autonomía de los hijos. Como familia pretenden proporcionar al niño satisfacciones y necesidades físicas y prevenirlo de peligros y enfermedades (Gervilla, 2010).

**Amalgama:** Encuentran felicidad en hacer todo juntos, lo cual hace casi imposible el proceso de individualización, es un insulto para los demás separarse, comparten todo con los demás, no hay puertas cerradas, esta situación ocasiona que

los hijos se conviertan en personas inhibidas, con tensión por no querer separarse, sin libertad pues están atados a los demás, son inseguros (Gervilla, 2010).

Familia centrada en los hijos: Este tipo de padres, busca la compañía de los hijos y depende de estos para su satisfacción. En pocas palabras viven para y por sus hijos (Gervilla, 2010).

### **Funcionalidad familiar**

Las familias se caracterizan por la no dependencia entre la pareja y capacidad de posponer sus necesidades para satisfacer al conyugue, existe principalmente más sentimientos positivos entre la pareja, los hermanos practican relaciones sanas y las relaciones entre padres e hijos promueven el desarrollo personal e intercambio mutuo.

Alternativas psicológicas: El estilo de vida característico de las familias funcionales es relajado y tranquilo; su comunicación es clara y directa y no practican estilos de poder represivo y autoritario. Trabajan para resolver los problemas familiares lo antes posible. Se relacionan permanentemente mediante acuerdos, con expectativas realistas y existe un genuino interés por los demás integrantes de la familia, a esto también comparten tiempo del día en relajarse y practicar intereses mutuos. La comunicación se convierte en un factor primordial para mantener a la familia unida. Depende de esto para solucionar todos los demás problemas que puedan atravesar, con una buena comunicación, no existirá conflictos, dudas, frustración, etc., que no puedan resolver. La base de la buena comunicación, son los límites personales sanos de las personas que se comunican si estos límites existen, las personas protegen su intimidad y respetan al otro al comunicar lo que real y llanamente quieren comunicar, sin dobles mensajes ni acusaciones indirectas, entre otros. Minuchin señala que cuando la comunicación es buena, dará las pautas por las que se regirá la familia

y que le ayudarán a funcionar normalmente. Éstas regulan la conducta de los miembros de la familia y se forman por las transacciones repetitivas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse. Las pautas rigen la jerarquía, la complementariedad de las funciones, los límites y la libertad dentro de la familia. En contraste, la desintegración familiar es una especie de decadencia psicológica caracterizada por una pérdida de objetivos comunes, una reducción en la cooperación entre los miembros de la familia, una falta de coordinación en los roles familiares así como una falta de amor, lealtad y respeto entre los miembros. Cuando desaparece la comunicación familiar comienza una crisis y cada miembro trata de coexistir por sí mismo, cada uno tienen intereses y ocupaciones divergentes. Cuando sucede estas situaciones los conflictos familiares son muy frecuentes (Bezanilla y Miranda, 2013).

Si una familia usa recursos necesarios para su adaptación estando en dinamismo constante para permanecer o el cambio según sea necesario, se le considera familia funcional (Valdés, 2007).

### **Funciones de la familia**

El individuo desarrolla relaciones de afianza y fuentes de afecto. Las interacciones dentro del contexto familiar influyen decisivamente en la identidad personal de sus miembros y el desarrollo de la autoestima, surgiendo condiciones para que el individuo pueda desarrollar capacidades en la solución de problemas y a asumir responsabilidades. La familia llega a constituirse como una red de apoyo social en las diversas fases que atravesarán sus miembros, en la búsqueda de trabajo, vivienda, pareja, nuevas relaciones, vejez, jubilación y también en las crisis (Valdés, 2007).

## **Desarrollo cognitivo, socioemocional y moral de los hijos**

La familia es el núcleo básico del desarrollo de la especie humana, desde su infancia hasta la adolescencia es necesario que pueda desarrollar su papel socializador. En la etapa inicial los hijos aprenden conductas y valores de la experiencia con los padres que hará posible o no su integración familiar y social; si crece en un ambiente sano donde se estimule su individualidad e intelectualidad, brindándoles protección y amor, sus posibilidades de desarrollarse serán mayores en los campos social, emocional e intelectual (Valdés, 2007).

### **Desarrollo Cognitivo**

Las características familiares como nivel educativo y socioeconómico de los padres, las expectativas y aspiraciones educativas de los padres hacia sí mismos y hacia sus hijos, participación de los padres en actividades sociales, académicas o culturales, el estado emocional entre sus integrantes, modelos y patrones de lenguaje y conocimiento de los padres en las actividades que se desarrollen sus hijos se ven relacionados con el logro académico y el desarrollo cognitivo. La familia y en mayor énfasis los padres llegan a facilitar que los hijos asistan a la escuela, brindándoles apoyo en los siguientes campos: condiciones materiales para la asistencia a la escuela, palabras moralizadoras sobre la importancia de asistir constantemente, tiempo para dedicarse exclusivamente al estudio y exigiendo que asuman responsabilidades para conseguir resultados óptimos (Valdés, 2007).

### **Desarrollo social y emocional**

En lo social es la familia el que tiene mayor influencia emocional, llega a ser un ámbito significativo durante toda la vida de sus integrantes; aunque los padres no influyan de manera directa en el desarrollo socioemocional de sus hijos, las continuas

interacciones sociales entre ellos y otros contexto favorecen o no su desarrollo (Valdés, 2007).

### **Desarrollo Moral**

La familia, como núcleo básico de la sociedad y parte del sistema de una cultura, tiene un papel muy importante no sólo en la protección, educación emocional y social de los hijos, sino también una gran responsabilidad en el desarrollo moral, ya que en su seno son formados en valores los futuros ciudadanos de un país. La familia tiene como deber desarrollar en los hijos valores que faciliten el desarrollo personal (toma de decisiones, independencia y autonomía), alienten al desempeño laboral y económico (satisfacción por el trabajo y compromiso, perseverancia y responsabilidad), promuevan las relaciones interpersonales (tolerancia, respeto, lealtad y honradez) (Valdés, 2007).

### **La familia en la actualidad**

Tradicionalmente, la familia tenía su origen en el matrimonio, formada por el marido, esposa e hijos, sus miembros estaban unidos por lazos legales. Actualmente existe una gran polémica, ya que muchas familias tienen su origen en la unión de una pareja con o sin hijos, desempeñando un papel fundamental los lazos emocionales, económicos, culturales, con sus correspondientes derechos y obligaciones (Gervilla, 2010).

### **Adolescencia y familia**

En la adolescencia, emergen nuevas situaciones vitales, cambios físicos, expansión del horizonte cognitivo, responsabilidades y demandas no presentes en estadios anteriores que imponen al sujeto una reorganización de su autoconcepto. Una de las principales necesidades que se presentan durante la adolescencia es el desarrollo

de la autoestima, esta búsqueda del adolescente de nuevos contextos sociales en los que desarrollarse tiene que ver igualmente con el incremento de los conflictos en su círculo familiar (Gervilla, 2010). Lo que antes se asumía como ley y se obedecía, ahora comienza a ser cuestionado. La autoridad y supremacía en cuanto a las decisiones en relación con sus vidas empiezan a ser fuertemente rebatidas y, en ocasiones, descalificadas. La rebelión transitoria es importante para comenzar a vivenciar la propia autonomía e identidad. Por ello es tan importante trabajar con los adultos encargados de la educación de los adolescentes, atendiendo a tres cuestiones fundamentales: Límites y reglas claras familiares, evaluar nuevas formas de comunicación, garantizar vías de formación de valores (Ares, 2002).

Los valores que transmiten la familia están fuertemente influidos por las características del contexto sociocultural donde se ven inmersas y que, en ocasiones, éstos pueden ser diferentes a los que promueve la escuela. Las familias independientemente del contexto, transmiten una escala de valores, una relación afectiva, manifiestan sus opiniones sobre los temas de reglas y obligaciones logrando así que los hijos puedan interiorizar conscientemente los valores que ellos deseen y formen sin resquebrajarse a la menor contrariedad que puedan atravesar (Valdés, 2007).

### **Depresión**

La depresión es fundamentalmente una alteración del estado de ánimo, un trastorno afectivo-cognitivo que tiñe de tono pesimista todos y cada uno de los aspectos de la vida (Bosqued, 2005). La depresión se determina por la existencia de la tristeza, pérdida de interés por el placer, existencia de sentimientos de culpabilidad,

carencia de autoestima, sensación de fatiga y cansancio, muestras de desconcentración, trastornos del sueño (OMS, 2016).

En lo psíquico, designa la situación de quien está abatido moralmente. Es la acción y el efecto de deprimir (hundir), cuyo sentido figurado también es quitarle a alguien los ánimos o la alegría (Calvillo, 2014). Hoy en día podemos considerar que sobre una carga genética determinada, propia del individuo, actúan una amplia serie de factores a lo largo de la vida que en un momento determinado pueden devenir en la aparición de síntomas depresivos (Cardelle y Lorenzo, 2010). La depresión no se debe a una educación defectuosa, ni a una personalidad débil, ni a unos padres con pocos recursos económicos. Y no es culpa de los padres del niño o adolescente. Los adolescentes con depresión pueden abusar del alcohol y drogas, o crear problemas en casa o en el colegio. Como el niño no parece triste, los padres y profesores pueden no darse cuenta de que este comportamiento irritable, desobediente y conflictivo puede ser debido a una depresión. Si les preguntamos, estos niños frecuentemente dicen que se sienten tristes, desesperanzados, desilusionados, aburridos, cansados y sin ganas de nada (Soutullo, 2005).

La depresión es un estado emocional grave, que origina inestabilidad, emocional, afectando las relaciones familiares, sociales y laborales, convirtiéndose en un factor de riesgo frente a diversas enfermedades físicas o psicológicas. Estado de ánimo deprimido. Es el conjunto de emociones negativas, que motivan a la persona a sentirse triste, decaído y sin motivación para realizar sus actividades. Síntomas cognoscitivos y somáticos caracterizados por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes incluidos las perturbaciones del sueño y de la comida, la

pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer. Es aquel conjunto de síntomas como pensamientos y creencias negativos, que tiene la persona y que generan síntomas físicos (Zung, 1965).

El comportamiento y los síntomas de los adolescentes con depresión pueden ser distinto al de los adultos con depresión. Por ello muchas veces no lo detectan sus padres, profesores o su médico. Un adolescente que ha perdido el interés por compartir con sus amigos y ahora pasa el tiempo solo, sin hacer nada de lo que antes le divertía puede tener depresión. Lo que antes le interesaba o divertía ahora le parece aburrido o no le llena. Los adolescentes con depresión pueden hablar de la muerte, decir que les gustaría morir, o decir que si les pasara algo no les importaría mucho. Los adolescentes con depresión pueden abusar del alcohol y drogas, o crear problemas en casa o en el colegio. Como no parece triste, los padres y profesores pueden no darse cuenta de que este comportamiento irritable, desobediente y conflictivo puede ser debido a una depresión. Si les preguntamos, frecuentemente dicen que se sienten tristes, desesperanzados, desilusionados, aburridos, cansados y sin ganas de nada (Soutullo, 2005). Existen investigaciones en padres y familiares cercanos de personas afectadas por la depresión, en las cuales concluyeron que existe un mayor riesgo de sufrir trastornos afectivos si los familiares también padecen depresión, aumentando su incidencia y prevalencia a comparación de otros trastornos psiquiátricos (Mardomingo, 1994).

El tratamiento es más efectivo cuando se diagnostica a tiempo. Sin embargo, cuantos más episodios se hayan tenido, mayor es el riesgo de tener otro, por lo que el tratamiento a veces es prolongado, el mejor tratamiento combina medicación y psicoterapia (individual, de apoyo y de familia) (Soutullo, 2005).

**Factores:** Existen factores que favorecen a la presencia de la depresión (Soutullo, 2005).

Factores biológicos: Genética, alteraciones hormonales (cortisol), alteraciones cerebrales (en volumen y en función): lóbulo frontal menor, alteraciones en neurotransmisores. Los genes que heredamos de nuestros padres pueden predisponernos a padecer depresión, pero ésta predisposición o vulnerabilidad hacia la depresión generalmente suele ser descubierta o activada por los acontecimientos vitales. Los niños que sufren un fuerte estrés, o que tienen una pérdida significativa en la familia; y aquellos con problemas de atención, del aprendizaje, de la conducta o de ansiedad tienen más riesgo de padecer depresión. Otros problemas como el abuso de sustancias (alcohol, marihuana, etc.) con frecuencia acompañan o preceden a la depresión. También una historia de depresión en familiares cercanos (aunque haya sido hace tiempo, o el familiar no conviva con el niño) es un riesgo genético para que el niño sufra depresión.

Factores ambientales: Depresión materna, pérdidas importantes, estrés importante en la infancia. Un niño no deseado, con poca o mala relación con sus padres y hermanos, o que es víctima de abuso o abandono tiene mayor riesgo de padecer depresión. Si la madre ha sufrido depresión en el periodo inmediatamente después del parto, probablemente no ha formado bien el vínculo con el niño. Además se sabe que los niños de madres deprimidas tienen más complicaciones en el parto. También si el niño está sometido a un estrés mantenido puede padecer depresión con más frecuencia. También es importante mencionar cuando existe una pérdida importante, o la incapacidad de relacionarse con uno de los padres (especialmente la madre) porque hayan sufrido depresión crónica o alguna enfermedad médica importante o

incapacitante; también si los padres están separados, divorciados, o si alguno de los dos ha muerto en la infancia del niño. Sin embargo, hay también un aspecto importante que es la resistencia del niño, su capacidad para resolver problemas, y para pensar y actuar independientemente de sus padres, que son factores de protección ante todos estos riesgos. Circunstancias vitales y estrés ambiental, algunos acontecimientos que se han relacionado son fallecimiento progenitores en edades tempranas, abusos, pérdida cónyuge, desempleo, ausencia de soporte social (Cardelle y Lorenzo, 2010). En los que sufren depresión suele darse una relación poco satisfactoria en el campo emocional con los padres, hermanos y los demás familiares, al igual que con compañeros (Mardomingo, 1994).

Factores de personalidad: Existiría mayor vulnerabilidad a síntomas depresivos en personalidades anancásticas, histriónicas o límites respecto a otras estructuras.

### **Factores protectores frente a la depresión**

Es obstatante que nadie está libre de padecer una depresión en algún momento de su vida. Pero no podemos pasar por alto que existen factores que hacen improbable la aparición y frecuencia de este hecho (Bosqued, 2005).

- Ausencia de antecedentes psicopatológicos familiares, especialmente entre los parientes de primer grado.
- Ausencia de antecedentes psicopatológicos personales.
- Locus de control interno, es decir, actitud que hace que el sujeto se sienta capaz de controlar los hechos y las situaciones mediante su comportamiento.
- Elevado nivel de autoestima, o cuando menos es aceptable.
- Tener adquiridas unas adecuadas habilidades sociales y de asertividad.
- Escasa tendencia a culpabilizarse de lo que ocurre en el entorno próximo.

- Actitud y visión optimista ante los hechos y los cambios, lo que Seligman viene a denominar como “optimismo aprendido”, contrario a la indefensión aprendida ya comentada y tan característica de los sujetos deprimidos.

- Factores socio culturales diversos, como tener pareja y encontrar apoyo en ésta; disponer de un soporte social adecuado; pertenencia a un nivel socioeconómico y cultural medio o alto; y satisfacción con la actividad laboral que se realiza.

### **Teorías psicológicas**

Varias teorías psicológicas intentan explicar la etiopatogenia de la depresión destacando la teoría psicoanalítica y las teorías conductuales y cognitivas. La teoría psicoanalítica sobre la depresión fue expuesta por Freud en su obra *Duelo y melancolía*, en el año 1917. Para Freud la sintomatología depresiva se debe a la pérdida real o imaginaria de un objeto amado, produciéndose una retroflexión sobre el «yo» de la hostilidad dirigida contra el objeto perdido. La teoría de la indefensión o del desvalimiento aprendido (Seligman 1975; Abramson et. al., 1978) afirma que los sujetos deprimidos perciben su conducta independientemente de los refuerzos ambientales con sentimientos de indefensión, desvalimiento y fracaso. Su estilo atribucional se caracteriza por la asignación de los resultados negativos a causas internas, globales y estables, y de los resultados positivos a causas externas, específicas e inestables. La presunción de que los efectos de la propia conducta son incontrolables se debería a déficit cognitivos, emocionales y motivacionales. La teoría de la distorsión cognitiva sostiene que la depresión se debe a que el sujeto tiene una imagen negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Este error cognitivo en la percepción de la realidad, que implica una distorsión y una evaluación errónea de los acontecimientos, conduciría al cuadro depresivo. La teoría conductual explica la depresión como

resultado de una falta de refuerzos positivos o de un exceso de castigo. El niño que tiene mal rendimiento escolar puede ser castigado en exceso y menos reforzado y estimulado, terminando en un cuadro depresivo. Sin embargo existe también la posibilidad de que haya sido la propia depresión la que haya determinado el mal rendimiento en la escuela (Mardomingo, 1994).

### **Teoría de Beck (1967)**

El individuo deprimido tiene una perspectiva negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Estas tres percepciones son conocidas como la triada cognoscitiva. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones (Beck, 1964; Ellis, 1962). Sus cogniciones (los eventos verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencia anteriores (Beck, 2010). El mundo parece desprovisto de placer o satisfacción. La visión del futuro de la persona deprimida es pesimista e inexistente. El aumento en la dependencia que se observa a menudo en los pacientes deprimidos refleja la perspectiva de sí mismo como incompetente, una estimación exagerada de la dificultad de las tareas de la vida normal, la expectativa del fracaso y el deseo de que alguien más capaz se haga cargo. La indecisión refleja del mismo modo la creencia de que es incapaz de tomar decisiones correctas. Los síntomas físicos de la depresión son energía baja, fatiga e inercia, también se relacionan con expectativas negativas (Engler, 1996).

El doctor Aaron T. Beck, de la Universidad de Pensilvania, a comienzos de los años sesenta, desarrolló la terapia cognitiva como un tratamiento para la depresión, estructurado y breve, centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales (Beck,

1964). El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Cuando los pensamientos disfuncionales son sometidos a la reflexión racional, se modifican las emociones. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes. Otros importantes teóricos han desarrollado diversas formas de terapia cognitivo-conductual, como la terapia racional emotiva de Albert Ellis (Ellis, 1962), la modificación cognitivo-conductual de Donald Meichenbaum (Meichenbaum, 1977) y la terapia multimodal de Arnold Lazarus (Lazarus, 1976). A todo esto se han sumado las contribuciones de muchos otros, entre los cuales podemos destacar a Michael Mahoney (1991) y a Vittorio Guidano y muchos más. En todas las terapias cognitivas que derivan del modelo de Beck, el tratamiento se basa en la formulación cognitiva de un trastorno específico y su aplicación a la conceptualización o comprensión de cada paciente. El terapeuta busca, mediante diversos recursos, producir un cambio cognitivo, un cambio en el pensamiento y el sistema de creencias del paciente para conseguir, a partir de allí, una transformación duradera de sus emociones y comportamientos (Beck, 1995).

### **Las creencias**

Son desarrolladas en la infancia, las percepciones de sí mismas, de las otras personas y del mundo. Las creencias centrales son ideas fundamentales y profundas que no suelen expresarse, ni ante uno mismo. Son consideradas para la persona como verdades absolutas, creyendo definitivamente que así como las cosas son, aunque ante el lente racional sea incorrecta, dejando de lado la información que le contradice,

manteniendo su creencia aunque sea equivocada y disfuncional. Las creencias centrales constituyen el nivel más esencial de creencia. Son consideradas globales, rígidas y se generalizan en exceso. Los pensamientos automáticos, que son las imágenes y palabras que pasan por la mente de la persona, son específicos de acuerdo a la situación que atraviesa y son constituidos el nivel más superficial de la cognición (Beck, 1995).

### **Actitudes, reglas y presunciones**

Son la clase intermedia de creencias, a menudo no son expresadas, en las primeras etapas del desarrollo de la vida, las personas tratan de comprender su entorno, en la interacción con el mundo y con los demás adquieren aprendizajes que llegan a ser sus creencias. Las creencias disfuncionales pueden desaprenderse y en su lugar pueden adoptarse creencias basadas en la realidad y más funcionales.

El terapeuta enseña al paciente a reconocer, evaluar y modificar sus pensamientos para lograr un alivio de los síntomas. Luego, el tratamiento se centra en las creencias y pensamientos que subyacen en las ideas disfuncionales. Aquellas creencias intermedias y centrales que resultan relevantes son evaluadas de distintas maneras y, más tarde, son modificadas para lograr un cambio en las conclusiones que saca el paciente a partir de sus percepciones de los hechos. Esta modificación más profunda de creencias fundamentales disminuye las posibilidades de recaídas en el futuro (Beck, 1995, citado en: Evans et al., 1992; Hollon, DeRubeis y Seligman, 1992).

### **Relación entre la conducta y los pensamientos automáticos**

Se ilustra en la siguiente forma la relación entre ellos: Creencia central-Creencia intermedia-(Situación-Pensamiento automático-Emoción) (Beck, 1995).

## **El modelo cognitivo de la depresión**

Este modelo surgió después de realizar varias observaciones clínicas sistemáticas e investigaciones experimentales, la interacción entre ambos campos facilitó el desarrollo progresivo de este modelo y posteriormente el tipo de terapia que deriva de él (Beck, 1976). Para explicar el componente psicológico inmerso en la depresión, el modelo cognitivo postula 3 conceptos (Beck, 2010):

La triada cognitiva.

Los esquemas.

Los errores cognitivos (errores que se presentan al procesar una información).

### **Concepto de tríada cognitiva**

La triada cognitiva, se explica mediante tres patrones cognitivos que inducen al paciente en la forma de considerarse a sí mismo, expectativas del futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático.

El primer componente se centra en la forma negativa que el paciente percibe de sí mismo. El paciente se observa torpe, desgraciado, con poca valía, enfermo. La experiencia desagradable lo atribuye a un defecto suyo, ya sea de tipo moral, psíquico o físico. Debido a su modo de ver los acontecimientos, cree que es un inútil, que carece de valor y todo es por causa de sus defectos. En base a sus defectos, se critica, subestima a sí mismo. Piensa que no posee los atributos para lograr la alegría y felicidad.

El segundo componente se centra en el que el depresivo interpreta sus experiencias de una manera negativa. Según su visión el mundo le presenta obstáculos insuperables para lograr alcanzar sus objetivos y sus demandas son exageradas, imposibles de alcanzarlos. Todas sus interacciones con el entorno lo interpretan como

derrota o frustración. Se hacen presentes todas estas formas de interpretar negativamente las cosas, cuando el paciente construye las situaciones en una dirección negativa, aun cuando existen formas de interpretarlas o dirigir las de manera más relativas. La persona depresiva logra darse cuenta de sus interpretaciones negativas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas y se toma en cuenta que sus interpretaciones al inicio estaban desviadas.

El tercer componente de la triada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. La persona depresiva al hacer proyectos a futuro anticipa que sus dificultades y sufrimientos continuarán indefinidamente, espera penas, frustraciones y privaciones de forma indefinida. Tiene expectativas de fracaso en tareas a un futuro inmediato. El modelo cognitivo refiere que el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo son a consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si una persona piensa erróneamente que será rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo de tristeza y enfado que cuando sea rechazado realmente. Si su pensamiento erróneo es que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo. Los síntomas motivacionales como poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación, etc. Se explican como consecuencias de las cogniciones negativas.

La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente. Si esperamos un resultado negativo, no puede comprometerse a realizar una determinada tarea. Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable. El depresivo puede verse a sí mismo como una carga inútil y consecuentemente pensar que sería mejor para todos, incluido él mismo, si estuviese muerto (Beck, 2010).

La dependencia que es creciente también se entiende en términos cognitivos. Cuando el paciente se considera inepto y sobreestima la dificultad de las tareas, espera fracasar en todo. Buscando la ayuda y seguridad en otros que considera más competentes y capacitados. El modelo cognitivo también explica los síntomas físicos de la depresión, la apatía y las pocas energías puede resultar consecuencia del pensamiento erróneo del paciente de que está predestinado a fracasar en todo y la visión negativa del futuro puede producir sensación de inhibición psicomotriz (Beck, 2010).

### **Organización estructural del pensamiento depresivo**

Un segundo componente del modelo cognitivo es el que se refiere al modelo de esquemas. Este concepto se utiliza para explicar por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida. Cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos. El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación. Aunque en forma diferente las personas pueden conceptualizar la misma situación, una persona determinada tiende a ser consistente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término “esquema” designa estos patrones cognitivos estables. Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia. El esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico). Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de

una matriz de esquemas. Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad). Estos esquemas activados en una situación específica establecen directamente la manera de responder de la persona. En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes. El emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto se ve alterado por la intrusión de los esquemas idiosincráticos activos. A medida que estos esquemas idiosincráticos se van haciendo más activos, son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor que mantiene una escasa relación lógica con ellos. El paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados. En las depresiones más leves, el paciente generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. A medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. Cuando los esquemas idiosincráticos prepotentes producen distorsiones de la realidad y, consecuentemente, errores sistemáticos en el pensamiento depresivo, éste se ve cada vez más incapacitado para considerar la idea de que sus interpretaciones negativas son erróneas. En los estados depresivos más graves, el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos: está totalmente inmerso en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar

extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos (por ejemplo, leer o responder preguntas) o emprender actividades mentales voluntarias (solución de problemas, recuerdos). En tales casos, inferimos que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responda a los cambios que se producen en su entorno inmediato (Beck, 2010).

### **Errores en el procesamiento de la información**

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de que exista evidencia contraria (Beck, 1967).

**Inferencia arbitraria (respuesta):** adelantar una conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

**Abstracción selectiva (estímulo):** conceptualizar toda la experiencia en base a un fragmento extraído fuera de su contexto, dejando de lado otras características relevantes de la situación.

**Generalización excesiva (respuesta):** el proceso de llegar a una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y aplicar este concepto a situaciones relacionadas y no relacionadas.

**Maximización y minimización (respuesta):** errores calificados distorsionadamente en la magnitud o significancia de un evento.

**Personalización (respuesta):** tendencia y facilidad del individuo para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

Pensamiento absolutista, dicotómico (respuesta): se clasifica las experiencias según dos categorías opuestas. Para describirse a sí mismo, selecciona las categorías del extremo negativo. Por lo tanto la respuesta emocional tiende a ser negativa y extrema. Al contrario de este pensamiento primitivo negativo, absolutista, categórico, etc., un pensamiento más maduro integra las situaciones en varias dimensiones, cuantitativos más que cualitativos, y con criterios relativos más que absolutistas.

### **Contrastación del Pensamiento PRIMITIVO / Pensamiento MADURO**

No dimensional y global: Soy un miedoso / Multidimensional: Soy medianamente miedoso, bastante generosos y ciertamente inteligente.

Absolutista y moralista: Soy un despreciable cobarde / Relativo; no emite juicios de valor: Soy más cobarde que la mayoría de las personas que conozco.

Invariable: Siempre fui y siempre será cobarde / Variable: Mis miedos varían de un momento a otro y de una situación a otra.

Diagnóstico basado en el carácter: Hay algo extraño en mi carácter / Diagnóstico conductual: Evito en gran medida algunas situaciones y tengo diversos miedos.

Irreversibilidad: Como soy intrínsecamente débil, no hay nada que se pueda hacer con mi problema / Reversibilidad: Puedo aprender modos de afrontar situaciones y luchar contra mis miedos.

Parece que las características del pensamiento típico del depresivo son análogas a las expuestas por Piaget (1932/1960) en sus descripciones del pensamiento infantil. Hemos aplicado la etiqueta “primitivo” a este tipo de pensamiento para distinguirlo del pensamiento más adaptativo observado en estadios posteriores del desarrollo (Beck, 2010).

## **Predisposición y desencadenamiento de la depresión**

El modelo cognitivo ofrece una hipótesis sobre la predisposición y la aparición de la depresión. La teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionarían la base para los conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos pueden permanecer latentes y ser activos ante determinadas circunstancias. Las situaciones desagradables de la vida no conducen necesariamente a una depresión, a no ser que la persona esté sensible hacia un tipo concreto de situación, debido a la naturaleza cognitiva de su organización cognitiva (Beck, 2010).

## **Un modelo de interacción recíproca**

Al observar el ambiente del individuo, como señaló Bandura (1977), la conducta de una persona influye en otras personas, a la vez que sus acciones influyen sobre la persona. Podría suceder que una persona que esté atravesando una depresión en las primeras fases, se aparte de las personas relevantes para ella, y estas personas significativas al sentirse ofendidas comenzarían a responder con rechazos y/o críticas que sin darse cuenta activaría y agravarían el autorechazo y la autocrítica del propio individuo, siendo en algunos casos el rechazo de otros la cusa del primer eslabón a una depresión clínica. Los pensamientos negativos llevan al paciente del encontrarse deprimido a un mayor aislamiento. Este círculo vicioso llega a tal magnitud de que el paciente esté tan deprimido que ya no le causen efecto los intentos de ayuda, las muestras de cariño de los demás. Por el contrario una relación armoniosa actúa como amortiguador ante una depresión incipiente. Un sistema de apoyo social sólido puede servir para dar muestras de aceptación, respeto y afecto que neutralicen la tendencia del paciente a subestimarse. El contar con un familiar o amigo de apoyo que sirva como representación de la realidad social ayudará al paciente depresivo a someter a

prueba la validez de sus pensamientos negativos beneficiará en gran manera su recuperación (Beck, 2010).

### **Primacía de los factores cognitivos en la depresión**

Al desencadenarse la depresión (sea debido a presiones psíquicas, a un desequilibrio bioquímico, a la estimulación del hipotálamo o a cualquier otro agente), se activa un conjunto de “estructuras cognitivas” alteradas (esquemas) que se formó en un momento temprano del desarrollo (Beck, 1967).

### **Depresión y adolescencia**

La adolescencia se le caracteriza por los grandes cambios biológicos, cognitivos y sociales que se atraviesa en esta etapa de vida, los cuales son determinantes en la consolidación de la identidad y personalidad del individuo. Los adolescentes debido a que experimentan alteraciones constantes a nivel fisiológico son emocionalmente lábiles, siendo vulnerables a presentar depresión o ansiedad relacionadas con el proceso de maduración que están atravesando. Es importante mencionar que este periodo de desarrollo es considerado importante para que adquiera patrones de comportamiento saludables que disminuyan el riesgo de padecer trastornos clínicos durante esta misma etapa o en la edad adulta. La consecuencia inmediata de la depresión en la adolescencia es el bajo rendimiento escolar, deserción escolar, abuso de tabaco, alcohol y otras drogas, prácticas sexuales de riesgo causando problemas venéreos o embarazos no deseados, suicidios, etc. Influencian algunos factores como el considerarse mujer (por la tendencia de ser soporte emocional e involucrarse en problemas de otros), vivir en un medio rural, insatisfacción escolar a nivel individual, nivel educativo inferior de la madre o padre, violencia intrafamiliar, acoso escolar, peleas constantes con los padres o hermanos, castigos severos por los progenitores,

padres inmersos en alcoholismo o drogadicción, consumo experimental de drogas, falta de disponibilidad o acceso de tratamiento ante las adicciones, inconformidad con la apariencia física o ser ridiculizado por los compañeros, individuos con antecedentes de depresión en la infancia o algún familiar que haya presentado un episodio de depresión en su vida, una variable de gran peso es tener un vínculo pobre con los padres, separación de los padres, relación con los padres del sexo opuesto, aislamiento interpersonal, falta de amigos cercanos, dificultades para relacionarse con sus grupos de pares, escasa actividad extraescolares, falta de inmersión en las actividades comunitarias. Los síntomas depresivos en la adolescencia se han relacionado con un riesgo de presentar algún trastorno psiquiátrico en la vida posterior (Integración Juvenil, 2018).

Según las investigaciones es necesario incidir en acciones de educación sobre entrenamiento en técnicas de control de la activación fisiológica, detección y sustitución de pensamiento automáticos negativos, autoreforzamiento abierto y encubierto y entrenamiento de solución de problemas (Essau, Conradt, Sasagawa y Ollendick, 2011), también consideran a la cohesión familiar como factor altamente protector (grado de intensidad de lazos afectivos entre los miembros de la familia) (Morla, 2006; en Hollos, Lemos y Torres, 2012). Las actitudes positivas entre adolescentes y con sus familiares como practicar en expresar sus sentimientos, comunicación permanente con sus padres y grupos que lo rodean, practicar actividades deportivas y culturales, buen desempeño académico, percepción positiva de sí mismo, relaciones adecuadas con sus maestros y figuras de autoridad, favorecen el fortalecimiento personal, incidiendo positivamente en la forma de proyectarse y relacionarse con el mundo exterior, potenciando las capacidades y habilidades

personales de tal manera que haya protección frente a la aparición de algún riesgo y el estilo paternal cálido y con autoridad de los padres permite que el individuo sea consciente de sus comportamientos sin sentirse amenazado por falta de afecto por parte de sus cuidadores, causando un ajuste positivo en la adolescencia, el desarrollo de competencias y habilidades para resolver problemas cotidianos son variables que disminuirán en estrés y riesgo de padecer un trastorno psicológico (Integración Juvenil, 2018).

### **Adolescencia**

La adolescencia temprana está llena de oportunidades para el crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial, pero también de riesgos para el desarrollo saludable. Los patrones de conducta de riesgo, como beber alcohol, abusar de las drogas, actividad sexual, pertenecer a pandillas y uso de armas de fuego, tienden a incrementarse durante los años adolescentes (Papalia, Feldman y Martonell, 2012).

La adolescencia se caracteriza por ser un momento vital en el que se suceden gran número de cambios que afectan a todos los aspectos fundamentales de una persona. Este período de transición entre la infancia y la edad adulta transcurre entre los 11-12 años y los 18-20 años aproximadamente; la construcción de esta nueva identidad que implica un nuevo concepto de uno mismo, la autonomía emocional, el compromiso con un conjunto de valores y la adopción de una actitud frente a la sociedad se extiende a lo largo de toda la adolescencia (Moreno, 2018). Es considerado también un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta. Su comienzo está delimitado por la pubertad pero su finalización depende de variables culturales, sociohistóricas y psicológicas. Tanto la concepción de esta etapa de vida y el intervalo de edad en la que considera adolescencia, ha variado a lo largo del tiempo porque

fueron cambiando las exigencias que la sociedad le plantea a un individuo para ser considerado como un ser autónomo y maduro, en definitiva, capaz de asumir roles propios del adulto (García y Delval, 2019).

### **El cerebro durante la adolescencia**

La estructura y el funcionamiento cerebral, se modifican durante la adolescencia. Durante esta etapa, la materia blanca, es decir, las conexiones neuronales merced a las dendritas y los axones y su cubierta de mielina, se incrementa de manera lineal en todo el cerebro durante la adolescencia, aunque se observa un aumento mayor en las chicas que en los chicos. La materia gris (el cuerpo de las neuronas, por su parte, sigue un patrón de incremento de invertida es decir, hay un amplio aumento inicial, una estabilización y una posterior caída hacia el final de la adolescencia. Sabemos, además que las zonas del cerebro que gestionan el procesamiento de las emociones (el sistema límbico y dentro de él, la amígdala) se desarrollan antes que la destinadas a la planificación y el control emocional, la gestión de los impulsos y las valoraciones de las consecuencias, que al igual que otras procesos ejecutivos se sitúan en el córtex prefrontal. De hecho esta es la última parte del cerebro que madura (Giedd 2004, citado en García y Delval, 2019).

### **El desarrollo psicosocial durante la adolescencia**

La adolescencia se interpreta como un periodo de transición. Tradicionalmente, este periodo fue considerado como una etapa caracterizada por el desequilibrio psicológico, por las tensiones y por la angustia. Stanley Hall, considerado el precursor del estudio científico de la adolescencia, fue quien más influyó en la divulgación de esta visión a partir de su tratado sobre la Adolescencia (1904). En el caracterizaba este periodo como una etapa turbulenta, dominada por conflictos y

cambios del estado de ánimo. Por su parte, el psicoanálisis, de la mano de Anna Freud (1936) ha contribuido también a esta visión de la adolescencia. Esta corriente mantiene que esta etapa supone un momento de gran vulnerabilidad ya que los cambios fisiológicos que se producen en la pubertad, y en concreto en la emergencia de las pulsiones sexuales (García y Delval, 2019).

### **Modelo del cambio individual: la teoría de Erickson (Delgado, 2009)**

En los inicios, el abordaje de la adolescencia se analizaba desde la perspectiva de cambio individual. Desde este paradigma se dirigieron los trabajos de Piaget, Freud y Erickson, quien propuso que el adolescente tiene como objetivo principal el encontrar su propia identidad, luego de atravesar por los cambios vertiginosos que suceden en su físico, demandas sociales a los que son expuestos, siendo ambos aspectos desafiantes para la identidad del individuo. Ante las diferentes posibilidades que se presentan ante el adolescente, corre el peligro de adquirir compromisos en forma precipitada o caso contrario eludir a los compromisos en absoluto.

**Autoconcepto y autoestima:** Derivan en cambios en este aspecto necesariamente a los componentes físicos, cognitivos y sociales que influyen en la transición a la adolescencia.

**Relaciones familiares:** Para el desarrollo de la identidad y la búsqueda de la autonomía, la familia continúa siendo un entorno fundamental para consolidarlo. Sin embargo debido a los cambios rápidos que atraviesan el adolescente es necesario realizar algunos reajustes en el sistema familiar.

**Relaciones con los iguales:** Al llegar a la etapa de la adolescencia, cobra importancia las relaciones con los iguales ya que llega a tomar fuerza el compromiso,

autorevelación, lealtad, resolución de problemas y otros que convertirán en centrales durante esta etapa evolutiva.

### **Problemas psicosociales durante la adolescencia**

Principios generales acerca de las conductas y problemas del adolescente: Aunque la mayoría de chicas y chicos atraviesan la adolescencia sin experimentar especiales dificultades, el hecho de que se trate de una etapa en la que tendrán que afrontar muchos cambios va a hacer que algunos adolescentes desarrollen algunos problemas emocionales o comportamentales. Entender las causas de estas dificultades no será una tarea sencilla, ya que se trata de trastornos en los que están implicados muchos factores de riesgo, tanto individuales como familiares y sociales (Delgado, 2009).

Síndromes y trastornos depresivos: Los síndromes y trastornos depresivos, que son más frecuentes entre las chicas, suelen aumentar con la llegada de la pubertad, probablemente porque hay cambios hormonales y un incremento de situaciones estresantes (por ejemplo, inicio de relaciones de pareja, comienzo de la educación secundaria). Hay diversos factores de riesgo relacionados con la depresión, algunos son individuales, como los estilos cognitivos muy negativos y pesimistas, y otros son contextuales, como algunos acontecimientos estresantes que pueden ocurrir en la familia o en la escuela (Delgado, 2009).

Suicidio adolescente: Las conductas suicidas están muy relacionadas con los trastornos depresivos, y también tienden a aumentar con la llegada de la adolescencia. Pueden diferenciarse entre tres tipos de conductas suicidas, las ideas suicidas, las tentativas de suicidio y el suicidio consumado. El hecho de que estas conductas hayan aumentado durante las últimas décadas pone de manifiesto el papel que desempeñan

los factores sociales. Otros factores de riesgo son la depresión, los estilos de pensamiento rígido y obsesivo, o las relaciones familiares conflictivas y poco afectuosas (Delgado, 2009).

**Trastornos de la conducta alimentaria:** Los trastornos de la conducta alimentaria más frecuentes son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La anorexia se caracteriza por una pérdida acentuada e intencionada de peso y una intensa preocupación por engordar. La pérdida de peso puede deberse tanto a una dieta muy restrictiva o la realización de ejercicio físico muy intenso, como a las purgas. En la bulimia no hay pérdida de peso, y el comportamiento de la persona bulímica se caracteriza por la alternancia de atracones de comida y purgas posteriores. La frecuencia de estos trastornos es más elevada entre el sexo femenino, y suelen estar generados por la combinación de factores individuales y familiares, junto a la presión cultural por mantenerse delgadas (Delgado, 2009).

**Conductas de asunción de riesgos:** Las conductas de asunción de riesgos son un subtipo de las conductas de búsqueda de sensaciones y suelen ser más frecuentes en la adolescencia que en cualquier otro momento del ciclo vital. Investigaciones recientes han revelado el papel que desempeñan los cambios cerebrales que tienen lugar durante la adolescencia en su aparición. Estas conductas, más frecuentes entre los chicos, pueden suponer riesgos evidentes para la salud, pero también son una oportunidad para madurar y aprender (Delgado, 2009).

**Consumo de sustancias:** El consumo de sustancias es una de las conductas de asunción de riesgos más frecuentes entre los adolescentes, y suele iniciarse a una edad muy temprana. El alcohol, el tabaco y el cannabis son las sustancias más consumidas en la sociedad occidental, sin que se aprecien diferencias de género significativas en

su consumo. Tampoco hay datos que permitan afirmar que su consumo haya aumentado en las últimas décadas. El consumo abusivo puede ocasionar graves daños para la salud y, además, está relacionado con el fracaso escolar, los problemas depresivos, la conducta antisocial y los accidentes de tráfico (Delgado, 2009).

**Conducta antisocial:** La conducta antisocial genera una gran preocupación social y se refiere a las conductas dañinas para la sociedad que infringen reglas y expectativas sociales, siendo en muchos casos constitutivas de delito. La mayoría de los estudios encuentran que las conductas antisociales suelen aumentar entre los 10 y los 18 años, para estabilizarse y descender bruscamente al final de la adolescencia o comienzo de la adultez. Hay muchos factores de riesgo implicados en la conducta antisocial, desde variables genéticas o psicológicas, hasta variables sociales, no obstante, las variables familiares parece tener una especial importancia (Delgado, 2009).

### **El adolescente y la familia**

En la adolescencia se producen cambios en las relaciones entre los padres e hijos ya que las interacciones se transforman. Los centros de interés de los chicos y chicas experimentan un giro, va decreciendo todo lo relacionado a la intimidad expresada por el afecto entre padres e hijos e incrementándose en otros aspectos de interés para el adolescente, modificándose el grado de influencia que ejercían los padres hasta ese momento. Según Murmi (2004) la influencia de los padres se divide en tres ámbitos. En el desarrollo de intereses, metas y valores de sus hijos mediante la comunicación efectiva de expectativas y establecimiento de normas. Seguida de la proposición de retos propios de su momento evolutivo según modelos orientados y guiados por los padres. Finalmente ayudándolos a evaluar sus propios éxitos y

fracasos, brindándoles al apoyo necesario e informándoles sobre los resultados alcanzados. La familia se constituye como mayor instancia socializadora, además cuenta de consistencia ideológica y emocional sólida para brindar estructuras de pensamiento, hábitos, actitudes y valores en sus hijos adolescentes. Las influencias suelen ser recíprocas ya que el adolescente con su comportamiento puede condicionar la manera de pensar de los padres, su comportamiento y equilibrio emocional (Pérez, 2012).

### **Los conflictos entre padres e hijos**

Normalmente los conflictos familiares se incrementan en este periodo, siendo una de las razones el debilitamiento de los vínculos entre padres e hijos (podría ser a consecuencia del menor tiempo de convivencia efectiva y diferencia en los intereses). La difícil compatibilidad entre la convivencia intrafamiliar y los relacionados con sus grupos de iguales (el adolescente manifiesta el aumento de sus relaciones autónomas y disminuye la dependencia familiar). Los padres interpretan esta conducta como peligrosas, ya que lo perciben como falta de respeto, responsabilidad y lealtad hacia ellos, temiendo que adopten conductas de riesgo hacia las drogas, el alcohol y los relacionados con el sexo. Estos conflictos varían en función del género y estilo educativo familiar. A medida que avanza a la adolescencia media y final se adquieren experiencias en las relaciones con sus iguales para adoptarlos con los padres, es así que se produce una reorganización de valores, compromisos y entendimiento de reglas. Aunque no en todos los casos suceden de la misma forma. Es resaltante que el estilo democrático es el que más protege las situaciones adversas durante la adolescencia y facilita el tránsito satisfactorio por esta etapa, afirmando que estos chicos y chicas alcanzan un buen ajuste psicosocial y buen desarrollo en todas sus facetas. Los adolescentes que poseen nuevas estructura familiares como en casos de familias

divorciadas, familias monoparentales o familias reconstituidas, los cuales convivan con hijos de anteriores relaciones de cualquiera o ambos cónyuges, son propensos a un riesgo psicológico, de atravesar desequilibrio emocional, manifestaciones irregulares de conducta, y aparición de comportamientos antisociales. Debido a la inestabilidad familiar, afectarán el carácter del adolescente que afrontará no solo los cambios en la estructura familiar sino también la crisis propia de la adolescencia, los cuales pueden ocasionar trastornos que afectan al ajuste psicológico y social (Pérez, 2012).

Ante la nueva realidad sociofamiliar los adolescentes muestran Gervilla (2008):

Tendencia a desarrollar constantes conflictos con los padres y a hacerse incontrolable por parte de estos.

Manifestación de aislamiento, desapego o timidez que dificultan el desarrollo de las habilidades interpersonales.

Manifestación de episodios de ansiedad crónica, miedo excesivo e irrealista, lo que les hace manifestarse como seres inmaduros, con poca confianza en sí mismos, conformistas, inhibidos, sumisos y aprensivos ante situaciones nuevas surgidas en un entorno no familiar.

Tendencia al robo, a la fuga, que, junto a su desánimo, apatía y aislamiento le lleva a asociarse con compañeros que la comunidad considera indeseables, generalmente grupos de iguales con códigos de conducta relacionados con la marginalidad y la delincuencia.

Reacción agresiva no socializada, caracterizada por una obediencia hostil, manifiesta o velada, un humor belicoso, una agresividad física o verbal, un espíritu de venganza y destrucción, desinhibición sexual, etc.

Actos delictivos en grupo contra las estructuras y las limitaciones de nuestra sociedad.

El adolescente se ve afectado por la ruptura de la unión entre sus padres, los cuales son obligados a buscar un nuevo equilibrio socioemocional que le ayude a continuar con la búsqueda de su estatus final de adulto. Es importante que en esta etapa el adolescente crezca con seguridad y buenos lazos afectivos con sus padres y entorno, permitiéndole afrontar el nuevo periodo de adaptación y acomodación sin poner en riesgo su estabilidad y seguridad personal y afectiva.

Las posibilidades de afrontar una situación de crisis depende de: Aspectos individuales como historia personal, aprendizaje en la resolución de conflictos, vivencias de las relaciones de poder y de género, red social, etc. Las respuestas sociales: creencias y valores, capacidad de los sistemas sociales para adaptarse a los cambios, respuestas sociales que impulsen las actitudes positivas ante el cambio.

### **III. HIPÓTESIS**

$H_0$  = No existe relación entre satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.

$H_1$  = Existe relación entre satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.

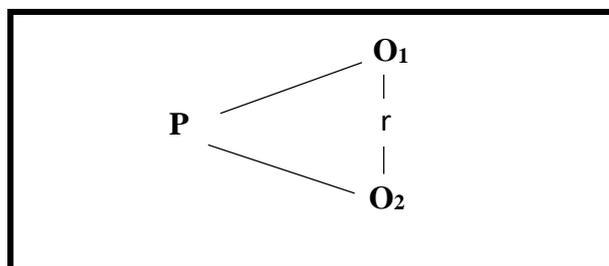
## IV. METODOLOGÍA

### 4.1. Diseño de la investigación

Esta investigación fue de tipo cuantitativo, ya que este tipo de investigación mide fenómenos, hace uso de estadísticas, tiene un proceso secuencial, es deductivo, probatorio, analiza la realidad objetivamente, podemos obtener unos resultados, y predecir las hipótesis. Correlacional porque buscó la relación o grado de asociación entre dos o más conceptos, categorías o variables dentro del mismo contexto o muestra, al evaluar el grado de asociación entre cada variable también las mide por separado para cuantificar y analizar la vinculación, muestra su utilidad al investigar como es el comportamiento de una variable frente al comportamiento de otra. De diseño no experimental ya que se centra en determinar o ubicar cual es la relación entre un conjunto de variables en un momento, con corte transversal, porque tuvo el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Se describió las variables satisfacción familiar y depresión y analizó su interrelación entre ellas, esta dinámica de las variables acontecida en un momento determinado.

Esquema:



Donde:

**P**: Estudiantes del nivel secundario del 1° al 5° grado de la I.E.I San Pedro

**O<sub>1</sub>**: “Observación de la Variable 1”: Satisfacción familiar

**O<sub>2</sub>**: “Observación de la Variable 2”: Niveles de depresión

## **4.2. El universo y muestra**

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010) refieren que son el conjunto de características que describen a una cierto grupo y que coinciden entre sus cualidades.

El universo del presente estudio, fueron los estudiantes de las instituciones educativas. La presente investigación estuvo formada con una población de estudiantes del nivel secundario de la institución educativa integrado San Pedro. Se trabajó con la población siendo un total de  $N=77$ .

### **Criterios de Inclusión**

- Estudiantes de secundaria matriculados en el año 2019 en la institución educativa integrado San Pedro.
- Estudiantes de ambos sexos.

### **Criterios de Exclusión**

- Estudiantes con dificultades de comprensión de instrumentos

Se tuvo en cuenta a todos los estudiantes que tuvieron la autorización respectiva para participar del estudio.

## **4.3. Definición y operacionalización de variables**

Una variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse. Adquieren valor para la investigación científica cuando llegan a relacionarse con otras variables, es decir, si forman parte de una hipótesis o una teoría (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

	VARIABLE	DIMENSIONES/ INDICADORES	VALORES FINALES	TIPO DE VARIABLE
SUPERVISIÓN	Satisfacción familiar	Sin dimensión	Muy bajo Bajo Media Alto Muy alto	Categoría, Ordinal, politómica
ASOCIACIÓN	Depresión	Sin dimensión	No hay depresión Con desorden emocional D. situacional D. ambulatoria	Categoría, Ordinal, politómica

#### 4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

##### Técnica

Recolectar los datos implica elaborar un plan detallado de procedimientos que nos conduzcan a reunir datos con un propósito específico (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Se usó la encuesta para el recojo de información de la población de estudio, considerando la técnica psicométrica para la aplicación de la evaluación de Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) y la Escala de Automedición de Zung (EAMD) que nos brindarán información sobre el nivel de Satisfacción familiar y los niveles de depresión.

##### Instrumento

##### Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos

##### Ficha Técnica

**Autores:** Jorge Barranca Mairal y Luis López Yarto. Universidad Pontificia Comillas (Madrid). Facultad de Filosofía y Letras (Sección: Psicología)

**Administración:** Individual y colectiva.

**Tiempo de aplicación:** Promedio de 10 minutos.

**Aplicación:** Población adolescente y adulto.

**Significación:** Evaluación de la satisfacción familiar expresada a las personas a través de la percepción de distintos adjetivos.

**Número de ítems:** Son compuestos por 27 pares de adjetivos antónimos distribuidos en una sola escala (unidimensional).

**Tipificación:** Baremos de percentiles.

### **Descripción de la prueba**

La Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) está compuesto por 27 ítems, cada uno forma un par de adjetivos antónimos, propios de la técnica de la “semántica diferencial” (Ander y Egg, 1980). La ESFA consta con una estructura de una sola dimensión de medida, a causa de ello su calificación genera una única puntuación en cada sujeto evaluado. Esta escala otorga una medida objetiva cuya finalidad es obtener la percepción global del sujeto de su interacción y situación familiar. Se puede aplicar a todos los miembros de la familia. Esta escala se fundamentó en otros instrumentos psicológicos que miden el mismo constructo de adjetivos pertinentes a satisfacción familiar (Barranca y López, 1997).

Es considerado un Instrumento breve y sencillo, diseñado para dar una medida global de las dinámicas y constructos relacionados con la familia. Construido principalmente por adjetivos, tratando de evocar respuestas preferentemente afectivas, con la finalidad de medir los sentimientos, ya sea positivos o negativos, que despiertan en el sujeto y que tiene origen en las interacciones (verbales o físicas) que se producen entre él y los demás miembros de su familia.

En Perú fue validado por Doris Violeta Valásquez y Luiz Jorge Pedrao, quienes utilizaron este instrumento en adolescentes de 12 a 19 años consumidores de drogas en el ambiente familiar, no contaban con enfermedad mental ni problemas crónicos, y que se encontraban en tratamiento ambulatorio en el instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, también la adaptación con estudiantes de una universidad nacional de Lima Metropolitana, para ello se adaptó la prueba lingüísticamente modificando algunos adjetivos y se realizaron los análisis psicométricos pertinentes (Guillén et al., 2011).

Este instrumento se puede utilizar en el campo clínico, en el cual se puede tener un mejor análisis si se considera minuciosamente cada uno de los adjetivos, que un diagnóstico o futura psicoterapia requieren. Otro gran uso es en el campo de la investigación. La puntuación alcanzada puede servir como variable dependiente o independiente, según el investigador lo requiera.

### **Distribución de ítems**

La prueba total consta de 27 pares de ítems de adjetivos opuestos, diseñados en forma de diferencial semántico, cuyos grados en cada escala va desde la denominación de Algo, Bastante y Totalmente, en dos direcciones, generando seis grados por cada par de adjetivos. Los adjetivos están balanceados (algunos ítems están realizados en dirección negativa), lo cual evita los sesgos de simetría. El sujeto deberá responder con una marca por cada escala, así hasta completar las 27 marcas por toda la prueba. Los reactivos están plasmados en una hoja de papel. Las respuestas se realizan en la misma hoja. La escala es unidimensional, es decir la totalidad de los ítems llega a ser un conjunto único que mide, en este caso el constructo satisfacción familiar, sin que intervenga otro factor o indicadores de otras variables (Muñiz, 1998).

## **Calificación**

Para obtener el puntaje total se realiza con la suma total de las puntuaciones directas por cada ítem, para transformar luego en una tabla de centiles.

La ESFA considera que a mayor puntaje total de la escala obtenido por un sujeto, éste poseerá un alto indicador de satisfacción familiar, según lo considerado en dicho constructo.

## **Confiabilidad**

Respecto a su confiabilidad, la ESFA ha obtenido índices de fiabilidad significativamente altos en los sujetos evaluados. Para el análisis se calculó dos métodos independientes (alfa de Cronbach y Split Half). Se estableció una muestra total de 274 personas (126 varones y 148 mujeres). Ambos métodos arrojaron resultados similares y consistentes; se obtuvo en el grupo total un coeficiente alfa de 0.975 y Split Half de 0.963, en los varones un coeficiente alfa de 0.974 y Split Half de 0.962.

Para establecer la consistencia en el tiempo, se estableció la estabilidad temporal con la puntuación del retest a partir de las cuatro semanas de la aplicación original. Se utilizó la muestra de 274 personas (126 varones y 148 mujeres). Los resultados arrojaron índices de estabilidad temporal significativos con índices de correlación test-retest de 0.758 en el grupo total, 0.695 en el grupo de varones y 0.794 en el de mujeres, todos obtenidos con una  $*p < 0.001$ . En Perú, Altamirado (2008) en su estudio de 114 pacientes del servicio de psiquiatría en el Hospital Central de la FAP, analizó la confiabilidad del ESFA a través del coeficiente Alfa de Cronbach (0.97) y análisis test-correcto con valores mayores a 0.20, con dichos resultados comprobó la confiabilidad del instrumento en su trabajo.

Para fines de la presente investigación se analizó la confiabilidad por consistencia interna mediante la técnica del Alfa de Cronbach. Se encontró un índice de 0.948 lo cual ofrece una gran consistencia estadística de la prueba, además en el análisis interno los ítems demuestran importancia de su presencia en la escala, contrastados estadísticamente si se suprimen los ítems.

### **Validez**

La escala comprobó su validez de constructo, mediante el análisis factorial, para apreciar sus dimensiones. En este análisis se usó el método de componentes principales para la extracción y el criterio de Kaiser – Meyer – Olkin (KMO) para la apreciación de los factores, se utilizó para tal efecto el grupo total de hombres y mujeres de una muestra compuesta por 274 personas. Los resultados arrojaron tres factores con un autovalor mayor que 1,00; el primer factor explica por sí solo el 62.3% de la varianza, el segundo el 4.5% y el tercero el 4.0%. Los tres factores juntos alcanzan un 70.8% de la varianza total. En conclusión el primer factor nos da una orientación del carácter unidimensional de la escala, por ello su confirmación como tal.

Para la validez de criterio se seleccionaron dos escalas que medían la satisfacción familiar, estos instrumentos fueron la Family Satisfaction (FAM – SAT) de Olson y Wilson junto a la Family Satisfaction Scale (FSS) de Carver y Jones (Barraca y López – Yarto, 1997); se tuvieron que traducir y adaptar al español dichas pruebas para realizar el análisis con la ESFA. Los resultados son satisfactorios en esta contrastación de las pruebas. La relación más estrecha se da entre el ESFA y la Family Satisfaction Scale (FSS) con una  $r$  de 0.7872, siendo menor la relación establecida con la Family Satisfaction (FAM – SAT) con una  $r$  de 0.6459, sin embargo los índices del

coeficiente “d” ( $r_{xy}^2 \times 100$ ), que da el tanto por ciento real de varianza compartida por las pruebas, se ajustan a una varianza común.

En general, las puntuaciones se consideran, Satisfacción familiar Alta (centil mayor 61), Satisfacción Familiar Adecuada (centil 31-60), Satisfacción familiar Baja (centil menor e igual a 30).

La validez discriminante se basó en la contrastación mediante dos grupos, una de características clínicas, específicamente, personas candidatas a psicoterapia familiar, mientras la otra muestra es el grupo que no considera tales características. Para comprobar dicha validez se utilizó contraste no paramétrico con la prueba U de Mann Whitney. La comparación fue entre 16 sujetos clínicos con otros 20 sujetos de otras características. Los resultados, a un nivel p menor que 0.005, ofrecen, como síntesis, confiabilidad para discriminar entre una muestra general y un grupo clínico en terapia familiar.

En nuestro medio Altamirano (2008) comprobó la validez de constructo en una muestra de 114 pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital Central FAP, a través de la Prueba KMO del cual obtuvo un coeficiente de 0.94. Cuando se analizaron por rotación Varimax se obtuvo 3 factores que explicaban el 68.31% de la varianza total. En conclusión se obtuvo un adecuado potencial explicativo de validez.

En la presente investigación se comprobó la validez de constructo mediante el método de cargas factoriales bajo el criterio de rotación Varimax de Kaiser –Meyer – Olkin (KMO) con autovalores o también llamado eigenvalues en las cuales se encontraron tres factores con el que explicaban el 52.3 % de la varianza total de la escala, siendo uno de los factores el que explicaba el 43.65 % del total de la prueba,

por ello es que se mantiene lo planteado de los autores, el de dar unidimensionalidad a la escala.

### **Escala de Automedición de Depresión (EAMD) -Test de Zung**

Basados en el estudio de Lezama S. queda claro que la ESD-Z (Escala de Zung) es una escala de autoreporte que mide sintomatología depresiva, creada por Zung, en la construcción de esta escala los criterios diagnósticos usados comprenden la mayoría de las características de la depresión, contemplando aspectos afectivos, fisiológicos y psicológicos. La puntuación se obtiene de una escala tipo Likert, de 1 a 4 para los ítems negativos y de 4 a 1 para los ítems positivos. El índice de la escala se obtiene sumando el puntaje de los valores otorgados a cada uno de los 20 ítems, el puntaje máximo es de 80 y se asume presencia de depresión con puntajes superiores al 50%.

### **Descripción**

La escala de autovaloración de Depresión comprende un cuestionario de 20 relatos cada uno referido a manifestaciones características de Depresión como síntoma o signo. El conjunto abarca una amplia variedad de síntoma de la Depresión, como expresión de trastornos emocionales. Los ítems deben ser valorados por el examinador en una entrevista con el paciente y utilizando las observaciones clínicas como la información aportada por el paciente, las preguntas deben hacer referencia a un periodo anterior de una semana.

Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Zung, 1965). La Escala Autoaplicada de Zung (SDS, por sus siglas en inglés) fue diseñada para determinar el grado de severidad de un episodio depresivo mayor (EDM) en pacientes psiquiátricos hospitalizados. Se publicó en 1965 y se ha utilizado también como instrumento diagnóstico en población general en Colombia y en el mundo. Consta de 20 preguntas

que evalúan síntomas somáticos como por ejemplo “Tengo molestias de estreñimiento” y cognitivos como “Me resulta fácil tomar decisiones” (8 ítems para cada uno), y estado de ánimo (Me siento abatido y melancólico) y síntomas psicomotores (El corazón me late más aprisa que de costumbre) (dos ítems para cada uno). La EAMD pretende diferenciar la depresión como enfermedad, de la depresión como síntoma, ayuda a medir cuantitativamente la intensidad de la depresión sin hacer caso al diagnóstico. Puntuaciones altas no diagnostica en sí, sino que indican la presencia de síntomas que pueden tener significancia clínica.

### **Ficha Técnica**

**Nombre:** Escala de Auto-Medición de la Depresión (EAMD)

**Autor:** Dr. W. Zung.

**Año de Publicación:** 1971

**Aplicación:** Individual o Colectiva.

**Ámbito de Aplicación:** Adolescentes y adultos.

**Duración:** 05 minutos de trabajo efectivo.

**Finalidad:** Medir las llamadas “Depresión”.

**Material:** Cuestionario de Auto-Medición de la Depresión (EAMD), Manual y Parrillas de Calificación de Zung-Índice EAMD

En el estudio de Zung, la prueba original se aplicó a un total de 56 pacientes admitidos en una clínica psiquiátrica, con un diagnóstico primario de desorden depresivo. 31 de estos pacientes fueron tratados por este desorden, mientras que otros 25 recibieron otro tipo de diagnóstico. Dentro del grupo de depresivos, 22 completaron la prueba nuevamente después de recibir tratamiento. Finalmente se aplicó la prueba a

un grupo control de 100 personas, empleados del hospital y pacientes sin diagnóstico de depresión.

Los resultados obtenidos fueron una media de 0.74 para los pacientes con diagnóstico de depresión y 0.39 después del tratamiento. La media para el grupo control fue de 0.33.

A partir de entonces esta escala ha demostrado su utilidad en varios contextos en atención primaria en contextos clínicos, en estudios epidemiológicos, en investigación y en validaciones de otras pruebas.

Los índices EAD. de Zung y su interpretación.

### **Validez y fiabilidad del instrumento de Zung**

**Fiabilidad:** Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice  $\alpha$  de Cronbach entre 0,79 y 0,92) 6,20.

**Validez:** Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80 3,6,18,20. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico 3,21. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, si muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general 1, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

En población geriátrica disminuye su validez, tanto para cuantificar la intensidad / gravedad de la depresión, como a efectos de cribado o detección de casos

16, debido al elevado peso relativo que tienen los síntomas somáticos en el puntaje total. Orientadas más hacia el paciente geriátrico, se han desarrollado versiones abreviadas 23-24, con menor peso de los síntomas somáticos, que han tenido una difusión muy limitada.

#### **4.5. Plan de análisis.**

El análisis se realiza tomando en cuenta los niveles de medición de las variables y mediante la estadística, que sirven para estimar parámetros y probar hipótesis, se basa en la distribución muestral (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Se usó la prueba estadística del Chi Cuadrado de independencia, con un nivel de significancia de  $\alpha=5\%=0,05$ . El análisis estadístico fue bivariado. Se usó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 24.0 para el procesamiento de datos y gráficos estadísticos de los resultados; juntamente con el programa de cálculo EXCEL 2010.

#### **4.6. Matriz de Consistencia**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**Relación entre Satisfacción familiar y Depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019**

Enunciado del problema	Objetivos	Hipótesis	Variable	Metodología
¿Existe relación entre satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019?	<p><b>General</b> Determinar la relación entre satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.</p> <p>Describir la satisfacción familiar en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.</p> <p>Describir la depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.</p> <p>Dicotomizar la satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.</p>	<p>H<sub>0</sub>: No existe relación entre satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.</p> <p>H<sub>1</sub>: Existe relación entre satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.</p>	<p>VARIABLE DE SUPERVISIÓN</p> <p><b>Satisfacción familiar.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy bajo</li> <li>• Bajo</li> <li>• Medio</li> <li>• Alto</li> <li>• Muy alto</li> </ul> <p>VARIABLE DE ASOCIACIÓN</p> <p><b>Depresión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de los límites normales</li> <li>• Con desorden emocional</li> <li>• Depresión situacional</li> <li>• Depresión ambulatoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de investigación: Cuantitativo</li> <li>• Nivel de investigación: Descriptivo-Correlacional</li> <li>• Diseño de investigación: No experimental Corte transversal</li> <li>• Población: 77 unidades de estudio</li> <li>• Técnicas: Encuesta y Psicométricas</li> <li>• Instrumentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>–Escala de Satisfacción ESFA</li> <li>–Escala de Aumedición de Depresión (EAMD), Test de Zung</li> </ul> </li> </ul>

#### **4.7. Principios éticos**

En esta investigación se respetaron los principios éticos que la Universidad Católica Los ángeles de Chimbote aprobó para sus investigaciones; Código de ética para la Investigación.

**Protección a las personas:** Los estudiantes son informados debidamente sobre esta investigación, su privacidad es protegida, al final de la investigación se les brindará los resultados correspondientes si así lo soliciten, en todo el proceso no se vulnerará sus derechos, se practicará valores empáticos para no dañar su susceptibilidad y no irrumpir arbitrariamente en su entorno.

**Libre participación a estar informado:** Con la autorización de los directivos del colegio estatal integrado San Pedro y el consentimiento para la evaluación de cada estudiante en donde manifiesta su voluntad, informada, libre, inequívoca de participar en esta investigación, se procedieron al recojo de los datos según la técnica psicométrica.

**Beneficiencia y no maleficiencia:** En todo tiempo la conducta de la investigadora buscó el bienestar de los participantes de la investigación.

**Justicia:** Se tomó todas las previsiones posibles para que el acceso a la información a todos sea a nivel imparcial, tratando a todos equitativamente respetando los grados desde los directivos hasta los estudiantes.

**Integridad científica:** Durante el proceso de realización de la investigación se adjuntó las bibliografías necesarias considerándose fuentes primarias y secundarias que apoyaron en el enriquecimiento de la información y así se construyó esta investigación no siendo copia fidedigna de otra investigación.

## V. RESULTADOS

### 5.1. Resultados:

**Tabla I**

Relación entre satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.

Chi-cuadrado. Satisfacción familiar/Depresión					
	Valor	df	Significaci n asintótica (bilateral)	Significaci ón exacta (bilateral)	Significaci ón exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,932 <sup>a</sup>	1	,047		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	2,957	1	,085		
Razón de verosimilitud	4,228	1	,040		
Prueba exacta de Fisher				,066	,040
Asociación lineal por lineal	3,881	1	,049		
N de casos válidos	77				

*Fuente: Escala de satisfacción familiar por adjetivos (ESFA), 1997 y Escala de Automedición de depresión (EAMD -Test de Zung (1971).*

### **Descripción:**

En la tabla I podemos evidenciar que existe relación entre satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019, se utilizó la prueba del Chi-cuadrado de independencia, obteniéndose como p valor 4,7% que está debajo del nivel de significancia del 5%, se demuestra que existe relación entre satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.

**Tabla II**

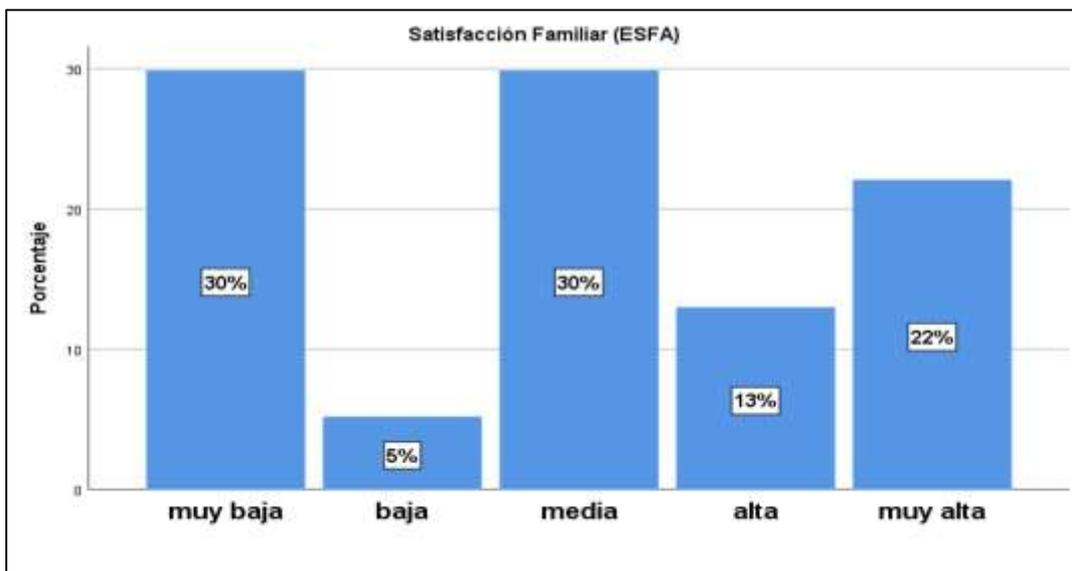
Nivel de satisfacción familiar en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.

Satisfacción Familiar	Frecuencia	Porcentaje
muy baja	23	30%
baja	4	5%
media	23	30%
alta	10	13%
muy alta	17	22%
Total	77	100%

Fuente: Escala de satisfacción familiar por adjetivos (ESFA), 1997.

**Figura 01**

Nivel de satisfacción familiar en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.



Fuente: Escala de satisfacción familiar por adjetivos (ESFA), 1997.

**Descripción:**

En la tabla II y figura 01 podemos observar dentro de los niveles de satisfacción familiar que el 30% de los estudiantes presentan una satisfacción familiar muy baja, el 6% un nivel bajo, el 30% un nivel medio, el 13% un nivel alto y el 22% un nivel muy alto.

**Tabla III**

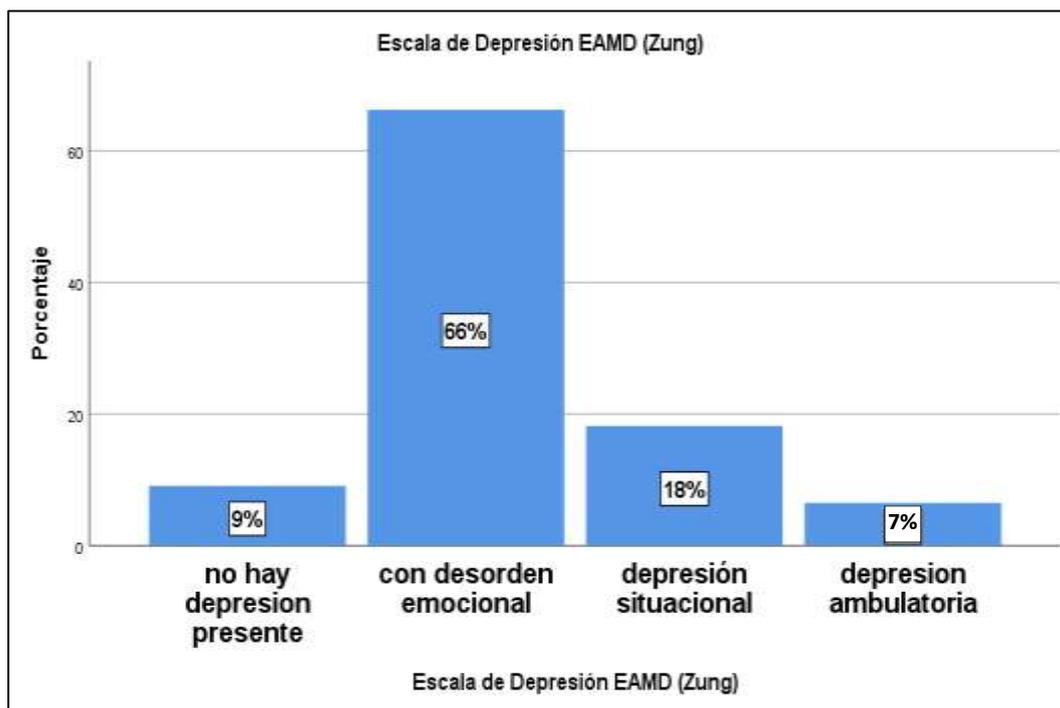
Nivel de depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
No hay depresión presente	7	9%
Con desorden emocional	51	66%
Depresión situacional	14	18%
Depresión ambulatoria	5	7%
Total	77	100%

Fuente: Escala de Automedición de depresión (EAMD) -Test de Zung (1971).

**Figura 02**

Nivel de depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.



Fuente: Escala de Automedición de depresión (EAMD) -Test de Zung (1971).

**Descripción:**

En la tabla III y figura 02 podemos observar que el 9% no presenta depresión, el 66% resulta con desorden emocional, el 18% presenta depresión situacional y el 7% depresión ambulatoria.

**Tabla IV**

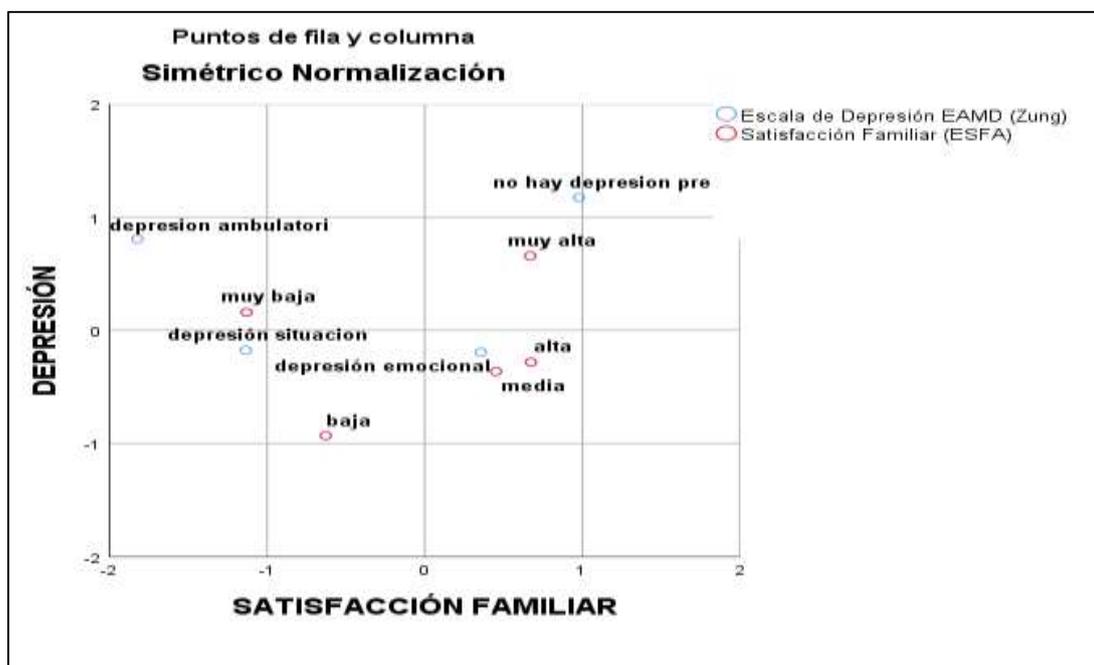
Dicotomización de la satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.

satisfacción familiar dicotomizada		Depresión dicotomizada		Total
		Con desorden emocional	otros	
media	Recuento	19	4	23
	%	24,7%	5,2%	29,9%
otros	Recuento	32	22	54
	%	41,6%	28,6%	70,1%
Total	Recuento	51	26	77
	%	66,2%	33,8%	100,0%

Fuente: Escala de satisfacción familiar por adjetivos (ESFA), 1997 y Escala de Automedición de depresión (EAMD)-Test de Zung (1971).

**Figura 03**

Gráfico de puntos del análisis de correspondencia simple de la satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.



Fuente: Escala de satisfacción familiar por adjetivos (ESFA), 1997 y Escala de Automedición de depresión (EAMD)-Test de Zung (1971).

**Descripción:**

En la tabla IV y figura 03, de las variables analizadas en el proceso de dicotomización se halló que los puntos más próximos son los de satisfacción familiar media y Con desorden emocional.

## **5.2. Análisis de resultados**

La presente investigación tuvo como objetivo relacionar la satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019. Esta idea de investigación surge debido a que la relación del joven con sus padres se considera una variable de gran peso en el desarrollo de síntomas depresivos en niños y jóvenes, ya que quienes tienen un vínculo pobre con sus padres son más vulnerables a presentar este tipo de síntomas cuando se enfrentan a eventos vitales adversos, en comparación con aquellos que tienen estilos de relación más cercanos y de mayor soporte emocional (Pardo, Sandoval y Umbrilla, 2004). Lo que nos llevaría a pensar que existe una relación entre la satisfacción familiar y la depresión. Después de realizar el presente estudio, se halló que existe relación entre satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019. Este resultado garantiza una validez interna ya que se evaluó a la cantidad total de estudiantes por ser manejable para la evaluador, no se involucró un direccionamiento a resultados, puesto que los estudiantes resolvieron sus encuestas, se usaron instrumentos con propiedades métricas estandarizadas los cuales fueron aplicados por el investigador que cuenta con formación en psicometría. Se contó con los cuidados necesarios tanto en el aspecto teórico, aplicación y desarrollo de la investigación.

En los estudios descriptivos, los adolescentes en la mayoría mostraron una satisfacción familiar muy baja y media. Con respecto a las satisfacción familiar muy baja, los estudiantes, muestran que las interacciones con la familia resultan poco gratificantes y que el sujeto encuentra sus relaciones familiares negativas, que se desarrollan dentro de un clima desagradable, por lo tanto no le permiten disfrutar de su vida familiar, posiblemente dentro del ambiente familiar existe críticas,

marginación, cohibición, nerviosismo, soledad e incompreensión entre la familia, pues las interacciones generan tales afectos (Barraca y Lopez, 1997) y la satisfacción familiar media percibida por los estudiantes muestra que las interacciones con la familia resultan gratificantes, y que el sujeto casi siempre encuentra las relaciones familiares positivas, su rol como integrante dentro de la familia se desarrollan dentro de un clima favorable, por lo tanto le permiten disfrutar de una vida familiar saludable (Barraca y Lopez, 1997). La familia tiene como deber desarrollar en los hijos valores que faciliten el desarrollo personal (toma de decisiones, independencia, autonomía, perseverancia y responsabilidad), promuevan las relaciones interpersonales (tolerancia, respeto, lealtad y honradez) (Valdés, 2007). El individuo desarrolla relaciones de afianza y fuentes de afecto. Las interacciones dentro del contexto familiar influyen decisivamente en la identidad personal de sus miembros y el desarrollo de la autoestima, surgiendo condiciones para que el individuo pueda desarrollar capacidades en la solución de problemas y a asumir responsabilidades (Valdés, 2007). La familia y en mayor énfasis los padres llegan a facilitar que los hijos asistan a la escuela, brindándoles apoyo en los siguientes campos: condiciones materiales para la asistencia a la escuela, palabras moralizadoras sobre la importancia de asistir constantemente, tiempo para dedicarse exclusivamente al estudio y exigiendo que asuman responsabilidades para conseguir resultados óptimos (Valdés, 2007).

En la variable de la depresión, los estudiantes presentaron desorden emocional en un 60%, lo que significaría la presencia de sentimientos de inutilidad, culpa. Tristeza, indefensión y desesperanza (Zung, 1971). Considerando a este autor que refiere sobre la forma de comportamiento y de manifestarse, es en gran parte, resultado de los intercambios que el individuo tuvo desde el nacimiento con el medio externo.

Cuando existen frustraciones y amargura en el hogar, se supone que los hijos tengan muy pocos alicientes para poder superar las dificultades del aprendizaje escolar, surgiendo la apatía y el desgano, pudiendo caer en el consumo de drogas, alcohol, en la delincuencia, etc. En los que sufren depresión suele darse una relación poco satisfactoria en el campo emocional con los padres, hermanos y los demás familiares, al igual que con compañeros (Mardomingo, 1994). La depresión tiene mucho que ver con el fenómeno de la comunicación interpersonal. El individuo deprimido tiene una perspectiva negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Beck, 1967). Un adolescente que ha perdido el interés por compartir con sus amigos y ahora pasa el tiempo solo, sin hacer nada de lo que antes le divertía puede tener depresión. Lo que antes le interesaba o divertía ahora le parece aburrido o no le llena. Los adolescentes con depresión pueden hablar de la muerte, decir que les gustaría morir, o decir que si les pasara algo no les importaría mucho. Los adolescentes con depresión pueden abusar del alcohol y drogas, o crear problemas en casa o en el colegio. Como no parece triste, los padres y profesores pueden no darse cuenta de que este comportamiento irritable, desobediente y conflictivo puede ser debido a una depresión (Soutullo, 2005).

También fueron hallados en la población estudiada que la mayoría pertenece a una familia nuclear. Finalmente de los resultados obtenidos en esta investigación se puede decir que las interacciones entre los miembros de la familia influenciarán sobre el estado de bienestar y satisfacción del adolescente, y serán soporte para afrontar cada dificultad que atraviesen. Era necesario realizar este estudio para ver la realidad de esta población estudiantil con respecto a su entorno familiar y ver si afecta o no la percepción de la satisfacción familiar en la aparición de síntomas depresivos.

### 5.3. Contrastación de hipótesis

#### Hipótesis

$H_0$  = No existe relación entre satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.

$H_1$  = Existe relación entre satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.

#### Nivel de significancia

Nivel de significancia (alfa)  $\alpha=5\% =0.05$

#### Estadístico de prueba

Chi cuadrado de Independencia

**Valor de P** = 0,047374 = 4.7 %

Lectura del p-valor

Con una probabilidad de error del 4,7% existe asociación entre satisfacción familiar media y depresión con desorden emocional en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.

#### Toma de decisiones

Existe asociación entre satisfacción familiar media y depresión con desorden emocional en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.

Para comprobar la hipótesis planteada, se utilizó la prueba del Chi-cuadrado de independencia, obteniéndose como p valor 4,7% que está debajo del nivel de significancia del 5%, lo cual permitió la decisión de aceptar la hipótesis alterna, es decir, existe asociación entre la satisfacción familiar media y depresión con desorden emocional, en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019; o también se podría decir que existe independencia entre satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019; o que existe relación entre satisfacción familiar y depresión en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.

## **VI. CONCLUSIONES**

- Existe relación entre satisfacción familiar y depresión en los estudiantes del nivel secundario en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.
- El nivel de satisfacción familiar sobresaliente fue en los niveles medio y muy bajo con un 30% en cada categoría en estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.
- El nivel de depresión prevalente, destaca la presencia de desorden emocional, con un 66%. en los estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.
- Existe asociación entre satisfacción familiar media y desorden emocional en los estudiantes de una institución educativa, Coviriali, Satipo, 2019.

## **ASPECTOS COMPLEMENTARIOS**

Realizar una sensibilización oportuna dirigida a poblaciones cercanas al grupo de adolescentes (docentes, madres y padres). Orientación a padres de familia abordando la importancia del contexto familiar en el sano desarrollo mental y emocional de las personas así como el manejo positivo de conflictos para enfrentar distintos estresores y situaciones de riesgo que atraviesan. Reforzar recursos psicológicos (desarrollo de habilidades) para el manejo de estados emocionales asociados al desarrollo de depresión y fortalecer habilidades entre pares para detectar señales de alerta y comportamientos de riesgo. Fomentar talleres de salud mental para buscar el fortalecimiento de recursos psicológicos para el manejo de emociones relacionadas con la depresión, no sólo para incidir en la prevención de la sintomatología depresiva sino también para mejorar aspectos para valorar y proteger la salud mental fortaleciendo las habilidades para solución de problemas (Integración Juvenil, 2018).

Desarrollar destrezas psicosociales, que ayudan al desarrollo de la capacidad de resistencia y de mecanismos de afrontamiento. Esta capacidad para hacer elecciones por sí mismo a pesar de posibles presiones de grupo de iguales. Estar en posesión de las destrezas básicas para “llevarse bien con otros” se veía como un componente esencial para un sentimiento de salud y bienestar. La educación emocional es necesaria para que los adolescentes puedan aprender a afrontar la ira y comprender las emociones, los estados de ánimo y qué hacer con ellos, incluido abrirse paso por los problemas del dolor y la pérdida. Para proporcionar a los adolescentes sentidos de pertenencia y logro, es importante considerarlos en las actividades comunitarias e integrarlos en la sociedad. El deporte es una actividad que se aprueba socialmente y

puede proporcionar autocontrol, búsqueda de sensaciones y aprobación de iguales (Coleman, 2013).

Trabajar con los padres en temas como: Habilidades positivas de comunicación (empatía, atención, comentarios de apoyo) que capacitan a la familia para compartir sus necesidades y preferencias cambiantes (Barcelata, Rivera y García, 2007).

Realizar aplicaciones dirigidos al diagnóstico de depresión para el abordaje profesional en instancias de salud respectivas, para ello lograr alianzas estratégicas con instituciones universitarias y centros de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ares Muzío, P. (2002). *Psicología de la familia. Un aproximado a su estudio*. La Habana. Cuba. Editorial: Féux. <https://n9.cl/91bq2>
- Barcelata Eguiarte, B. E. Rivera Aragón, S. y García Méndez, M. (2007). *Estrategias de evaluación e intervención en psicología*. México D.F, Mexico: Editorial Miguel Ángel Porrúa. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/uladech/75402?page=102>.
- Barranca, J., y Lopez Yarto, L. (1997). *Escala de satisfacción familiar por adjetivos ESFA*. Madrid España. TEA ediciones 199, 2017, S.A. U. Fray Bernardino
- Beck, J. S. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona, Spain: Editorial Gedisa. <https://elibro.net/es/ereader/uladech/44350?>
- Beck, A. T. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión (19a. ed.)*. Bilbao, Spain: Editorial Desclée de Brouwer. <https://elibro.net/es/ereader/uladech/47611?page=14>. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/uladech/44350?>
- Bezanilla, J. y Miranda, A. (2013). *La familia como grupo social: una re conceptualización*. N. 29. Alternativas en psicología. <https://cutt.ly/GgCLCEP>
- Bosqued Lorente, M. (2005). *Vencer la depresión*. España. Editorial: Desclée de Brouwer. <https://n9.cl/sekva>
- Calvillo Samada, F. (2014). *La depresión: entre mitos y rumores*. Madrid, Biblioteca Nueva. <https://cutt.ly/hgCL33T>
- Cardelle Pérez, F., Lorenzo Gómez T. (2010). *Manual del Residente de psiquiatría 2*. Madrid. España. Editorial Diapasón D-2. Madrid
- Caretas (10 de septiembre del 2019). Perú: La causa principal del suicidio es la depresión. Recuperado de <https://caretas.pe/nacional/peru-principal-del-suicidio-depresion-salud-mental/>
- Clemente, C. (2009). *Definición de familia según la OMS*. <https://cutt.ly/7gCZpji>
- Cluster salud. (11 de abril de 2017). *Una de cada 8 adolescentes presenta problemas de salud mental*. Recuperado el 19 de diciembre de 2019 de <https://n9.cl/eq8s>
- Coleman, J. C. (2013). *Psicología de la adolescencia (4a. ed.)*. Madrid, Spain: Ediciones Morata, S. L. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/uladech/51799?page=147>.

- Delgado Egido, B. (2009). *Psicología del desarrollo: desde la infancia a la vejez. Volumen 2*. Madrid, Spain: McGraw-Hill España. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/uladech/50174?>
- Delgado Málaga, T. y Gálvez Núñez, A. (2016). *Clima social familiar y depresión en adolescentes*. [Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciadas en Psicología]. Universidad Católica de Santa María. Facultad de Ciencias Sociales Tecnológicas y Humanidades. Escuela Profesional de Psicología. Arequipa. Perú. <https://cutt.ly/ggCZL40>
- Engler, B. (19969). *Introducción a las teorías de la personalidad*. México. Editorial: Mc GRAW-HILL
- Espinal, I., Gimeno, A., y González, F. (2006). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista internacional de sistemas*, 14(4), 21-34. <https://n9.cl/ui2e5>
- García Madruga, J. A. y Delval Merino, J. (2019). *Psicología del desarrollo I (2a. ed.)*. UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia. <https://elibro.net/es/ereader/uladech/121366?>
- Gervilla, A. (2010). *Familia y educación familiar. Conceptos clave, situación actual y valores*. España. Editorial: Narcea. <https://cutt.ly/vgCXloF>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México. Editorial: McGrawHill
- Integración Juvenil, C. D. (2018). *Ansiedad y depresión como factores de riesgo en el inicio temprano del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas*. Centros de Integración Juvenil. <https://elibro.net/es/ereader/uladech/125743?>
- Quezada, J, Zavala, E. y Lenti, M. (2015). *Satisfacción familiar en mujeres jóvenes*. Universidad femenina del Sagrado Corazón. Facultad de Psicología. <https://cutt.ly/2gCXWvY>
- Mardomingo Sanz, M. J. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente: método, fundamentos y síndromes*. Madrid, Spain: Ediciones Díaz de Santos. <https://elibro.net/es/ereader/uladech/52885?>
- Minuchin S. (2013). *Familias y Terapia Familiar*. España. Editorial Gedisa. <https://cutt.ly/ugCXIWe>
- Moreno Fernández, A. (2015). *La adolescencia*. Barcelona. Editorial: UOC. <https://cutt.ly/1gCXSF1>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). La depresión. 2016. Nota descriptiva N° 369. Se encuentra en: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (30 marzo de 2017). *Depresión: hablemos, dice la OMS*, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Recuperado el 10 de noviembre de 2020 de <https://cutt.ly/dgCXJKi>
- Papalia, D., Feldman R. y Mantorell G. (2012). *Desarrollo Humano*. Mexico. Editorial: The McGraw Hill
- Pardo, G., Sandoval, A. y Umbrarila, Z. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista colombiana de psicología* (13), 13-28. <https://cutt.ly/YgCXVqm>
- Pérez Pérez, N. (2012). *Psicología del desarrollo humano: del nacimiento a la vejez*. San Vicente, Alicante, Spain: ECU. <https://elibro.net/es/ereader/uladech/62378?>
- Sánchez Nogueira, F. y Sánchez Torres, G. (2016). *Depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas secundaria de Menores N° 60027 Y N° 6010227. San Juan Bautista 2016*. [Tesis para optar el título profesional licenciados en psicología]. Universidad Científica del Perú. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera profesional de Psicología. Iquitos. Perú. <https://cutt.ly/fgCX8Up>
- Sarráis Oteo, F. (2016). *Psicopatología*. Pamplona, Spain: EUNSA. <https://cutt.ly/jgCCtag>
- Semblantes Tipantuña, A. (2018). *Percepción de la funcionalidad y grado de satisfacción del individuo respecto de su entorno familiar y la posible relación con la sintomatología depresiva en adolescentes*. [Trabajo para optar la titulación de Psicología]. Universidad Internacional del Ecuador. Facultad de Ciencia Médica, de la Salud y de la Vida. Ecuador. <https://cutt.ly/TgCCag0>
- Silva y Ortiz, M., T., A. (2016). *Tres teorías para estudiar a la familia*. <https://cutt.ly/1gCCxyV>
- Sobrino Chunga, L. (2007). *Niveles de Satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos*. [Tesis para optar el título de Doctor en Psicología]. Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Facultad Psicología y Humanidades. <https://cutt.ly/YgCCmSD>
- Sobrino Chunga, L. (2008). *Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos*. <https://cutt.ly/rgCCR1p>

- Solano Guillén, Y. (2015). *Clima social familiar y depresión en las adolescentes del quinto grado de secundaria de la institución educativa Argentina 2015*. Tesis para obtener grado académico de magíster en psicología. Huánuco. Universidad nacional Hermilio Valdizán. <https://cutt.ly/PgCCPdC>
- Soutullo Esperón, C. (2005). *Depresión y enfermedad bipolar en adolescentes*. España. Editorial: Eunsa. <https://cutt.ly/qgCCDLe>
- Silva Ortiz, M. (2016). Tres teorías para estudiar a la familia. Orientación familiar. <https://cutt.ly/agCCBia>
- Uladech (2019). *Código de ética para la investigación*. Resolución N° 0973-2019-CU-ULADECH Católica
- Zung, W. (1971). *Escala de automedición de depresión (EAMD) de Zung*.
- UNICEF (2011). La salud mental del adolescente: *Un desafío urgente para la investigación y la inversión*. Punto de mira. p. 78. Recuperada 13 de abril del 2021 de <https://n9.cl/zkuo1>
- Valdés Cuervo, A. (2007). *Familia y desarrollo. Intervenciones en terapia familiar*. Mexico. Editorial: El Manual Moderno. <https://cutt.ly/dgCVzcc>
- Vallejos Segura, J. (2016). *Clima social familiar y depresión en adolescentes de 3ro, 4to y 5to de secundaria de dos instituciones educativas del distrito del Callao*. [Tesis para obtener el título profesional de licenciada en Psicología]. Lima. <https://cutt.ly/CgCVSqF>

## **ANEXOS**

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																				
N°	Actividades	2019								2020								2021		
		2019 - 01				2019 - 02				2020 - 01				2020 - 02				2021		
		Mes				Mes				Mes				Mes				Mes		
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	
1	Elaboración del Proyecto	X	X																	
2	Revisión del proyecto por el jurado de investigación			X																
3	Aprobación del proyecto por el Jurado de Investigación				X															
4	Exposición del proyecto al Jurado de Investigación				X															
5	Mejora del marco teórico y metodológico					X														
6	Elección de instrumento de recolección de datos						X													
7	Elaboración del consentimiento informado (*)						X													
8	Recolección de datos							X												
9	Presentación de resultados								X	X										
10	Análisis e Interpretación de los resultados										X	X								
11	Redacción del informe preliminar												X	X						
12	Revisión del informe final de la tesis por el Jurado de Investigación															X				X
13	Aprobación del informe final de la tesis por el Jurado de Investigación																X			X
14	Presentación de ponencia en jornadas de investigación																X			X
15	Redacción de artículo científico																	X		X

## PRESUPUESTO

Presupuesto desembolsable (Estudiante)			
Categoría	Base	% o Número	Total (S/.)
<b>Suministros (*)</b>			
<input type="checkbox"/> Impresiones	s/. 0.20	1000	s/. 200.00
<input type="checkbox"/> Fotocopias	s/. 0.05	1000	s/. 50.00
<input type="checkbox"/> Empastado	s/. 40.00	03	s/. 120.00
<input type="checkbox"/> Papel bond A-4 (500 hojas)	s/. 13.00	03	s/. 39.00
<input type="checkbox"/> Anillado	s/. 9.00	04	s/. 36.00
<input type="checkbox"/> USB	s/. 40.00	01	s/. 40.00
<input type="checkbox"/> Calculadora	s/. 15.00	01	s/. 15.00
<input type="checkbox"/> Folders	s/. 1.00	04	s/. 4.00
<input type="checkbox"/> Tinta de impresora	s/. 32.00	04	s/. 128.00
<b>Servicios</b>			
<input type="checkbox"/> Uso de Turnitin	s/. 100.00		s/. 300.00
<input type="checkbox"/> Universidad	s/. 750.00	04	s/. 3100.00
<input type="checkbox"/> Internet	s/. 70.00	04	s/. 280.00
<input type="checkbox"/> Asesoría personalizada	s/. 1500.00		s/. 1500.00
<b>Sub total</b>			<b>s/. 5812.00</b>
<b>Gastos de viaje</b>			
<input type="checkbox"/> Pasajes para recolectar información	s/. 25.00	32	s/. 800
<b>Sub total</b>			<b>s/. 5812.00</b>
<b>Total, de presupuesto desembolsable</b>			<b>s/. 6612.00</b>

Presupuesto no desembolsable (Universidad)			
Categoría	Base	% o Número	Total (S/.)
Servicios			
<input type="checkbox"/> Uso de Internet (Laboratorio de Aprendizaje Digital – LAD)	s/. 30.00	4	s/. 120.00
<input type="checkbox"/> Búsqueda de información en base de datos	s/. 35.00	2	s/. 70.00
<input type="checkbox"/> Soporte informático (Módulo de Investigación del ERP University – MOIC)	s/. 40.00	4	s/. 160.00
<input type="checkbox"/> Publicación de artículo en repositorio institucional	s/. 50.00	1	s/. 50.00
<b>Sub total</b>			<b>s/. 400.00</b>
Recurso humano			
<input type="checkbox"/> Asesoría personalizada (5 horas por semana)	s/. 63.00	4	s/. 252.00
<b>Sub total</b>			<b>s/. 400.00</b>
<b>Total, de presupuesto no desembolsable</b>			<b>s/. 652.00</b>
<b>Total (S/.)</b>			<b>s/. 7264.00</b>



**Escala de satisfacción familiar por adjetivos (ESFA)**

Fecha: 2/10/2019

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ m. Grado: \_\_\_\_\_

Con quien vivo: papá ( ) mamá ( ) Hermanos ( ) tíos ( ) abuelos ( ) otros \_\_\_\_\_

"CUANDO ESTOY EN CASA, CON MI FAMILIA, MÁS BIEN ME SIENTO..."									
		Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente		
1	FELIZ							INFELIZ	1
2	AISLADO/A							ACOMPañADO/A	2
3	JOVIAL							MALHUMORADO/A	3
4	RECONFORTADO/A							DESCONSOLADO/A	4
5	CRITICADO/A							APOYADO/A	5
6	SOSEGADO/A							DESASOSEGADO/A	6
7	DESCONTENTO/A							CONTENTO/A	7
8	INSEGURO/A							SEGURO/A	8
9	A GUSTO							A DISGUSTO	9
10	SATISFECHO/A							INSATISFECHO/A	10
11	COHIBIDO/A							A MIS ANCHAS	11
12	DESANIMADO/A							ANIMADO/A	12
13	ENTENDIDO/A							MALINTERPRETADO/A	13
14	INCÓMODO/A							CÓMODO/A	14
15	ATOSIGADO/A							ALIVIADO/A	15
16	INVADIDO/A							RESPECTADO/A	16
17	RELAJADO/A							TENSO/A	17
18	MARGINADO/A							INTEGRADO/A	18
19	AGITADO/A							SERENO/A	19
20	TRANQUILO/A							NERVIOSO/A	20
21	ATACADO/A							DEFENDIDO/A	21
22	DICHOSO/A							DESDICHADO/A	22
23	DESAHOGADO/A							AGOBIADO/A	23
24	COMPRENDIDO/A							INCOMPRENDIDO/A	24
25	DISTANTE							CERCANO/A	25
26	ESTIMULADO/A							REPRIMIDO/A	26
27	MAL							BIEN	27



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**Escala de Autovaloración D.D. por W.W. K. Zung (EAMD)**

**Fecha: 2/10/2019**

**Sexo:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ m. **Grado:** \_\_\_\_\_

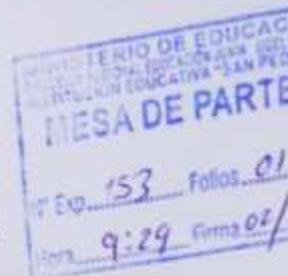
**Con quien vivo:** papá ( ) mamá ( ) Hermanos ( ) tíos ( ) abuelos ( ) otros \_\_\_\_\_

ITEMS	DESCRIPCIÓN	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas Veces	Casi siempre
1	Me siento triste y decaído				
2	Por las mañanas me siento mejor				
3	Tengo ganas de llorar y a veces lloro				
4	Me cuesta mucho dormir en la noche				
5	Como igual que antes.				
6	Aún tengo deseos sexuales				
7	Noto que estoy adelgazando				
8	Estoy estreñado (a)				
9	El corazón me late más rápido que antes				
10	Me canso sin motivo				
11	Mi mente está tan despejada como antes				
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes				
13	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14	Tengo confianza en el futuro.				
15	Estoy más irritable que antes				
16	Encuentro fácil tomar decisiones.				
17	Siento que soy útil y necesario(a).				
18	Encuentro agradable vivir				
19	Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto (a)				
20	Me gustan las mismas cosas que antes.				



UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES  
CHIMBOTE  
CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

"Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"



Satipo, 27 de septiembre de 2019

CARTA N° 009-2019- EPPS-FCCS- ULADECH-SATIPO

SEÑOR (A): Lic. PERCY ANDAMAYO ROJAS  
DIRECTORA DE LA INSTITUCION INTEGRADO SAN PEDO

Presente

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo a nombre de la **Universidad Católica los Ángeles de Chimbote – Filial de Satipo**, y a la vez solicitarle que la estudiante:

- **HUAMAN FLORES LUZ MERCEDES, código de matrícula 3023161004.**

De Nuestra Casa de Estudios de la escuela Profesional de Psicología, que se encuentra cursando estudios de Tesis II, para obtener el grado de Licenciada en Psicología, solicito a Ud. Permita realizar el trabajo de investigación titulado: **RELACION ENTRE SATISFACCION FAMILIAR Y DEPRESION EN LOS ESTUDIANTES DE NIVEL SECUNDARIO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA INTEGRADO SAN PEDRO, COVIRIALI, SATIPO - 2019.** En la institución educativa en la que Ud. Muy dignamente dirige.

Con la seguridad de que el presente, merecerá vuestra cordial acogida que redundara en beneficio de nuestra Alma Mater, es propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente,

Mg. Krissia I. Vera Román  
COORD. CARRERA DE PSICOLOGIA

Jr. 01 #301 – Urb. Villa Progreso - Satipo

Tel: (064)546471

[www.uladech.edu.pe](http://www.uladech.edu.pe)



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

02 de octubre de 2019

La Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote apoya la práctica de obtener el consentimiento informado de proteger a los sujetos humanos que participen en investigación.

La siguiente información tiene por objeto ayudarle a decidir si aceptará participar en el presente estudio. Usted está en libertad de retirarse del estudio en cualquier momento.

Para tal efecto se le pedirá que responda a la **Escala de Evaluación de Satisfacción Familiar (ESFA)** y **la Escala para la auto-medición de la depresión (EAMD)**. Nos interesa estudiar **Satisfacción Familiar y Depresión en los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Integrado San Pedro, Coviriali, Satipo-2019**. Esta información es importante porque nos ayudará a ampliar y profundizar en el conocimiento de estas variables asociadas a la realidad familiar y problemas de salud mental. Nos gustaría que usted participara de esta investigación, pero tal participación es estrictamente voluntaria. Les aseguramos que su nombre no se mencionará en los hallazgos de la investigación. La información sólo se identificara mediante un código numérico.

Si le gustaría tener información adicional acerca del estudio antes o después que finalice, puede ponerse en contacto con cualquiera de nosotros por teléfono o por correo.

Agradecemos su atención y apreciamos su interés y cooperación.

Atentamente,

Est. Huaman Flores Luz Mercedes  
Investigadora  
936560827  
luzqbeem@gmail.com

Mg. Ps. Fabián Huaylinos Miguel Angel  
Docente tutor de investigación  
990357779

INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL INTEGRADA "SAN PEDRO"

## CONSTANCIA

El que suscribe, Lic. PERCY ANDAMAYO ROJAS, Director de la Institución Educativa Integrada "SAN PEDRO"

### CERTIFICA:

Que, la **Sta. Huamán Flores Luz Mercedes**, identificada con DNI N° 46159604, estudiante de la Carrera profesional de Psicología de la Universidad Católica Los Angeles de Chimbote filial Satipo, en vías de realizar su trabajo de Investigación sobre **RELACIÓN ENTRE SATISFACCIÓN FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INTEGRADO SAN PEDRO, COVIRIALI, SATIPO-2019**, realizó la aplicación de los instrumentos psicológicos para la recolección de datos, **Escala de Autovaloración D.D. por W.W. K. Zung y Escala de satisfacción familiar por adjetivos (ESFA) el día 2 de octubre del 2019**, a los alumnos del nivel secundario de la institución en la cual estoy a cargo.

Se le expide la presente constancia a solicitud de la parte interesada para los fines y usos que crea por conveniente.

San Pedro, 09 de diciembre del 2019.



*Percy Andamayo Rojas*  
Percy Andamayo Rojas  
C.N. 704026438  
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN