

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

APOYO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES
DE NIVEL SECUNDARIO DE LAS INSTITUCIONES
EDUCATIVAS DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN LANCHIPA
DE TACNA, 2020

TESIS

PRESENTADA POR:

ELIZABETH OLGA LOZANO VARGAS

Para optar el Grado Académico de:

MAESTRO EN CIENCIAS (*MAGISTER SCIENTIAE*) CON
MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA

TACNA - PERÚ

2022

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**APOYO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE NIVEL
SECUNDARIO DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL
DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA DE
TACNA, 2020**

Tesis sustentada y aprobada el 13 de Agosto del 2022; estando el jurado calificador integrado por:

PRESIDENTE : 
.....
Dr. Manuel Benedicto Ticona Rendón

SECRETARIO : 
.....
Dr. Julio Aguilar Vilca

MIEMBRO : 
.....
Dr. Rafael Enrique Azocar Prado

ASESOR : 
.....
Dr. Rafael Enrique Azocar Prado

DEDICATORIA

A Dios que con su misericordia, me permite la vida y el privilegio de haber llegado a esta etapa de mi vida en la que puedo considerarme privilegiada de cumplir cada una de mis metas, a mis hijos que son mi motivación constante para salir adelante, a mi esposo que con su cariño y paciencia me brinda la confianza de que sí lo voy a lograr, a mis padres que me enseñaron que si lo hago por mí misma, mi esfuerzo tendrá mas valor y recompensa.

AGRADECIMIENTO

A mi esposo Shuja Ur Rehman, por brindarme siempre su fortaleza y su apoyo incondicional durante todo el proceso hasta concluir.

A mis hijos Alexx Franco Matías Arce Lozano y Abdur Majid Arce Lozano por generarme la motivación constante para no rendirme, sino ser mi inspiración y determinación para continuar.

A mis padres Rodolfo Lozano Saurino y Gladys Vargas Panty, porque su sola presencia me llena de orgullo para seguir creciendo profesionalmente.

A mi asesor de tesis: Rafael Enrique Azocar prado, por su paciencia y dedicación en ser mi guía en todo este proceso y sobre todo, porque gracias a su conocimiento y experiencia me brindaron los resultados esperados.

CONTENIDO

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.2.1. Problema general	6
1.2.2. Problemas específicos	6
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	7
1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES	8
1.4.1. Alcances	8
1.4.2. Limitaciones	8
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.5.1. Objetivo general	9
1.5.2. Objetivos específicos	9
1.6. HIPÓTESIS	9
1.6.1. Hipótesis general	9
1.6.2. Hipotésis específicas	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	11
2.1. ANTECEDENTES	11
2.1.1. Antecedentes nacionales	11
2.1.2. Antecedentes internacionales	14
2.1.3. Antecedentes locales	16

2.2. BASES TEÓRICAS	17
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	29
CAPÍTULO III: MARCO FILOSÓFICO	31
CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO	33
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	33
4.1.1. Tipo de investigación	33
4.1.2. Diseño de investigación	33
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	34
4.2.1. Población	34
4.2.2. Muestra	34
4.2.3. Criterios de inclusión y exclusión	36
4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	36
4.3.1. Identificación de variables	36
4.3.2. Caracterización de las variables	37
4.3.3. Operacionalización de variables	38
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	39
4.4.1. Técnicas	39
4.4.2. Instrumentos	39
4.5. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	42
CAPÍTULO V: RESULTADOS	43
5.1. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO	43
5.2. RESULTADOS	44
5.2.1. Resultados de la variable apoyo familiar	44
5.2.2. Resultados de la variable depresión	48
5.3. PRUEBA DE NORMALIDAD	49
5.4. PRUEBA DE HIPÓTESIS	50

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN	60
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS	75

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág
Tabla 1: Institución educativa y número de alumnos por año de estudios	34
Tabla 2: Tamaño de muestra según Institución educativa y año de estudios	35
Tabla 3: Caracterización de variables	37
Tabla 4: <i>Baremo</i>	40
Tabla 5. Niveles de apoyo familiar. Resultados totales.	44
Tabla 6. Niveles de apoyo familiar consistente.	45
Tabla 7. Niveles de autonomía familiar.	46
Tabla 8. Niveles de adaptación familiar.	47
Tabla 9. Niveles de depresión	48
Tabla 10. Prueba de normalidad	49
Tabla 11. Tabla cruzada apoyo familiar * depresión	51
Tabla 12. Correlaciones: apoyo familiar y depresión	51
Tabla 13: Tabla cruzada apoyo afectivo consistente*depresión	55
Tabla 14: Correlaciones: apoyo afectivo consistente*depresión	56
Tabla 15: Tabla cruzada adaptación familiar*depresión	57
Tabla 16: Correlaciones: adaptación familiar *depresión	57
Tabla 17: Tabla cruzada autonomía familiar*depresión	58
Tabla 18: Correlaciones: autonomía familiar * depresión	59

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Niveles de apoyo familiar. Resultados totales.	44
Figura 2. Niveles de apoyo familiar consistente.	45
Figura 3. Niveles de autonomía familiar.	46
Figura 4. Niveles de adaptación familiar.	47
Figura 5. Niveles de depresión.	48

RESUMEN

La presente investigación se propone determinar la relación entre el apoyo familiar y la depresión en los adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, 2020. Para ello, se planteó un diseño descriptivo, correlacional y transversal. Se aplicaron dos cuestionarios para el proceso de recojo de datos. Para la variable apoyo familiar, se aplicó la Escala de Valoración del Grado de Apoyo Familiar (Leyva, 2018) y para la variable depresión, se aplicó el Inventario CDI (Children's Depression Inventory). La muestra probabilística fue de 251 alumnos de nivel secundaria, seleccionadas con técnica aleatoria. Respecto a los resultados, se halló relación inversa y significativa entre el apoyo familiar y la depresión en los adolescentes de nivel secundaria de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, 2020, pues se halló un Rho igual a $-0,799$ y una sig. bilateral igual a $0,000$. Asimismo, los niveles de apoyo familiar hallados en la presente investigación fueron los siguientes: es como sigue: nivel muy bajo (4 %), nivel bajo (12,7 %), nivel regular (29,9 %), nivel alto (37,1 %) y nivel muy alto (16,3 %). Respecto a la variable depresión, se hallaron los siguientes resultados: síntomas depresivo leve (68,1 %), síntomas depresivo moderado (28,7 %) y síntomas depresivo severo (3,2 %). En cuanto a la correlación entre las dimensiones de la variable apoyo familiar y la depresión se encontró que el apoyo familiar consistente se relaciona inversamente con la depresión (Rho de Spearman: $-0,669$); la adaptación familiar se relaciona inversamente con la depresión (Rho de Spearman: $-0,739$) y la autonomía familiar se relaciona inversamente con la depresión (Rho de Spearman: $-0,743$).

Palabras clave: Apoyo familiar, depresión, alumnos

ABSTRACT

This research aims to determine the relationship between family support and depression in teenagers of secondary educational institutions in the district of Gregorio Albarracín Lanchipa of Tacna 2020. For this, a descriptive, correlational and cross-sectional design was proposed. Two questionnaires were applied for the data collection process. For the family support variable, the Scale of Assessment of the Degree of Family Support (Leyva, 2018) was applied and for the depression variable, the CDI Inventory (Children's Depression Inventory) was applied. The probabilistic sample was 251 high school students, selected with a random technique. Regarding the results, an inverse and significant relationship was found between family support and depression in the students of the secondary educational institutions of the district of Gregorio Albarracín Lanchipa, since a Rho equal to $-0,799$ and a sig. two-sided equal to $0,000$. Likewise, the levels of family support found in the present investigation were the following: it is as follows: very low level (4%), low level (12,7%), regular level (29,9%), high level (37,1%) and very high level (16,3%). Regarding the depression variable, the following results were found: mild depressive symptoms (68,1%), moderate depressive symptoms (28,7%) and severe depressive symptoms (3,2%). Regarding the correlation between the dimensions of the family support variable and depression, it was found that consistent family support is inversely related to depression (Spearman's Rho: $-0,669$); family adaptation is inversely related to depression (Spearman's Rho: $-0,739$) and family autonomy is inversely related to depression (Spearman's Rho: $-0,743$).

Keywords: Family support, depression, students

INTRODUCCIÓN

A nivel nacional, no existen estudios precisos y actualizados sobre la depresión en la etapa de la pubertad y adolescencia. Pero, mediante las noticias periodísticas sobre todo en la presente crisis sanitaria, es posible deducir que la cifra es relativamente moderada. A nivel regional no se conocen las estadísticas actualizadas respecto a la cantidad exacta de adolescentes que presentan síntomas depresivos, pues en muchos casos, los padres de familia no poseen las competencias técnicas para identificar los síntomas tempranos de este síndrome psicopatológico. Asimismo, se observa poco o escaso entrenamiento por parte de docentes de nivel secundario para poder detectar a tiempo a aquellos escolares con indicadores afectivos, conductuales y cognitivos de este desorden clínico.

Pero, a pesar que aún no se conozcan dichas estadísticas con certeza científica, lo importante es precisar que sí existiría una cantidad significativa de escolares que presentan diversos síntomas de este trastorno afectivo, conocido como depresión. Tacna, como región en desarrollo, no está ajeno a esta problemática de salud pública, pues se trata de una región fronteriza donde miles de padres y madres de familia se trasladan a trabajar a las vecinas ciudades de Arica e Iquique (Chile) generando con ello, tensiones, conflictos y sentimientos de indefensión en sus menores hijos. Asimismo, además de esta desintegración familiar por motivos de trabajo en esta parte del país, también se observan problemas típicos de algunas ciudades en proceso de crecimiento: marginalidad, desintegración vecinal, débiles redes sociales de apoyo, familias divididas, entre otros problemas, que tiene un impacto negativo en la salud mental de niños y adolescentes.

En ese sentido, el presente estudio se centra en como el apoyo familiar es una importante variable que se asocia o relaciona con la depresión que los adolescentes experimentan en esta etapa del desarrollo humano. En el marco de este objetivo, el capítulo II considera el marco teórico, que involucra

antecedentes del estudio, las bases teóricas y el marco conceptual en base a las variables de estudio.

El capítulo III incluye el marco metodológico, considerando el tipo y diseño de la investigación; así como la población y muestra, la operacionalización de variables, las técnicas, instrumentos para la recolección de datos, así como el procesamiento y análisis de datos. Asimismo, el capítulo IV presenta el marco filosófico.

El capítulo V contiene los resultados de acuerdo a las variables de estudio y sus respectivas dimensiones. Asimismo, se describe el proceso de la prueba de hipótesis.

El capítulo VI presenta la discusión de resultados, Las conclusiones y recomendaciones. Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO EL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La depresión es una condición muy humana, y está presente en cada etapa de nuestra vida. Se puede sufrir cuando se es niño, adolescente, adulto o anciano. Cuando se habla de prevenir la depresión o identificar a tiempo los primeros síntomas, se piensa inmediatamente en identificar la depresión en el periodo infantil o en la adolescencia.

La depresión ha sido y es uno de los más grandes problemas de salud mental en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) indica que “La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es un trastorno mental frecuente. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años”.

En efecto, no hay país o comunidad de cualquier continente que esté libre de este mal. La depresión no distingue edad, género, país, estatus socioeconómico, religión o zona geográfica donde uno habite.

En Perú son pocos los estudios que informan de la prevalencia precisa y actualizada a la fecha de este trastorno afectivo. Así, el Instituto Nacional de Salud Mental HD-HN (2) publicó lo siguiente: “En estos tiempos, la depresión no sólo ataca a adultos, sino también a niños y adolescentes. Más del 21 % de esta población de menores en el país sufre de depresión que, en algunos casos, puede desencadenar en suicidio”.

Navarro, Moscoso y Calderón (3) al explorar estudios sobre la depresión en adolescentes peruanos, resaltan los informes epidemiológicos elaborados por el Instituto Nacional de Salud Mental del Perú (INSM). Estos autores indican que la depresión es el trastorno clínico más frecuente en adolescentes de Lima y Callao con una prevalencia de 7 % (3 % en varones y 11 % en mujeres). En la

selva amazónica peruana, reportaron una prevalencia de 1,9 % (1,6 % en varones y 2,2 % en mujeres); y en la provincia de Abancay, una prevalencia de 2,1 % (0,9% en varones y 3,4 % en mujeres).

En Lima, Chunga y Pomacino (4) encontraron que el 97 % obtuvo síntomas de depresión. De la misma forma, se obtuvo para sus dimensiones, que el 94% posee síntomas de depresión, desmoralización y esperanza, el 86% obtuvo síntomas de depresión en expresiones emocionales de cólera, tristeza y desanimo, el 90% obtuvo síntomas de depresión en anhedonia, el 96% obtuvo síntomas de depresión en baja autoestima y desvalorización de sí mismo, y el 79 %, obtuvo síntomas de depresión en ansiedad escolar.

También en Lima, Sánchez y Sánchez (5) hallaron que de los 79 (100 %) estudiantes, el 17,2 % adolescentes resultaron con niveles de depresión leve a moderada y el 14,4 % obtuvieron nivel de depresión moderada a Intensa a través de la aplicación de instrumento de adaptabilidad de depresión de Zung.

Finalmente, Monasterio (6) en una muestra de estudio compuesta por 301 adolescentes, mujeres y varones cuyo rango de edad se encuentra entre los 13 y 17 años. Halló que el 72,1 % de adolescentes presentan sintomatología depresiva,

En Arequipa, Rivera, Arias y Cahuana (7) en una muestra de 1 225 adolescentes entre 11 a 18 años con una edad promedio de 14, provenientes de colegios públicos y privados de la ciudad encontraron que un importante porcentaje (41,4 %) cumple con los criterios psicométricos de depresión.

En Moquegua, Mamani (8) halló que la mitad de la muestra (50,3 %) se ubica en el nivel bajo de depresión. Mientras que el 23,3% se ubica en el nivel medio. Finalmente, el 26,4 % de la muestra presenta un nivel alto.

En Tacna, no se tienen cifras exactas sobre prevalencia de depresión adolescente pero se conocen de casos atendidos en consultas privadas y también en centros de salud. En ese sentido, recientemente el director del Hospital de Día, correspondiente al Hospital Hipólito Unanue de Tacna, señaló

que “en caso de adolescentes, los pacientes atendidos van desde infantes hasta niños de 11 años que presentan cuadros de depresión, conductas violentas y traumas por maltrato y abandono” (Diario la República, 01 de agosto de 2019) (9)

Sin embargo, Quispe (10) halló en su estudio realizado en la I.E. Enrique Paillardelle, de Tacna que el 31 % presentan depresión. Asimismo, Marca (11) en su estudio sobre estilos de crianza y depresión en estudiantes de dos instituciones educativas de Tacna, halló que el 4% de los adolescentes varones y el 6 % de las adolescentes mujeres presentaron síntomas depresivos en un nivel grave o severo.

La población escolar de nivel secundaria del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa presenta indicadores depresivos, a decir de sus docentes y auxiliares de educación. Son estos profesionales quienes sugieren al área de psicología y tutoría escolar a que aborden esta problemática desde la prevención a través de charlas y talleres dirigidos a los escolares secundarios.

Debe tenerse en cuenta que en la etapa adolescente existe una mayor permeabilidad a las influencias externas que vienen desde su círculo social más cercano y este es la familia. Por ello, lo que suceda al interior de la familia, tanto en su estructura como en su dinámica (funcional o disfuncional) tendrá repercusiones directas y significativas en el desarrollo afectivo, social, comunicativo, cognitivo y hasta en el desarrollo moral en el adolescente. Por ello, estos aspectos de la dinámica familiar, como el apoyo familiar resultan de una importancia capital a la hora de determinar los impactos en el desarrollo adolescente.

Es decir, la familia sigue siendo la fuente principal de apoyo emocional y seguridad, constituye un mecanismo natural de atención, apoyo, cuidado y afecto; es la segunda fuente de apoyo económico más importante. Así mismo la familia brinda apoyo material, emocional, económico y social, tanto en la cotidianidad como en momentos de crisis, contribuyendo así al bienestar y satisfacción de sus integrantes.

La presente investigación se llevará a cabo con la participación de adolescentes del nivel secundario de las instituciones educativas públicas del distrito de Gregorio Albarracín de la ciudad de Tacna. De esta manera, la muestra seleccionada participará en el presente estudio que abordará la relación entre el apoyo familiar y la depresión adolescente. Una vez seleccionada una muestra representativa de la población escolar de estas importantes instituciones educativas, se les aplicará los instrumentos de recojo de datos previamente seleccionados para la medición de las variables de estudio: apoyo familiar y depresión.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre el apoyo familiar y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, 2020?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de apoyo familiar en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, 2020?
- ¿Cuál es el nivel de depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, 2020?
- ¿Cuál es la relación entre el apoyo afectivo consistente y la depresión en adolescentes del nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, 2020?
- ¿Cuál es la relación entre la adaptación familiar y la depresión en adolescentes del nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, 2020?

- ¿Cuál es la relación entre la autonomía familiar y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, 2020?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La presente investigación se justifica por varias razones que se menciona a continuación:

En primer lugar, existe una razón de tipo legal: La obtención del grado académico de maestro según la legislación peruana establece como condición imprescindible la sustentación de una tesis universitaria. Dicha sustentación deber ser aprobada por un jurado calificador.

La segunda razón tiene que ver con la variable misma; es decir, la depresión. Pues la depresión afecta a un sector importante de la población juvenil, y ello trae consecuencias graves para la salud, el trabajo, la familia y la vida misma. Como bien se sabe, la depresión constituye un riesgo alto para el suicidio de quien padece esta enfermedad o desorden del estado de ánimo.

La tercera razón está relacionada a la segunda, pero incrementa nuestro interés por el tema. Pues la presente tesis se fija como punto central estudiar la depresión en la población adolescente. Es decir, la presente investigación tiene como centro de interés la depresión en la población escolar de los últimos años de nivel secundario. Se cree que si se logra identificar factores que están asociados a la depresión, entonces es posible reducir la alta incidencia de este desorden afectivo en la población en general. Y especialmente, en la población juvenil.

Una cuarta razón es que desde una perspectiva teórica, la presente investigación se justifica pues se analiza cada teoría propuesta sobre la depresión juvenil para validar aquella que mejor expliquen los resultados encontrados. Este análisis es necesario para determinar qué modelo teórico puede servir como marco de referencia para futuros estudios sobre la depresión en adolescentes.

Por otro lado, es importante destacar que año tras año son muchos los padres de familia, docentes y autoridades educativas y de salud pública que vienen expresando su preocupación por algunos aspectos relacionados a la depresión juvenil, tal como el abandono de la escuela, bajo rendimiento escolar, conductas de autolesión, consumo de sustancias psicoactivas y bebidas alcohólicas, entre otras consecuencias de la depresión. Además, de la preocupación e interés por este tema por parte de los profesionales y autoridades, son los medios de comunicación quienes también han tratado con interés este problema en la población juvenil del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances

El estudio constituye un insumo importante de información precisa para los directores de las instituciones educativas involucradas en el presente estudio. Asimismo, los padres de familia se ven beneficiados por la presente información para efectos de prevenir y atender a los alumnos participantes en la investigación sobre apoyo familiar y depresión.

1.4.2 Limitaciones

Las posibles limitaciones de investigación podrían atribuirse, probablemente a que los estudiantes encuestados no tengan la predisposición de contestar las preguntas para la presente investigación.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el apoyo familiar y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, 2020.

1.5.2. Objetivos específicos

- Establecer el nivel de apoyo familiar en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, 2020.
- Determinar el nivel de depresión en adolescentes del nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, 2020.
- Establecer la relación entre el apoyo afectivo consistente y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, 2020.
- Determinar la relación entre la adaptación familiar y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, 2020.
- Establecer la relación entre la autonomía familiar y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, 2020.

1.6. HIPÓTESIS

1.6.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre el apoyo familiar y la depresión en adolescentes del nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, 2020.

1.6.2. Hipótesis específicas

- El nivel de apoyo familiar en adolescentes del nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, 2020, es bajo.
- El nivel de depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, 2020, es alto.
- Existe relación entre el apoyo afectivo consistente y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna de Tacna, 2020.
- Existe relación entre la adaptación familiar y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas de del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, 2020.
- Existe relación entre la autonomía familiar y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, 2020.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes nacionales

En Trujillo, Toribio, realizó una investigación titulada: “Agresividad y depresión en adolescentes del distrito de Trujillo”. Su metodología aplicada fue diseño correlacional simple y trabajó con en una muestra de adolescentes, de ambos géneros, entre los 13 a 18 años de edad, que cursaban el nivel de educación secundaria regular, del segundo al quinto grado, en dos instituciones educativas estatales del distrito de Trujillo. Los resultados obtenidos indican una relación directa de efecto mediano estadísticamente significativa, asimismo la agresividad física, verbal e ira reporta una relación pequeña con la depresión cognitivo–afectivo, mientras que hostilidad alcanza una relación mediana, por otro lado la agresividad física y verbal alcanzan una relación pequeña con somático motivacional de la depresión, entre tanto la ira y hostilidad alcanzan una relación mediana estadísticamente significativa, en conclusion Se establece la relación directa de efecto pequeño estadísticamente significativa entre la agresividad física y depresión cognitivo – afectivo en adolescentes del distrito de Trujillo (12)

En Lima, Granados. realizó una investigación titulada “Niveles de depresión en adolescentes con anorexia y bulimia de la Clínica GABA”. La autora realizó una investigación de tipo descriptivo; de diseño no experimental y de corte transversal. La muestra fue de tipo no probabilística intencional, comprendida por 49 adolescentes de ambos sexos que asisten a un centro de ayuda, utilizó como instrumento para llegar a su objetivo el Inventario de Depresión Infantil de Kovacks. En donde concluyó que la dimensión Baja Autoestima presenta indicadores con puntuación elevada que evalúan básicamente el rendimiento

académico, con un 48 % del total de la muestra. Así mismo, en cuanto a la dimensión Disforia, se encontró un nivel medio (13)

En Santa (Ancash), la investigadora Avila, realizó el estudio titulado: “Depresión en estudiantes del nivel secundario de instituciones educativas públicas del distrito de Santa, 2019” y que tuvo como objetivo determinar la sintomatología depresiva en estudiantes del nivel secundario de instituciones educativas públicas del distrito de Santa. Metodológicamente, es una investigación cuantitativa, con diseño descriptivo – comparativo, de corte transversal de una sola variable. Para la recolección de datos se usó como técnica la encuesta y como instrumento la escala de depresión para adolescentes de Reynolds. En cuanto a los resultados obtenidos, en la I.E.P. n° 1, el 91,7 % de la muestra presenta síntomas no significativos y el 8,3 % presenta síntomas significativos. Mientras que en la I.E.P n° 2, el 88,9 % presentan síntomas no significativos y el 11,1 % presentan síntomas significativos. Se concluyó que no existen diferencias significativas en la sintomatología depresiva en los adolescentes en ambas instituciones educativas (14).

Reymundo, llevó a cabo un estudio titulado: “Sintomatología depresiva en adolescentes de instituciones educativas secundarias de costa, sierra y selva del Perú”, en el cual buscó comparar la diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes de instituciones educativas secundarias de costa, sierra y selva del Perú. El tipo de investigación fue básico, nivel descriptivo, y diseño de investigación fue no experimental-transversal-descriptivo-comparativo. Trabajó con una muestra conformada por 243 adolescentes de 11 a 18 años del primer al quinto año de las Instituciones Educativas Secundarias de la costa, sierra y la selva. Aplicó el Inventario de Depresión de Beck- II. En los resultados obtuvo un p-valor (0,414), entonces $0,414 > 0,05$, por consiguiente, concluye que no existe diferencias significativas en la sintomatología depresiva de los estudiantes. Así mismo se recomienda realizar réplicas de la investigación, mediante estudios múltiples en diferentes regiones del Perú.(15)

En Huánuco, Calero, Palomino y Moro, en su estudio titulado “Depresión en adolescentes asociados a migración familiar, familia disfuncional y bullying en Huánuco”, plantearon un estudio de tipo transversal, correlacional ya que trataron de evaluar la relación existente entre las variables en un mismo periodo de tiempo, su población fue de 400 adolescentes de los cuales se seleccionó con un muestreo aleatorio no probabilístico por estratos con un nivel de confianza del 95% ($\alpha < 0,05$), una precisión absoluta de 5%. Sus resultados fueron con 165 estudiantes adolescentes, el 16,4% presentaron sintomatología depresiva, el 54,5% fueron de sexo femenino, la media de las edades fue 14,53 años. Además, el 26,1 % provenían de otras regiones, 47,9% había sufrido algún tipo de bullying, el 21,8 % presentaban disfuncionalidad familiar y el 39,40 % presentaron una baja autoestima. El bullying (IC 95 %; $p=0,003$) y autoestima (IC 95 %; $p=0,00$) presentaron una relación significativa con la depresión. Concluyeron que un porcentaje importante de depresión en los adolescentes, que fue mayor en el sexo femenino. Así mismo, se obtuvieron relación significativa entre depresión - bullying y depresión –autoestima (variable interviniente); no se encontró asociación con migración familiar, ni disfunción familia (16)

En Lima, Castillo, realizó un estudio titulado: “Presencia de síntomas depresivos en adolescentes del colegio “Rosenthal de la Puente” de Magdalena del Mar”, cuyo objetivo principal fue determinar la presencia de síntomas depresivos en alumnos de secundaria de un colegio de Magdalena del Mar en el mes de marzo del año 2016. Fue de de tipo observacional, descriptivo, y con un diseño transversal prospectivo. Utilizaron el instrumento Children’s Depression Inventory (CDI) y se consignan los datos personales. Tuvo una muestra elegida por conveniencia conformada por 320 alumnos (267 adolescentes varones y 53 adolescentes mujeres). En cuanto a los resultados, halló que un 79,4 % de sintomatología depresiva. Un 20,6 % no presenta sintomatología depresiva, un 25,6 % del total presenta sintomatología depresiva leve, un 26,2 % presenta sintomatología moderada y un 27,5 % sintomatología severa. La autora concluye

que existe presencia de sintomatología depresiva en el colegio Salesiano “Rosenthal de la Puente” con un porcentaje de 79,4 %. (17)

2.1.2. Antecedentes internacionales

En Colombia, Buitrago, Pulido y Güichá realizaron un estudio titulado: “Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de Boyacá”, cuyo objetivo fue establecer la relación entre cohesión familiar y nivel de sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados de una institución educativa, La muestra seleccionada a partir de muestreo no probabilístico, estuvo conformada por 244 estudiantes de básica secundaria, 51,6 % hombres y 48,4 % mujeres, con una media de edad de 17 años. Se aplicó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D adaptada para población colombiana y la Escala de Cohesión Familiar de Torres de Galvis y Murrelle. El diseño de la investigación fue de corte no experimental y correlacional. Los resultados destacan la correlación existente entre las dos variables y los altos índices de sintomatología depresiva, por lo que se recomendaron implementar estrategias de prevención e intervención interdisciplinarias para favorecer los factores de protección frente a la depresión en adolescentes (18)

En Colombia, Valencia presentó un estudio titulado “Riesgo de depresión en estudiantes del programa de enfermería de la universidad libre de Pereira”. Este estudio tuvo como objetivo en su investigación evaluar la prevalencia de los trastornos depresivos y algunos factores de riesgo asociados en los estudiantes del Programa de Enfermería de la Universidad Libre de Pereira su metodología fue un estudio descriptivo en una muestra representativa de 150 estudiantes de primero a noveno semestre. Se utilizó la escala auto aplicada de Zung para conocer el tipo de depresión (leve, moderada o severa). En sus Resultados tuvo que un número reducido de estudiantes presentó depresión severa (2,2 %), el mayor porcentaje de los encuestados evidenciaron síntomas de depresión leve y moderada y solamente el 14,2 % de los encuestados no presentaron síntomas relacionados con depresión. No se halló relación del trastorno depresivo con la

edad, concluyo que la parte afectiva y conductual son las menos impactadas y que el índice de afectación mayor se encuentra en la esfera cognitiva (19)

En Ecuador, Alvarado presentó la investigación titulada: “Nivel de depresión y sus factores de riesgo, en estudiantes de la escuela de educación básica, ciudad de Loja” (Ecuador), cuyo objetivo fue determinar el nivel de depresión y sus factores de riesgo de la Escuela de Educación Básica "Ciudad de Loja". Asimismo, la autora se propuso conocer los síntomas de la depresión en niño/as, así como identificar los factores de riesgo de depresión y determinar la asociación entre el grado de sintomatología depresiva con los factores de riesgo. Metodología: Participó una muestra representativa de 180 niños/as. A esta muestra se les aplicó el test del CDI. Resultados: Se halló que el 64% de la muestra presentó ausencia o leve sintomatología de depresión, 28% de la muestra evidenciaron sintomatología depresiva moderada y 8% de la muestra mostró sintomatología depresiva severa. En relación a los factores de riesgo, se demostró que el factor que se presenta con mayor nivel de frecuencia es el factor social, le sigue el factor emocional, luego el factor familiar, después el factor escolar y, finalmente, el factor personal (20).

En España, Orgilés, Samper, Fernández y Egaña desarrollaron el estudio titulado: “Depresión en preadolescentes españoles: Diferencias en función de variables familiares”, cuyo objetivo fue examinar si existen diferencias en la sintomatología depresiva de los preadolescentes españoles en función de la estructura familiar y de la conflictividad interparental percibida. Metodología: Muestra de 632 pre adolescentes. A la muestra se les aplicó el Inventario de Depresión Infantil. Resultados: El análisis multivariado de la varianza indicó que los niños cuyos padres se habían divorciado reflejaban un menor nivel de autoestima que aquellos niños cuyos padres continuaban dentro del matrimonio y no se habían separado. Por otro lado, aquellos niños participantes del estudio y que tenían la percepción que entre sus padres existía un mayor nivel de conflictos, evidenciaban mayores puntuaciones en la dimensión disforia de la variable. Entonces, los niños de la muestra cuyos padres continuaban casados

y juntos en el hogar y que tienen menos peleas y conflictos, tienen menos probabilidad de desarrollar síntomas depresivos (21).

2.1.3. Antecedentes locales

Anicama y Torrejón desarrollaron el estudio titulado: “Depresión frente a la pandemia en adolescentes de una institución educativa de Tacna” con el objetivo de determinar el nivel de depresión existente frente a la pandemia en adolescentes de una IE Tacna. La metodología incluyó un enfoque cuantitativo, de tipo básico no experimental, corresponde a un nivel descriptivo, presenta un diseño descriptivo simple y es de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 148 adolescentes de la IE Hermógenes Arenas Yáñez de la ciudad de Tacna. El instrumento aplicado fue el Inventario de depresión de Beck II (BDI-II). Resultados: En general en relación a la variable depresión se evidenció que en 49,3 % de los adolescentes la depresión está ausente, por otro lado, el 32,4 % presenta un nivel de depresión leve, así mismo un 12,2% presenta depresión moderada, mientras que un 6,1% presenta depresión grave. Conclusiones: En el 49,3 % de adolescentes no existe sintomatología relevante de depresión, mientras que el 50,7 % presenta niveles de depresión leve, moderado y grave que nace en menor o mayor grado en la salud mental del adolescente. (22).

Platero desarrolló un estudio al que tituló: “Apoyo familiar y depresión infantil en alumnas de una institución educativa femenina de Tacna”, en el cual se propuso determinar la relación entre el apoyo familiar y la depresión infantil. Para ello, planteó un diseño descriptivo, correlacional y transversal. Se aplicaron dos cuestionarios para el proceso de recojo de datos. Para la variable apoyo familiar, aplicó la Escala de Valoración del Grado de Apoyo Familiar (Leitón, 2008) y para la variable depresión infantil, aplicó el Inventario CDI (Children’s Depression Inventory). La muestra probabilística fue de 148 alumnas de 5° y 6° grado de primaria, seleccionadas con técnica aleatoria. Respecto a los resultados, se halló que el apoyo familiar se relaciona inversamente con la depresión (-0,389). Asimismo, los niveles de apoyo familiar fueron los siguientes:

alto grado de apoyo familiar (60,1 %), moderado grado de apoyo familiar (33,1 %) y bajo grado de apoyo familiar (6,8 %). Respecto a la variable depresión infantil, se hallaron los siguientes resultados: presencia de síntomas depresivos severo (0 %), presencia de síntomas depresivos moderado (21,6 %) y presencia de síntomas depresivos leve (78,4 %). En cuanto a la correlación entre las dimensiones de la variable apoyo familiar y la depresión se encontró que el apoyo afectivo se relaciona inversamente con la depresión; el apoyo valorativo se relaciona inversamente con la depresión, el apoyo informativo se relaciona inversamente con la depresión y, finalmente, el apoyo instrumental se relaciona inversamente con la depresión (23).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Definiciones

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, que actualmente viene incrementándose, es un problema de salud social que merece tomarle importancia y para tener una clara comprensión del mal que se observa a diario en la sociedad son los suicidios, drogadicción y problemas intrafamiliares. Sin duda alguna es un tema que amerita se estudien estrategias que brinden soluciones para disminuir dichos actos lamentables.

Según la OMS (24) en una de sus publicaciones menciona que el trastorno depresivo se da frecuentemente con síntomas de desánimo, melancolía, disminución de la libido, llanto, sentimiento de culpa, desvalorización personal, vigilia, alteraciones del apetito, debilidad mental y física, que interfieren con las actividades diarias de quien la padece.

Se menciona que la etapa evolutiva donde las personas padecen de trastornos depresivos, se da en el transcurso de la adolescencia, etapa donde la mayoría de síntomas depresivos, por ello, esta etapa es donde la población que padece de depresión es más vulnerable y propensa a experimentar trastornos del estado de ánimo en cualquiera de sus características (24).

Alberdi, Taboada, Castro y Vázquez (25) realizaron una publicación de guías clínicas donde mencionan que la depresión es un síndrome que se presenta con síntomas que con llevan evaluación y clasificación en criterios de diagnósticos racionales. Y la persona que lo padece presenta síntomas afectivos que le generan vulnerabilidad a nivel afectivo, donde además engloban sentimientos, emociones y pensamientos de profunda melancolía hasta el punto de volverse patológico, así como un constante decaimiento e irritabilidad frecuente, ante las diferentes situaciones y demandas que la vida exige, los síntomas se presentan generalmente, de tipo volitivo, cognitivo y somático son de afectación global en la vida psíquica (25).

2.2.2. Diferencia entre depresión síntoma, síndrome y trastorno

Es necesario señalar que, para precisar la definición de la depresión es importante diferenciar entre lo que es la depresión como síntoma, como síndrome y como trastorno. Ramírez (26) señala que la depresión-síntoma, se entiende como un estado de ánimo disfórico (identificada por el sujeto como sentirse desgraciado, triste, melancólico, pesimista, etc.), que se experimenta en cualquier momento del ciclo vital, como consecuencia de vivencias que pueden resultar negativas o dolorosas para la persona; dicho estado tiene una naturaleza temporal. Ramírez (26) refiere, que éste es el sentido más coloquial del término depresión y que no implica enfermedad.

La depresión-síndrome, se refiere a un conjunto de síntomas concomitantes con el estado disfórico, asociados a problemas somáticos (trastornos vegetativos), conductuales (cambios psicomotores), cognitivos y motivacionales. Ramírez (26) precisa que, si el síndrome es producto de antecedentes previos de tipo psicológico, psiquiátrico, médico o ambiental, éste pasa a ser un problema secundario.

Ramírez (26) señala que la depresión-trastorno, tiene connotaciones más amplias que lo que representa la depresión como síndrome; pues, además, se presenta de forma persistente y repercute de manera negativa en diversas áreas

de la vida del niño o del adolescente; adicionalmente se reconocen ciertos elementos que han predispuesto y que mantienen la presencia del trastorno; como son, la historia familiar, el contexto, los aspectos biológicos, cognitivos, etc.

Así, lo que se entiende por depresión es lo que corresponde al trastorno. En la actualidad, nadie duda de la existencia de este trastorno; sin embargo, existen divergencias en los investigadores frente a la pregunta de si los niños o los adolescentes pueden experimentar la gran variedad de aspectos afectivos, somáticos, cognitivos y conductuales que experimentan los adultos con depresión mayor (26).

2.2.3. Teorías de la depresión

Valle (27) enfatizó en su investigación sobre la importancia de darle más atención a la persona que padece de trastornos de estado de ánimo. El objetivo del desarrollo de las teorías con llevar a obtener resultados positivos en las intervenciones psicológicas a través de cada enfoque teórico en casos determinados.

Teoría psicodinámica.

Para Valle (27) este enfoque se centra en los motivos y problemas del inconsciente que está ligado a las experiencias ya vividas por lo cual se explica la conducta actual, por lo que la terapia se basa en encontrar los motivos del inconsciente que ocasiona una conducta en la personalidad, que se constituye dinámicamente en la historia personal de cada individuo lo cual desarrollará mecanismos de defensa, por lo cual a través del psicoanálisis se realizará la exploración de la mente. Y como consecuencia se ampliará los conceptos del individuo sobre la sociedad y los fenómenos en ella, que le ayudará a entender la sociedad. En este enfoque el psicoanalista no se muestra en contacto directo con el grupo social en cuestión, ya que sus abordajes clínicos se realizan de manera individual.

Teoría humanista-existencial.

Valle (27) habla sobre la psicología humanista y su propósito principal basado en entender y comprender al ser humano, ya que posee el entendimiento y razonamiento para tomar sus propias decisiones, con capacidad de determinación y realización. Este enfoque se establece como la tercera fuerza psicológica seguidos del psicoanálisis y conductismo, en cuanto a los psicólogos humanistas ellos emplean instrumentos con gran variedad para aplicar técnicas adecuadas y llegar al objetivo.

Teoría conductual.

Valle (27) enfatizó que el enfoque conductista que proviene de raíces filosóficas, proviene de tradiciones filosóficas y empíricas, lo cual ve al hombre como un ser vivo que se encuentra expuesto a las causalidades del medio ambiente. Ya que es el producto de la respuesta de la interacción de estímulos y asociaciones, basado en condicionamientos positivos y negativos, del condicionamiento clásico y operante lo cual se realiza un análisis para observar que ocasiona la conducta de la persona.

De tal manera que se reconozca la causa que refuerzan la depresión para luego encontrar como enfrentar a nivel de terapias que requiera la persona, generando un cambio en el medio ambiente y realizar una continuidad en los actos que conlleven a padecer estados depresivos de esa manera encontrar el círculo vicioso que genera malestar en la persona; la teoría conductual se relaciona también con otras corrientes, enfocadas a la psicología experimental, realizando experimentos con animales para luego aplicar los resultados en las personas (27).

Teoría cognitivo-conductual.

Se menciona que el comportamiento humano, ya que se encuentra determinada por procesos cognitivos donde se consideran cambios conductuales según el aspecto cognitivo que tenga la persona o individuo. El enfoque cognitivo conductual, resalta el proceso en la que el ser humano procesa

cada acontecimiento de su vida en la mente, donde realizará una evaluación para posteriormente obtener una reacción de acuerdo a sus proyectos, y hacer un análisis y centrarse en los hechos que originan la conducta del paciente de acuerdo a la percepción de la realidad que este teniendo la persona. (27)

Teorías biológicas de la depresión.

La teoría biológica, en caso de trastornos depresivos resalta la importancia del sistema neuroquímico del cerebro, establecido en los siguientes neurotransmisores del sistema nervioso central. Se habla de la serotonina, dopamina, acetilcolina, indolamina, noradrenalina, por ello se concluye que la depresión se da a causa de la alteración en los procesos de regulación e inhibición conductual. Por ellos estas alteraciones pueden ser adquiridos o heredados por sucesos estresantes y su vulnerabilidad biológica (27).

Teorías psicosociales

Valle (27) mencionó de la existencia de lazos de la depresión y factores donde la raza, cultura y lo social influyen de sobre manera en dicho padecimiento. Por ello, refiere que el estrés social es constante y frecuente, llegando a alterar la percepción del mundo; incrementando la vulnerabilidad para padecer de depresión. Asimismo, los factores considerados como causas sociales que más contribuyen en su aparición son los problemas conyugales como rompimiento del matrimonio, desvalorización personal, no tener vida social, inestabilidad laboral y económica, conflictos familiares etc.

Sin embargo, se cree que existe una predisposición para que la mujer sea la que este más vulnerable a padecer depresión por las complicaciones de los roles de la mujer a nivel de la sociedad y las diferencias existentes a nivel cultural de su entorno. Los factores de riesgo a considerar son: conflictos interpersonales, inestabilidad económica, problemas familiares, machismo en la comunidad, etc.

2.2.4. Dimensiones de la depresión

La depresión infantil tiene dos dimensiones: estado de ánimo disfórico e ideas de autodesprecio: (28)

Estado de ánimo disfórico: Es una expresión o muestra de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo. El niño manifiesta cambios en el estado de ánimo, mal humor, irritabilidad, se enfada fácilmente, llora con facilidad. Es negativista y resulta difícil de complacerle. Los estados de ánimo y sensaciones disfóricas se caracterizan por las afirmaciones y el aspecto de la persona que indican tristeza, soledad, ausencia de felicidad, desesperanza, oscilaciones afectivas, irritabilidad, hipersensibilidad, actitud negativa y dificultad de ser complacido.

Los niños y los adolescentes tienden a ser más sensibles a su entorno y presentan un estado de ánimo más reactivo y en mayor medida que los adultos. Pueden no verbalizar su disforia o no demostrar que siempre están tristes. Así pues, las alteraciones del estado de ánimo se expresan a menudo en forma de días variados, de tal manera que algunos días el estado de ánimo, la conducta y los sentimientos son normales, mientras que existen otros períodos intercalados de sentimientos de depresión e irritabilidad. La irritabilidad es frecuente en este grupo de edad, y a menudo el estado de ánimo irritable se debe a sentimientos de tristeza. (28)

Ideas de autodesprecio: Las ideas de autodesprecio se manifiestan por sentimientos de ser inútil, estúpido, feo o culpable y por creencias de persecución, deseos de muerte e ideas de suicidio. En este grupo de edad, es frecuente proyectar los sentimientos de poca autoestima en creencias de persecución (por ejemplo “todo el mundo me odia” o “no soy un buen chico”).

Cognitivamente, a los niños y también a muchos adolescentes les puede resultar difícil expresar el sentimiento de culpabilidad, pero los sentimientos de inutilidad y culpabilidad por tener problemas son evidentes en su conducta y a menudo en

sus afirmaciones. Estas ideas de auto desprecio frecuentes en los niños y adolescentes deprimidos se corresponden con los síntomas de sentimientos de inutilidad o culpabilidad inapropiado. De tal modo, el niño expresa sentimientos de irritabilidad, incapacidad, fealdad y culpabilidad. Presenta ideas de persecución, deseos de muerte y tentativas de suicidio, revela ideas de escaparse y huir de su casa (29)

2.2.5. Tipos de depresión

Por otro lado, la clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales de la OMS, versión 10 Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10 (30), mencionaron que los episodios depresivos típicos con niveles, leve, moderado, grave, se presentan con alteraciones en el estado anímico, así como disminución de la energía en las actividades diarias, acompañado también por una baja concentración, baja capacidad de disfrute (anhedonia), agotamiento y agitación. Para dar un diagnóstico según el CIE 10 deben cumplirse criterios para cada episodio depresivo (30)

Episodio depresivo leve.

Para su diagnóstico debe cumplirse al menos dos o más síntomas: Humor depresivo durante el día, por dos meses seguidos, desmotivación en las actividades diarias, cansancio, decaimiento, para el diagnóstico es importante considerar otros síntomas, como pérdida de confianza, culpabilidad por traumas no superados del pasado (30).

Episodio depresivo moderado.

Se presenta con más intensidad, para su diagnóstico la persona debe presentar cuatro a más síntomas, como pérdida de interés por la rutina diaria, descuido personal, pensamientos irracionales constantes (30).

Episodio depresivo grave.

Se manifiesta con la presencia de síntomas significativos, que afecta principalmente a la valoración personal o autoestima, presentando culpa, las ideas irracionales de suicidio, pensamientos negativos y alteración en los esquemas mentales cognitivos, etc. Para su diagnóstico se deben cumplir por lo menos ocho síntomas (30).

El trastorno distímico:

Se presenta con síntomas de periodos largo que duran dos o más años, cabe mencionar que no siempre incapacita a la persona que la padece, sin embargo, puede llegar a impedirle tener una vida con normalidad o sentir bienestar (30).

Depresión psicótica

Trastorno depresivo con afectación grave, sus síntomas psicóticos de alucinaciones y delirios hacen que la persona que lo padece tenga ruptura con la realidad (30)

Depresión posparto

El episodio depresivo grave se da en mujeres que recientemente dieron a luz, la sintomatología se presenta durante el primer mes (30).

El trastorno afectivo estacional

Afectación depresiva caracterizada por que se presenta en la estación de invierno y desaparece en primavera y verano (31).

El trastorno bipolar

Trastorno mental con síntomas depresivos maniacos donde los cambios cíclicos pueden llegar a ser graves hasta llegar a episodios graves de depresión ya que se presenta con alteraciones en el estado de ánimo y alteraciones de las funciones cerebrales, así como también distorsión del pensamiento, hiperactividad, insomnio e irritabilidad constante (31).

2.2.6. Apoyo familiar. Introducción

Mediante la exploración bibliográfica se desarrolla una mirada a las definiciones de diferentes autores al término familia, uno de ellos considera familia al conjunto de personas que presentan unión por lazos de consanguinidad, matrimonio, adopción y que conviven por un tiempo indefinido. Del mismo modo permite de manera integral, a cada persona, compartir con otras personas, las normas por ejemplo de convivencia, los valores, costumbres, tradiciones, conocimientos, comportamientos, afectos y experiencias que son importantes para su desarrollo óptimo en la sociedad (32)

2.2.7. Definiciones de familia

La familia es un conjunto social básico y fundamental organizado por parentescos de afinidad, dado en todas las familias. Este grupo llamado, familia, aporta a todos sus integrantes, compañía, cuidados, apoyo, resguardo, seguridad, socialización, afecto, costumbres y hábitos, creencias, etc. (32)

La familia es considerada como la sociedad más antigua de todas, y la única natural, dentro de la familia los padres tienen el deber de suplir la necesidad de diálogo y conversación con sus hijos, para que se logre el vínculo de unidad familiar (32)

De igual forma precisa a la familia a fin de que se dé una alianza de personas donde compartan un propósito valioso de coexistencia en común, en tal sentido es perdurable, en el que se conciben intensas emociones y sentimientos de pertenencia a la familia que conforman; además se constituyen

fuertes relaciones de intimidad, dependencia y reciprocidad, sin olvidar que existe un compromiso particular entre sus integrantes (33).

2.2.8. Tipos de familias.

Se conocen los siguientes tipos de familia:

Por su estructura: (33)

- Ensamblada: es cuando los dos o uno de los miembros de la pareja vienen con hijos de convivencias y uniones anteriores.
- Monoparental simple: cuando los hijos conviven con uno de los padres.
- Monoparental grupal: conformada por madres adoptivas de un conjunto o grupo de niños.
- Homoparental: es decir los hijos conviven con una pareja homosexual.

Por su funcionamiento: dividida en: (33)

- Funcionales (cuyas parejas sólidas cumplen con sus hijos las necesidades básicas y transfieren, así como principios éticos).
- No funcionales (parejas que no establecen a sus hijos en principios y valores, están implicados en delitos, existe violencia y un clima hostil).

2.2.9. Funciones que desempeña la familia en la sociedad.

Los fines de la familia se pueden señalar a partir de la psicología y son: (33)

- Servir a todos y a cada uno de los integrantes de la familia, brindarle seguridad y confianza en el plano afectivo.
- Disponer y reparar a sus miembros de familia para el proceso y desarrollo de técnicas adaptativas.
- Destinar el desarrollo personal en dirección a la independencia.

- Encaminar, orientar caracteres y manejar los impulsos, tal como la violencia y absolutismo.
- Salvaguardar a todos sus integrantes y disponerlos para la autonomía por medio de la educación y el respeto.
- Organizar conductas habituales, así como una guía de gestiones con responsabilidad.
- Lograr el autocontrol, donde los integrantes puedan manejar bajo conductas apropiadas las dificultades, angustia y en general las emociones, como frustraciones, ira y enojo.

Por otro lado, diferentes autores señalan que son dos las funciones esenciales de la familia: (33)

- Con referencia desde la representación anatómico social, la familia se encarga de la supervivencia del tipo fisiológica como gente, asociación o pueblo.
- Desde la óptica de un tratamiento psicológico, la familia es el centro para que sus auténticos integrantes puedan desarrollarse y cobrar entusiasmo, logrando así el equilibrio emocional que requieren, tanto el niño, niña, adolescentes y jóvenes.

2.2.10. Apoyo familiar

Sobre el apoyo familiar se encuentra bastantes conceptos, de acuerdo con lo explorado, es un proceso donde se unen vínculos significativos con otras personas y que utilizan para la adaptación cuando uno se resiste condiciones de estrés, limitación o necesidad, crisis y dificultades. Por esta razón el apoyo familiar es el intermedio por la cual se proporciona apoyo emocional y sensitivo, así mismo apoyo informacional (34)

La teoría del apoyo familiar supone que la familia es como un medio de apoyo y soporte positivo, útil, organizador y ventajoso. Por ejemplo, el apoyo que

proporcione la familia debe ser en forma de bienes y servicios, como también protección y afrontamiento al estrés, ayuda en dificultades, en brindar información, por último, cabe decir que un bajo nivel de apoyo va estar asociado a la disminución del bienestar en la persona. Asimismo, se sostiene que la familia se encarga del apoyo social y representa estas en referencia al apoyo familiar afectivo consistente, adaptación familiar, autonomía familiar, además lo espiritual y emocional (34)

El apoyo familiar se refiere igualmente cuando existe la unión familiar durante el transcurso de enfermedad, incapacidad y asistencia a sus integrantes que lo necesiten. Los integrantes de la familia deben brindar apoyo emocional, lograr y mantener una buena comunicación entre los familiares, ofrecer y participar de sus cuidados, y estar en relación y acercamiento con otros integrantes de la familia para comunicar y pedir ayuda, si fuera preciso. (34)

2.2.11. Dimensiones de apoyo familiar.

Considera como factores que miden el nivel de apoyo familiar a las siguientes dimensiones. (35):

Dimensión Afectivo-Consistente: Se refiere a expresiones de afectividad, como respeto, apoyo y empatía entre los integrantes de la familia. Consiste en brindar el soporte emocional para que sus miembros se sientan seguros y protegidos. (35)

Dimensión Adaptación familiar: Se refiere a la ausencia de comportamientos y sentimientos de tipo negativo en relación con la familia, como la agresividad, rabia, competitividad entre los integrantes de la familia. En general, para lograr la adaptación familiar esta debe hacer uso de todas sus capacidades para mantener su equilibrio y para funcionar en forma adecuada ante las demandas o exigencias (estresores y tensiones). De esto depende que

puedan funcionar en forma balanceada, ajustándose y adaptándose a los diferentes cambios y eventos que se presenten a lo largo de sus vidas. (35)

Dimensión Autonomía familiar: se encuentra asociada a confianza, libertad y privacidad entre sus miembros. Consiste en que cada miembro conserve su individualidad y haga uso de su derecho a tomar sus propias decisiones, sin afectar a los demás integrantes de la familia. (35)

Las dimensiones descritas, evidencian el grado o nivel de apoyo familiar, sea cual fuere la situación a enfrentar, el cumplimiento de cada una de ellas hace posible la integración familiar. Los miembros de la familia deben organizarse y afrontar asertivamente las situaciones que se les presente. Siempre conservando en todo momento su autonomía y siendo flexibles al cambio, para lograr adaptarse a las influencias del medio y diversas realidades en el núcleo familiar (35).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Familia

La familia es el recurso más importante, ya que uno tiene un lugar en el ámbito de relaciones socio afectivas, porque es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, ofrece sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social (35)

Apoyo familiar

Engloba aspectos como compartir sentimientos, pensamientos y experiencias, disponibilidad para hablar con alguien, necesidad de expresarse emocionalmente de una forma confiable e íntima, sentimientos de ser querido de pertenencia y cuidado; siendo este apoyo un medio a través del cual el individuo satisface las necesidades emocionales y afiliativas (35).

Apoyo afectivo

Se centra en el afecto que el individuo pueda percibir de su entorno familiar, que se puede demostrar mediante atenciones, cuidado, confianza, muestras de cariño, conductas que implique la empatía y la escucha activa (35).

Apoyo valorativo

Supone por tanto un aumento en la autoestima al sentirse valorado, respetado y aceptado por los demás, cumpliendo un papel importante en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar (35).

Depresión infantil

Constituye una situación afectiva de tristeza, mayor en intensidad y duración, que ocurre en la infancia cuando se dan una combinación de síntomas, que lleva a un cambio en su conducta y sentimientos, afectando el normal desarrollo del niño/as (35)

CAPÍTULO III

MARCO FILOSÓFICO

El presente trabajo de investigación tiene un enfoque epistemológico humanista –holístico, pues en este enfoque concibe al hombre como un ser libre en cuanto a sus creaciones, elecciones y su libertad, percibiendo el mundo de una manera personal de acuerdo a sus experiencias y subjetividad, sin dejar que los demás intervengan en su autorregulación y autorrealización, para así lograr despertar su potencial creativo, un equilibrio emocional, laboral y social, teniendo en cuenta su interior y no el exterior (36).

El humanismo es un conjunto de tendencias del pensamiento que consideran al individuo en términos de su dignidad, creatividad, ideales, libertad e intereses. Asimismo, expresa que los argumentos humanistas han elevado el valor de las capacidades intelectuales, creativas y morales del hombre y han menospreciado las interpretaciones de la vida que hace el determinismo. El determinismo considera que el hombre no es autónomo y no ejerce su libertad de elección y que todo lo que le sucede al individuo está determinado por el ambiente (mundo externo) o por fuerzas espirituales superiores.

Las teorías humanistas, aunque difieren considerablemente en los conceptos que emplean, al mismo tiempo comparten las siguientes características: a) enfatizan la responsabilidad personal; b) dan más atención al presente; y c) señalan la importancia al crecimiento personal (36)

- Responsabilidad personal. Significa que cada persona es en gran medida responsable de lo que le sucede y el destino no está a disposición de las fuerzas oscuras de la personalidad, que deja a las personas, sin más elección que actuar de cierta manera.

- Presente. Aunque estas teorías no niegan la importancia de la experiencia previa, en general dan más atención al presente. Aunque es cierto que las personas pueden ser influidas por las experiencias traumáticas tempranas, éstas no tienen que modelar la vida adulta y los individuos tienen la capacidad de superarlas y salir adelante.
- Importancia al crecimiento personal. Las teorías humanistas afirman que la gente no queda contenta con la simple satisfacción de sus necesidades, sino que desean continuar su desarrollo y progreso para convertirse en lo mejor que puedan ser.

El humanismo es un movimiento que se identifica fuertemente con la perspectiva holista. Estas nociones constituyen las fuerzas holistas que hacen que el individuo sea un sistema unificado, libre de desórdenes emocionales como la depresión. El holismo postula que el ser humano es un todo integrado y organizado, no una serie de partes diferenciadas. Por lo tanto, para el humanismo cualquier acontecimiento como la depresión que afecta a un sistema, afecta a toda la persona, si es adolescente con mayor razón aún (36).

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

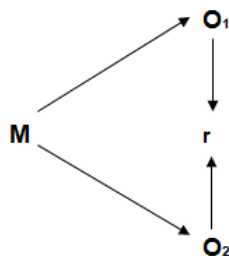
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

4.1.1. Tipo de investigación

Se trata de un estudio de tipo no experimental. Es no experimental pues no se manipulan las variables de estudio.

4.1.2. Diseño de investigación

Se aplicó un diseño descriptivo, correlacional y transversal. Se denomina diseño descriptivo, a aquel procedimiento metodológico que consiste en hacer descripciones de aquellas características de ambas variables de investigación. Por su parte, se llama diseño correlacional, a aquel diseño que asume como objetivo determinar el nivel de correlación entre las variables. Finalmente, se denomina diseño transversal, a aquel diseño donde se recogen datos en un solo instante (y no a lo largo de tiempo), en un tiempo único.



Dónde:

M = Muestra

O₁ = Observación de la primera variable (apoyo familiar)

O₂ = Observación de la segunda variable (depresión)

R = Relación (entre la variable X y Y)

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1. Población

Estuvo constituida por alumnos de 3°, 4° y 5° grado de secundaria matriculados en el año escolar 2021, y que cursaron estudios en las Instituciones Educativas de nivel secundario del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa. Las instituciones educativas participantes fueron:

- I.E.B. Jorge Chávez
- I.E.B. Enrique Paillardelle

Tabla 1. *Institución educativa y número de alumnos por año de estudios*

I.E.B.	3° año	4° año	5° año	Total
- I.E.B. Jorge Chávez	121	114	108	343
- I.E.B. Enrique Paillardelle	126	129	117	372
Total	247	243	215	715

4.2.2. Muestra

El tipo de muestra que se utilizó en el presente trabajo de investigación corresponde a una muestra probabilística estratificada. El cálculo del tamaño de muestra se hizo del siguiente modo:

$$n = \frac{(Z^2) (P) (Q)(N)}{(E^2) (N-1) + (Z^2) (P)(Q)}$$

Dónde:

- N = Población: 715 alumnos de 3°, 4° y 5°
Z = 1,96 Distribución Normal Estándar (para 95% de margen de confiabilidad)
E = 0,05 Error de estimación de la medida de la muestra respecto a la población.
P = 0,5 Probabilidad de ocurrencia de los casos
Q = 0,5 Probabilidad de no ocurrencia de los casos
n = Tamaño de la muestra.

Calculando:

$$n = \frac{(1,96^2) (0,5) (0,5) (715)}{(0,05^2) (715-1) + (1,96^2) (0,5)(0,5)}$$

n: 251 (Tamaño de la muestra)

Tabla 2. *Tamaño de muestra según Institución educativa y año de estudios*

I.E.B.	3° año	4° año	5° año	Total
- I.E.B. Jorge Chávez	41	39	32	112
- I.E.B. Enrique Paillardelle	45	46	48	139
Total	86	85	80	251

4.2.3. Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión

- Participaron los alumnos de 3°, 4° y 5° año de secundaria. Debidamente matriculadas en el presente año escolar.
- Participaron aquellos alumnos cuyos padres y/o apoderados hayan aceptado que sus hijos participen en la investigación (consentimiento informado).

Exclusión

- Aquellos alumnos cuyos padres no aceptaron que sus hijos participen en investigación (consentimiento informado).

4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

4.3.1. Identificación de variables

- Variable 1(independiente): Apoyo familiar
- Variable 2 (dependiente): Depresión

4.3.2. Caracterización de las variables

Tabla 3. *Caracterización de variables*

Variable	Dimensiones	Indicadores	Categoría
Apoyo familiar	Apoyo afectivo consistente	<ul style="list-style-type: none"> - Respeto - Apoyo - Empatía 	Ordinal
	Adaptación familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Aceptación - Adopción de conductas - Desenvolvimiento 	
	Autonomía familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Confianza - Libertad - Privacidad 	
Depresión	Estado de ánimo disfórico	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza - Soledad - Desdicha - Indefensión - Pesimismo 	Ordinal
	Ideas de auto desprecio	<ul style="list-style-type: none"> - Irritabilidad - Incapacidad - Fealdad - Culpabilidad 	

4.3.3. Operacionalización de variables

VARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones /Factores	Indicadores	Instrumentos	Escala
Apoyo Familiar (Variable 1)	Engloba aspectos como compartir sentimientos, pensamientos, experiencias, pertenencia y cuidado; siendo este apoyo expresivo un medio a través del cual el individuo satisface las necesidades emocionales y afiliativas (Alvarado y Sánchez, 2021) (32)	Se realizará la medición a través del Cuestionario de apoyo familiar validado y estandarizado para el Perú por Leyva (2018) (37)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo afectivo consistente 2. Adaptación familiar 3. Autonomía familiar 	<p>Respeto Apoyo Empatía</p> <p>Aceptación Adopción de conductas Desenvolvimiento</p> <p>Confianza Libertad Privacidad</p>	Escala de valoración del grado de apoyo familiar	Ordinal Muy bajo Bajo Regular Alto Muy alto
Depresión (Variable 2)	Constituye una situación afectiva de tristeza, mayor en intensidad y duración, que ocurre en la adolescencia, cuando se dan una combinación de síntomas, que lleva a un cambio en su conducta y sentimientos, afectando el normal desarrollo del adolescente (Pogo, 2016) (34)	Se realizará la medición a través del Inventario CDI (Children's Depression Inventory) de Kovacs (1977) y adaptado y estandarizado para el Perú por Arévalo (2008). (38)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo disfórico 2. Ideas de auto desprecio 	<p>Tristeza Soledad Desdicha Indefensión Pesimismo</p> <p>Irritabilidad Incapacidad Fealdad Culpabilidad</p>	Inventario CDI (Children's Depression Inventory)	Ordinal Leve Moderado Severo

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1. Técnicas

La técnica que se aplica es la encuesta.

4.4.2. Instrumentos

Los instrumentos que se utilizan son cuestionarios.

Variable 1: Apoyo familiar

Instrumento: Cuestionario de apoyo familiar

Ficha técnica

Autor : Elvia Leyva (2018) (37)

Procedencia : Perú

Número de dimensiones : 03

Numero de ítems : 22

Dimensiones e ítems :

Apoyo afectivo consistente (1,2,3,4,5,6 y 7)

Adaptación familiar (8,9,10,11,12,13,14 y 15)

Autonomía familiar (16,17,18,19,20,21 y 22)

Valoración de opciones de respuestas:

Sí = 3 puntos

En parte = 2 puntos

No = 1 punto

Descripción del cuestionario:

El instrumento está constituido por 22 ítems que son de tipo cerrado de opción múltiple. Permitirá conocer el nivel de apoyo familiar, a través de la evaluación de tres dimensiones: afectivo consistente, adaptación familiar y autonomía familiar.

Calificación:

Las preguntas son cerradas con un lenguaje claro y sencillo para que el participante marque una opción, con la cual se identifique. Las respuestas se califican en escala de Likert de tres puntos, que van desde los valores 1 al 3, que se detallan a continuación.

Baremo:

La baremación sirve para efectos de interpretación de los resultados de la variable de investigación, está ordenado por rangos y contempla todos los valores desde el mínimo hasta el máximo que se puede obtener como puntaje de evaluación de las dimensiones y del cuestionario en general.

Tabla 4. Baremo

Niveles	I - III	II	Total
Muy bajo	7 – 9	8 – 11	22 – 32
Bajo	10 – 12	12 – 14	33 – 41
Regular	13 – 15	15 – 17	42 – 49
Alto	16 – 18	18 – 20	50 – 58
Muy alto	19 - 21	21 - 24	59 - 66

Validez del instrumento

El instrumento ha sido validado por el juicio de 3 jueces expertos quienes en base a su experiencia y criterio han evaluado el Cuestionario de Apoyo familiar, mediante un cuestionario de encuesta, en el cual por medio de una escala de 5 categorías, se les pidió indicar si las preguntas del Cuestionario Apoyo Familiar están bien formuladas para su aplicación.

Confiabilidad del instrumento

Para establecer la confiabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto. Se aplicó la fórmula de alfa de Cronbach, obteniendo como resultado del análisis de confiabilidad un coeficiente de 0,945 lo que indica que el cuestionario es altamente confiable.

Variable 2: Depresión

Instrumento: Inventario CDI (Children's Depression Inventory)

Ficha técnica

Objetivo	: Evaluar la sintomatología depresiva
Autor	: María Kovacs
Año	: 1977
Adaptación y estandarización:	Edmundo Arévalo (2008) (38)
Administración	: Individual y colectiva
Áreas que mide	: El inventario de depresión infantil permite examinar dos dimensiones teóricas presentadas dentro de los síntomas de depresión que son: Estado de ánimo disfórico e ideas de auto desprecio.
Normas de calificación	: A puntúa como 0, B puntúa 1 y C puntúa como 2
Número de ítems	: 27
Duración	: Tiempo aproximado de 15 a 20 minutos
Baremos	: El nivel de sintomatología depresiva está determinado por el puntaje alcanzado que es convertido a centiles. Categorías diagnósticas:
Presencia de síntomas depresivos leve	= 5 – 30
Presencia de síntomas depresivos moderado	= 31 -45
Presencia de síntomas depresivos severo	= 46 – 54

Validez de contenido : Raffo (1994, citado en Ramírez, 2009) (26) encuentra una validez de contenido por criterio de jueces por encima del 80% en todos los ítems.

Confiabilidad : Por procedimiento por mitades de 0,79 y por Alfa de Cronbach de 0,80 (Ramírez, 2009) (26).

4.5. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se llevaron a cabo las siguientes acciones de procesamiento de información:

- Se validaron los instrumentos de recojo de datos mediante juicio de expertos.
- Se llevó a cabo una prueba piloto para determinar la fiabilidad de los instrumentos de recojo de datos.
- Se procedió a realizar la prueba de normalidad (prueba de Kolmogorov-Smirnov) para determinar si la muestra proviene de una distribución normal o no.
- Se elaboraron tablas y figuras de distribución de frecuencias, tanto de los resultados de las variables como de sus dimensiones.
- Se aplicó el estadístico Rho de Spearman para determinar relación o asociación entre variables y prueba de chi cuadrado para hipótesis descriptivas.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

Se coordinó con las I.E.B. Jorge Chávez y I.E.B. Enrique Paillardelle para la autorización de la aplicación de los instrumentos. Seguidamente, se procedió a someter a los instrumentos a juicio de expertos (validez de contenido), para obtener la validez del instrumento. Luego, se aplicó el análisis de confiabilidad a los instrumentos de recolección de datos. También, se desarrolló el trabajo de campo a la muestra total. Antes de ello se les hizo una explicación de las variables de estudio a los docentes, y lo más importante, cuál era el objetivo del estudio, incidiendo que era estrictamente para fines académicos. Asimismo, se desarrolló el análisis minucioso de las encuestas para verificar que todas las respuestas hayan sido respondidas. Por otra parte, se tabularon los datos de los cuestionarios en el software estadístico SPSS V.22. Luego, se elaboraron figuras y tablas, que muestran los resultados de la información recogida, de acuerdo a las variables de estudio: apoyo familiar y depresión; también, se realizó la prueba de hipótesis mediante los estadígrafos Rho de Spearman y Chi cuadrado de Pearson.

5.2. RESULTADOS

5.2.1. Resultados de la variable apoyo familiar

Tabla 5. Niveles de *apoyo familiar*. Resultados totales

Niveles	f	%
Muy bajo	10	4,0
Bajo	32	12,7
Regular	75	29,9
Alto	93	37,1
Muy alto	41	16,3
Total	251	100

Interpretación:

En la tabla 5 y figura 1, se observa que el 37,1% de la muestra se ubica en el nivel alto de apoyo familiar, mientras que el 29,9% se ubica en el nivel regular. Asimismo, el 16,3% se ubica en el nivel muy alto de apoyo familiar.

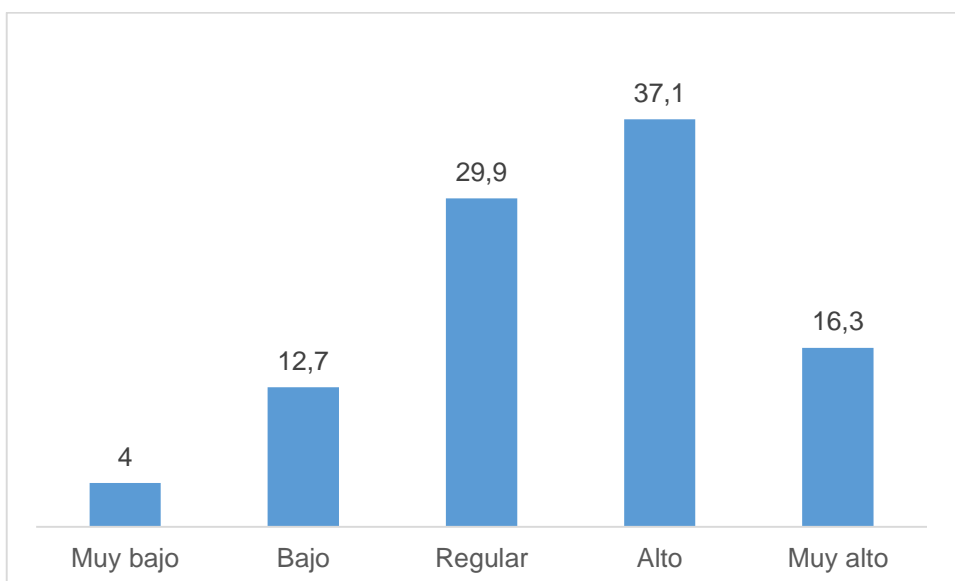


Figura 1. Niveles de *apoyo familiar*. Resultados totales. Fuente. Tabla 4

Tabla 6. Niveles de apoyo afectivo consistente

Niveles	f	%
Muy bajo	8	3,2
Bajo	34	13,5
Regular	53	21,1
Alto	35	13,9
Muy alto	121	48,2
Total	251	100

Interpretación:

En la tabla 6 y figura 2, se observa que el 48,2% de la muestra se ubica en el nivel muy alto de apoyo familiar consistente, mientras que el 21,1% se ubica en el nivel regular. Asimismo, el 13,9% se ubica en el nivel alto.

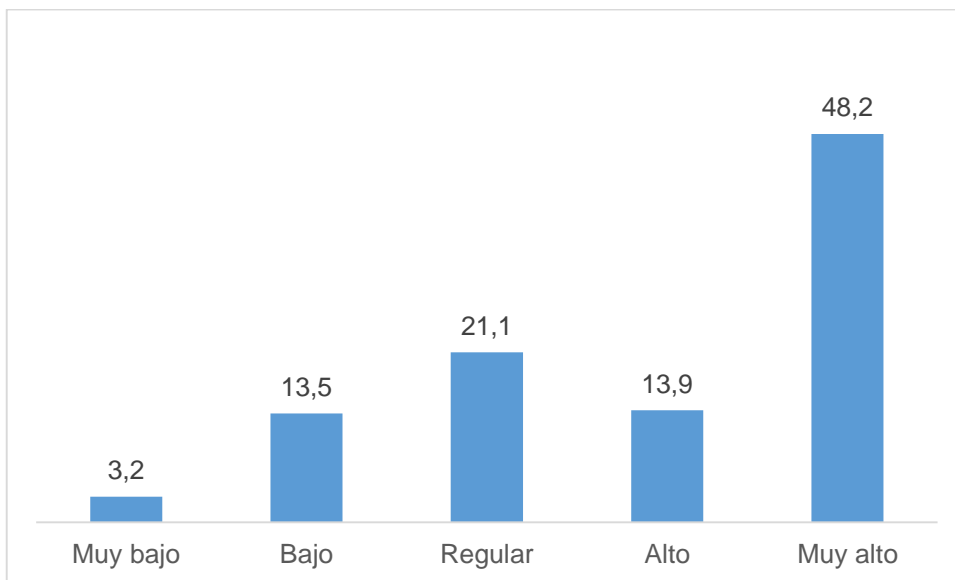


Figura 2. Apoyo familiar consistente. Fuente. Tabla 5

Tabla 7. Niveles de autonomía familiar

Niveles	f	%
Muy bajo	14	5,6
Bajo	42	16,7
Regular	78	31,1
Alto	74	29,5
Muy alto	43	17,1
Total	251	100

Interpretación:

En la tabla 7 y figura 3, se observa que el 31,1% de la muestra se ubica en el nivel regular de autonomía familiar, mientras que el 29,5% se ubica en el nivel alto. Asimismo, el 17,1% se ubica en el nivel alto.

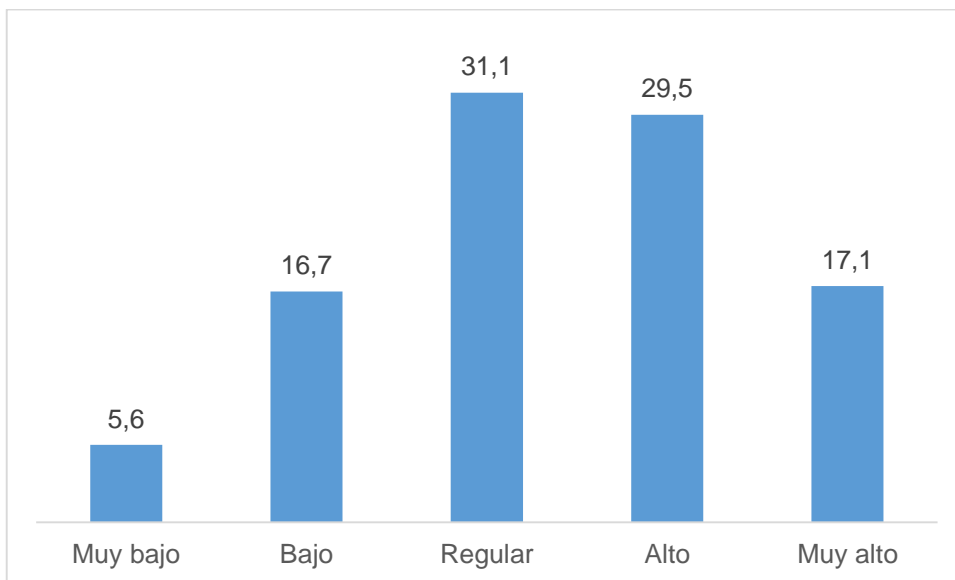


Figura 3. Autonomía familiar. Fuente. Tabla 6

Tabla 8. Niveles de adaptación familiar

Niveles	f	%
Muy bajo	8	3,2
Bajo	24	9,6
Regular	73	29,1
Alto	106	42,2
Muy alto	40	15,9
Total	251	100

Interpretación:

En la tabla 8 y figura 4, se observa que el 42,2% de la muestra se ubica en el nivel alto de adaptación familiar, mientras que el 29,1% se ubica en el nivel regular. Asimismo, el 15,9% se ubica en el nivel muy alto.

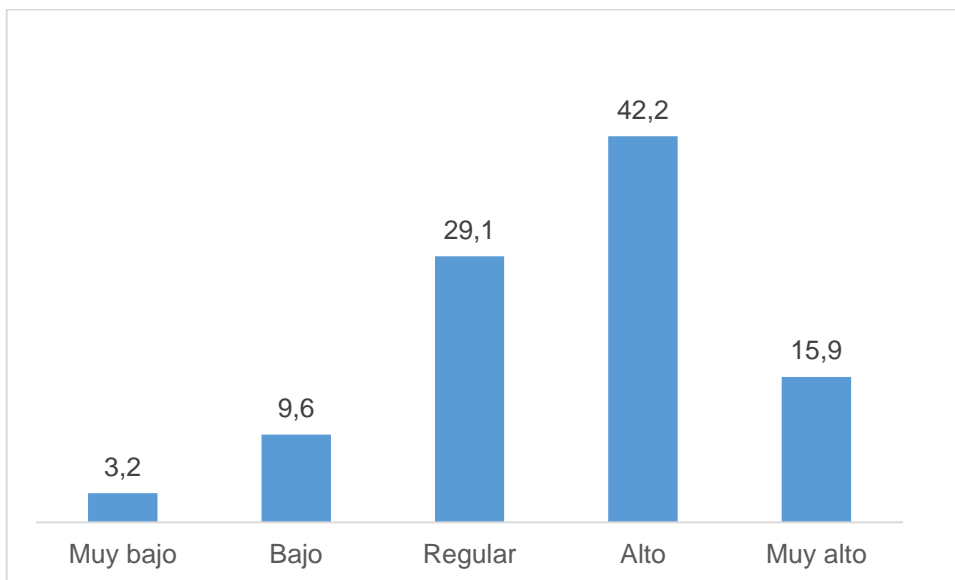


Figura 4. Adaptación familiar. Fuente. Tabla 7

5.2.2. Resultados de la variable depresión

Tabla 9. Niveles de depresión: Resultados totales

Niveles	f	%
Síntomas depresivo leve	171	68,1
Síntomas depresivo moderado	72	28,7
Síntomas depresivo severo	8	3,2
Total	251	100

Interpretación:

En la tabla 9 y figura 5, se observa que el 68,1% de la muestra se ubica en la categoría síntomas depresivos leve, mientras que el 28,7% se ubica en la categoría síntomas depresivos moderado. Finalmente, el 3,2% se ubica en la categoría síntomas depresivos severo.

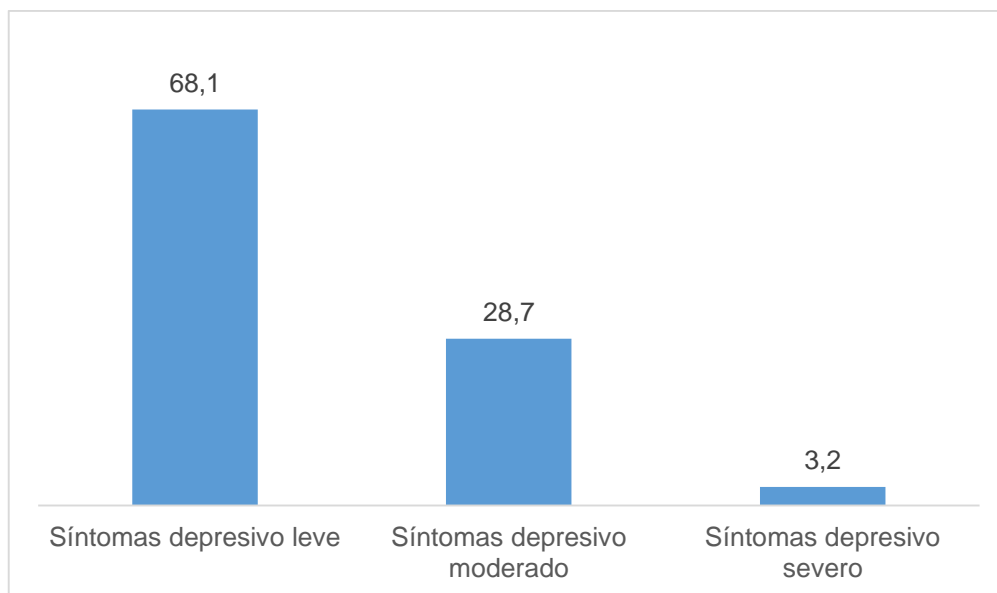


Figura 5. Depresión. Fuente: Tabla 8

5.3. PRUEBA DE NORMALIDAD

Prueba de normalidad para las variables apoyo familiar y depresión.

Hipotesis:

H₀: Los datos totales de las variables apoyo familiar y depresión en adolescentes del nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, 2020 siguen una distribución normal

H_a: Los datos totales de las variables apoyo familiar y depresión en adolescentes del nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, 2020 no siguen una distribución normal

Nivel de significancia

Nivel de confianza: 95%

Significancia: $\alpha = 0,05$

Prueba estadística

Debido a que el tamaño de muestra es mayor a ($n=251$) Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar si la muestra proviene de una distribución normal.

Tabla 10. *Prueba de normalidad*

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Apoyo familiar	0,090	251	0,000
Depresión Infantil	0,038	251	0,200*

a. Corrección de significación de Lilliefors

Criterio de decisión

Si $p < 0,05$ se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_a)

Si $p \geq 0,05$ se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis alterna (H_a)

Decisión

Dado el resultado p -valor= Sig. ($p < 0,05$) de la variable apoyo familiar se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis alterna (H_a), dado que el p -valor (sig=0,000) es menor al valor de significancia ($\alpha=0,05$) es decir que la distribución de la variable apoyo familiar en adolescentes del nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa siguen una distribución normal.

Por otro lado el resultado p -valor= Sig. ($p > 0,05$) de la variable depresión se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis alterna (H_a), dado que el p -valor(sig=0,200) es mayor al valor de significancia ($\alpha=0,05$) es decir que la distribución de la variable depresión en adolescentes del nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, no siguen una distribución normal.

5.4. PRUEBA DE HIPÓTESIS

Hipótesis general

H_0 .

No existe relación significativa entre el apoyo familiar y la depresión en adolescentes del nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, 2020.

H_1 .

Existe relación significativa entre el apoyo familiar y la depresión en adolescentes del nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, 2020.

Tabla 11. Tabla cruzada apoyo familiar * depresión

		Apoyo familiar										Total	
		Muy bajo		Bajo		Regular		Alto		Muy alto		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Depresión	Leve	0	0,0	0	0,0	37	14,7	93	37,1	41	16,3	171	68,1
	Moderado	2	0,8	32	12,7	38	15,2	0	0,0	0	0,0	72	28,7
	Severo	8	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	3,2
Total		10	4,0	32	12,7	75	29,9	93	37,1	41	16,3	251	100%

Tabla 12. Correlaciones: apoyo familiar y depresión

		Apoyo Familiar		Depresión	
Rho de Spearman	Apoyo Familiar	Coeficiente de correlación	1,000		-,799**
		Sig. (bilateral)	.		,000
		N	251		251
	Depresión	Coeficiente de correlación	-,799**		1,000
		Sig. (bilateral)	,000		.
		N	251		251

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

Interpretación:

Como se aprecia en el cuadro el valor resultante del coeficiente de correlación de Spearman es de -0,799 entre apoyo familiar y depresión. Por lo tanto, se indica que existe correlación significativa alta entre apoyo familiar y la depresión en adolescentes del nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa.

Hipótesis específica 1

El nivel de apoyo familiar en adolescentes del nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa es bajo.

Contrastación de hipótesis específica con chi cuadrado

$$X^2 = \sum_{j=1}^K \frac{(o_j - e_j)^2}{e_j}$$

Apoyo Familiar

	N observado	N esperada	Residuo
Muy bajo	10	50,2	-40,2
Bajo	32	50,2	-18,2
Regular	75	50,2	24,8
Alto	93	50,2	42,8
Muy alto	41	50,2	-9,2
Total	251		

Formulación de hipótesis

H₀

El nivel de apoyo familiar en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa es bajo.

H₁

El nivel de apoyo familiar en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa no es bajo.

Nivel de significancia

$$\alpha = 0,05$$

Procedimiento

Ahora se calcula el valor para obtener el chi cuadrado

Cuadro resultante chi cuadrado x²

Estadísticos de prueba

	Apoyo Familiar
Chi-cuadrado	89,219 ^a
gl	4
Sig. asintótica	0,000

a. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 50,2.

Regla de decisión

$$p(\text{sig} = 0,000) \geq \alpha = 0,05) \rightarrow \text{No se rechaza } H_0$$

$$p(\text{sig} = 0,000) < \alpha = 0,05) \rightarrow \text{se rechaza } H_0$$

Por lo tanto:

Se concluye que dado el valor de p (sig. asintótica) calculado es menor al valor $\alpha = 0,05$, entonces se rechaza la hipótesis nula (H_0), indicando que el nivel de apoyo familiar en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa no es bajo.

Hipótesis específica 2

El nivel de depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa es alto.

Contrastación de hipótesis específica con chi cuadrado

$$X^2 = \sum_{j=1}^K \frac{(o_j - e_j)^2}{e_j}$$

Depresión

	N observado	N esperada	Residuo
Síntoma depresivo leve (bajo)	171	83,7	-75,7
Síntoma depresivo moderado (medio)	72	83,7	-11,7
Síntoma depresivo severo (alto)	8	83,7	87,3
Total	251		

Formulación de hipótesis

H₀: El nivel de depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa es alto.

H₁: El nivel de depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa no es alto.

Nivel de significancia

$$\alpha = 0,05$$

Procedimiento

Ahora se calcula el valor para obtener el chi cuadrado

Cuadro resultante chi cuadrado χ^2

Estadísticos de prueba

	Depresión
Chi-cuadrado	161,219 ^a
gl	2
Sig. asintótica	0,000

a. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 83,7.

Regla de decisión

$$p(\text{sig} = 0,000) \geq \alpha = 0,05) \rightarrow \text{No_se_rechaza_}H_0$$

$$p(\text{sig} = 0,000) < \alpha = 0,05) \rightarrow \text{se_rechaza_}H_0$$

Por lo tanto:

Se concluye que dado el valor de p (sig. asintótica) calculado es menor al valor $\alpha = 0,05$, entonces se rechaza la hipótesis nula (H_0), indicando que el nivel de depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa no es alto.

Hipótesis específica 3

H_0 .

No existe relación entre el apoyo afectivo consistente y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa.

H_1 .

Existe relación entre el apoyo afectivo consistente y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa.

Tabla 13: *Tabla cruzada apoyo afectivo consistente*depresión*

		Apoyo afectivo consistente										Total	
		Muy bajo		Bajo		Regular		Alto		Muy alto			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Depresión	Leve	4	1,6	4	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	3,2
	Moderado	4	1,6	25	10	33	13,1	7	2,8	3	1,2	72	28,7
	Severo	0	0,0	5	2,0	20	8	28	11,2	118	47,0	171	68,1
Total		8	3,2	34	13,5	53	21,1	35	13,9	121	48,2	251	100%

Tabla 14. *Correlaciones: apoyo afectivo consistente *depresión*

		Apoyo afectivo consistente	Depresión Infantil
Rho de Spearman	Apoyo afectivo consistente	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	251
	Depresión	Coeficiente de correlación	-0,669**
		Sig. (bilateral)	0,000
		N	251

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

Interpretación:

Como se aprecia en el cuadro el valor resultante del coeficiente de correlación de Spearman es de -0,669 entre la sub variable Apoyo afectivo consistente y la variable Depresión. Por lo tanto, se indica que existe correlación significativa alta entre sub variable Apoyo afectivo consistente y la variable Depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa.

Hipótesis específica 4

H₀.

No existe relación entre la adaptación familiar y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa.

H₁.

Existe relación entre la adaptación familiar y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa.

Tabla 15. Tabla cruzada adaptación familiar*depresión

		Adaptación familiar										Total	
		Muy bajo		Bajo		Regular		Alto		Muy alto		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Depresión	Leve	6	2,4	2	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	3,2
	Moderado	2	0,8	20	8,0	42	16,7	8	3,2	0	0,0	72	28,7
	Severo	0	0,0	2	0,8	31	12,4	98	39,0	40	15,9	171	68,1
Total		8	3,2	24	9,6	73	29,1	106	42,2	40	15,9	251	100%

Tabla 16. Correlaciones: adaptación familiar *depresión

		Depresión Infantil		Adaptación familiar	
Rho de Spearman	Depresión	Coeficiente de correlación	1,000	-0,739**	
		Sig. (bilateral)	.	0,000	
		N	251	251	
	Adaptación familiar	Coeficiente de correlación	-0,739**	1,000	
		Sig. (bilateral)	0,000	.	
		N	251	251	

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

Interpretación:

Como se aprecia en el cuadro el valor resultante del coeficiente de correlación de Spearman es de -0,739 entre la sub variable adaptación familiar y la variable Depresión. Por lo tanto, se indica que existe correlación significativa alta entre sub variable adaptación familiar y la variable Depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa.

Hipótesis específica 5

H₀.

No existe relación entre la autonomía familiar y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa.

H₁.

Existe relación entre la autonomía familiar y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa.

Tabla 17. *Tabla cruzada autonomía familiar*depresión*

	Autonomía familiar										Total		
	Muy bajo		Bajo		Regular		Alto		Muy alto		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Depresión	Leve	8	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	3,2
	Moderado	6	2,4	39	15,5	24	9,6	3	1,2	0	0,0	72	28,7
	Severo	0	0,0	3	1,2	54	21,5	71	28,3	43	17,1	171	68,1
Total		14	5,6	42	16,7	78	31,1	74	29,5	43	17,1	251	100

Tabla 18. *Correlaciones: autonomía familiar * depresión*

		Depresión	Autonomía familiar
Rho de Spearman	Depresión	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	-0,743**
		N	.
Autonomía familiar	Depresión	Coeficiente de correlación	0,000
		Sig. (bilateral)	-0,743**
		N	251
	Autonomía familiar	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	0,000
		N	.
			251

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

Interpretación:

Como se aprecia en el cuadro el valor resultante del coeficiente de correlación de Spearman es de -0,743 entre la sub variable autonomía familiar y la variable Depresión. Por lo tanto, se indica que existe correlación significativa alta entre sub variable autonomía familiar y la variable Depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el apoyo familiar y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa. Dicho objetivo general se cumplió gracias a la aplicación de la Escala de Valoración del Grado de Apoyo Familiar y el Inventario CDI (Children's Depression Inventory). Ambos instrumentos mostraron buenos coeficientes de confiabilidad mediante el procedimiento Alpha de Cronbach.

El estudio realizado determinó la existencia de relación inversa estadísticamente significativa, en grado alto entre las variables apoyo familiar y depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, habiendo obtenido un p valor de 0,000 y un coeficiente Rho de Spearman igual a -0,799, siendo negativa alta.

En lo que respecta a la variable depresión, se halló que el 3,2 % se ubicó en el nivel síntomas depresivo severo, el 28,7 % en el nivel síntomas depresivo moderado y el 68,1% en el nivel síntomas depresivo leve. Contrariamente a estos resultados, Calero, Palomino y Moro (16) hallaron en un estudio realizado en la ciudad de Huánuco que el 16,4 % de su muestra presentó sintomatología depresiva en nivel grave o severo. Por su parte, en Moquegua, Mamani (8) halló que el 26,4 % de su muestra se ubicó en un nivel alto o severo. Estos últimos porcentajes son superados en el estudio de Castillo (17), quien en Lima halló que el 79,4 % de su muestra presentó sintomatología depresiva en grado moderado.

Por otro lado, existen 4 estudios que reportan resultados aproximados al presente. El primer estudio es el de Valencia - quien en Colombia halló que el 2,2 % de su muestra se ubicó en el nivel de depresión severa el mayor porcentaje

de los encuestados evidenciaron síntomas de depresión leve y moderada y solamente el 14,2 % de los encuestados no presentaron síntomas relacionados con depresión, el segundo pertenece a Alvarado (20), quien en Ecuador halló que se encontró que el 64 % (n=115) niño/as presentaron ausencia o leve sintomatología depresiva, 28 % (n=50) niño/as presentaron sintomatología depresiva moderada y 8% (n=15) niño/as presentaron sintomatología depresiva, el tercer estudio corresponde a Anicama y Torrejón (22) quienes hallaron que en general en relación a la variable depresión se evidenció que en 49,3 % (57/148) de los adolescentes la depresión está ausente, por otro lado, el 32,4 % (48/148) presenta un nivel de depresión leve, así mismo un 12,2% (18/148) presenta depresión moderada, mientras que un 6,1 % (9/148) presenta depresión grave 6,1 % y el cuarto estudio pertenece a Platero, quien en Tacna, halló que existe disfunción familiar leve, asimismo existe un nivel mínimo o moderado de depresión en los alumnos.

Los resultados hallados en la presente investigación podrían entenderse como la expresión a buena gestión por parte de las instituciones educativas para prevenir la aparición de desórdenes emocionales o de sintomatología depresiva en los estudiantes adolescentes y también como parte de la gestión de los propios docentes. Sin embargo, no hay que dejar de lado, que los padres de familia también han contribuido a que se obtengan estos resultados pues son los padres de familia quienes brindan los apoyos familiares (apoyo familiar consistente, adaptación familiar, autonomía familiar) y de todo tipo de sus hijos e hijas para que enfrenten los retos educativos, sociales y emocionales que en esta etapa evolutiva son difíciles.

Es necesario también señalar que los desórdenes emocionales en esta etapa del desarrollo (adolescencia) son variables, pues existen factores que pueden incidir negativamente en las emociones de este grupo etáreo. Por ejemplo, se ha observado que en los meses de diciembre aumentarían algunos desajustes emocionales, entre los cuales se encuentra la depresión y ello está en relación con los resultados del rendimiento escolar. Muchos alumnos tienen bajo rendimiento escolar y temen las reacciones de sus padres, y ello les genera

ansiedad y eventualmente síntomas depresivos. Asimismo, otras experiencias vitales, como las dificultades interpersonales, el enamoramiento, los conflictos entre pares, las relaciones con sus docentes, entre otros problemas, podrían influir en la aparición de desajustes emocionales entre los adolescentes. Entre los desajustes o desórdenes emocionales más comunes están la ansiedad y la depresión.

Las diferencias de prevalencia de depresión en adolescentes que se ha reportado en algunas regiones del país, obedecerían a distintos factores. Podrían ser factores familiares, educativos, sociales, económicos, entre otros. Cada región, provincia o distrito del país tienen dinámicas sociales y económicas diferentes. Las razones de dichas diferencias no están claras, y solo se podrían formular algunas hipótesis. En el caso que de la presente investigación, la variable apoyo familiar podría ser el factor que incide en la aparición de diferencias muy marcadas en la prevalencia de depresión y otros desordenes emocionales en el Perú. En ese sentido, es muy probable que, debido a factores socioculturales, en algunas regiones, los padres de familia tengan la creencia de que sus hijos deben ser autónomos, capaces de enfrentar solos sus problemas y de este modo, reducen sus apoyos a sus menores hijos e hijas. Por el contrario, podría ser que, en otras regiones o lugares del país, los padres de familia tengan opiniones diferentes respecto de la capacidad de afrontamiento de sus menores hijos.

En el caso de Tacna (Distrito Gregorio Albarracín), es muy probable que la mayoría de los padres de familia de los adolescentes participantes en la presente investigación, sean padres controladores, consentidores, sobreprotectores, que toman iniciativas para apoyar a sus hijos, que les preocupa su bienestar y desarrollo, entre otros factores. Asimismo, es muy probable que la propia institución educativa, a través de sus docentes, estimulen la iniciativa en los padres de familia que favorezcan un permanente apoyo a sus hijos. En efecto, se ha observado que existen colegios donde, gracias a una buena integración colegio-PPFF, han logrado transmitir mensajes claros a los

padres de familia, en el sentido de que el desarrollo de sus hijos e hijas depende de la participación y apoyo decidido de los padres de familias.

CONCLUSIONES

1. Existe la relación inversa y significativa entre el apoyo familiar y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, pues se halló un Rho igual a $-0,799$ y una sig. bilateral igual a $0,000$.
2. El nivel de apoyo familiar en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa es como sigue: nivel muy bajo (4%), nivel bajo (12,7%), nivel regular (29,9%), nivel alto (37,1%) y nivel muy alto (16,3%).
3. El nivel de depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa es como sigue: síntomas depresivo leve (68,1%), síntomas depresivo moderado (28,7%) y síntomas depresivo severo (3,2%)
4. Existe la relación inversa significativa entre el apoyo familiar consistente y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, pues se halló un Rho igual a $-0,669$ y una sig. bilateral igual a $0,000$.
4. Existe la relación inversa significativa entre la adaptación familiar y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, pues se halló un Rho igual a $-0,739$ y una sig. bilateral igual a $0,000$.

5. Existe la relación inversa significativa entre la autonomía familiar y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, pues se halló un Rho igual a -0,743 y una sig. bilateral igual a 0,000.

RECOMENDACIONES

1. Las autoridades de las instituciones educativas de nivel secundaria participantes en el presente estudio deberían realizar evaluaciones periódicas para identificar indicadores de depresión entre sus alumnos. Asimismo, deberían indagar acerca de determinadas características de las familias a las que pertenecen los adolescentes. Indagando, por ejemplo, la existencia de afecto, apoyo, maltrato, pautas de crianza, sobreprotección, negligencia, entre otros rasgos que distinguen a algunas familias. De ese modo, se podría prevenir que los alumnos adolescentes desarrollen desórdenes de comportamiento disruptivos o síndromes clínicos debido a la gravedad de sus situaciones familiares.
2. Debe reforzarse las capacidades de los tutores de aula para que sean ellos los primeros en identificar las señales iniciales de un síndrome depresivo. Los tutores y docentes deben ser capacitados por profesionales de psicología acerca de las manifestaciones tempranas de la depresión.
3. El departamento de psicología escolar debería estar preparado para prevenir, identificar y brindar terapia de soporte emocional a aquellos alumnos adolescentes que presenten indicadores de depresión. Tanto la asociación de padres de familia (APAFAS) como los directivos del colegio deben asegurarse de contar al inicio del año escolar de un profesional de psicología que realice actividades preventivas-promocionales de salud mental a favor de las alumnas de nivel primaria.
4. Al demostrarse que el apoyo afectivo consistente es un factor relacionado indirectamente a la depresión, la institución educativa, a través de sus docentes debería promover el desarrollo de apoyo afectivo entre los propios alumnos y también mediante de charlas dirigidas a los padres de familia debería incentivar que los alumnos reciban apoyo afectivo en sus hogares.

5. Los docentes de la institución educativa deben reconocer que la adaptación familiar es un factor importante y que juega un rol fundamental en la prevención de la depresión, por lo tanto, debería promoverse que los docentes incentiven en los padres de familia la capacidad de adaptarse a las nuevas circunstancias sociales, sanitarias, económicas y políticas.

6. La autonomía familiar es sumamente importante en la prevención de la depresión. En ese sentido, se propone que los docentes de las instituciones educativas ofrezcan orientación a los padres de familia para que incentiven en sus hijos e hijas la capacidad de desarrollar pensamientos y conductas autónomas (siempre bajo parámetros del respeto a los valores y a las normas familiares). De esta manera, y mediante el desarrollo de la capacidad de autonomía, los adolescentes tendrían mejores posibilidades de enfrentarse a situaciones difíciles y potencialmente depresivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. *Depresión: Datos y cifras*. 2021. Recuperado a partir de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Instituto Nacional de Salud Mental HD-HN. Estudio epidemiológico de salud mental de niños y adolescentes en Lima Metropolitana y Callao, 2007. *Anales de Salud Mental. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi*. Suplemento 1. Volumen XXVIII. Año 2012. ISSN-1023-389X. Recuperado a partir de: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2007-ASM-EESM-NYA.pdf>
3. Navarro, J., Moscoso, M. y Calderón, G. La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Revista liber*. vol.23, no.1 Lima, ene./jun. 2017. Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272017000100005
4. Chunga, N. y Pomacino, D. *Resiliencia y depresión en adolescentes de 3ero a 5to grado de nivel secundario de la institución educativa Julio C. Tello, Ate Vitarte – 2018*. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2019. Recuperado a partir de: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/handle/123456789/2750>
5. Sánchez, F. y Sánchez, G. *Depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas secundaria de menores. San Juan Bautista* [Tesis de pregrado]. Iquitos: Universidad Científica del Sur; 2017. Recuperado a partir de: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/275>

6. Monasterio, A. *Depresión en adolescentes de una institución educativa pública de lima metropolitana*. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad San Ignacio de Loyola; 2019. Recuperado a partir de: <https://repositorio.usil.edu.pe/items/e1f89f66-c63a-41ae-a24c-0aff9a1d517f>
7. Rivera, C., Arias-Gallegos, B y Cahuana-Cuentas, M. Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. vol.56 n°.2 Santiago jun. 2018. Recuperado a partir de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272018000200117&script=sci_arttext&tlng=e
8. Mamani, M. *Factores asociados a la depresión en los estudiantes de 1º, 2º y 3º de la institución educativa Señor de los Milagros del C. P. Chen Chen -Moquegua. año 2016* [Tesis de pregrado]. Tacna: Universidad Alas Peruanas; 2018.
9. Diario La República (01 de agosto de 2019). *Incrementa frecuencia de niños con problemas mentales en Tacna*. Recuperado a partir de: <https://larepublica.pe/sociedad/2019/08/02/incrementa-frecuencia-de-ninos-con-problemas-mentales-en-tacna/>
10. Quispe, N. *Relación entre el bullying y la depresión en los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle, Tacna*. [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman. Tacna, Perú. 2017. Recuperado a partir de: <http://tesis.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3120>
11. Marca, E. *Estilos de crianza y depresión en estudiantes de dos instituciones educativas de Tacna, 2019*. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2021. Recuperado a partir de: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/3262>

12. Toribio, C. *Agresividad y depresión en adolescentes del distrito de Trujillo* [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad César Vallejo; 2019. Recuperado a partir de:
<http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/36091>.
13. Granados, S. *Niveles de depresión en adolescentes con anorexia y bulimia de la clínica gaba - Perú, 2017* [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Inca Gracilazo de la Vega; 2018. Recuperado a partir de:
<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2056>
14. Ávila, T. *Depresión en estudiantes del nivel secundario de instituciones educativas públicas del distrito de Santa*, 2019. [Tesis de maestría]. Lima: Universidad César Vallejo; 2019. Recuperado a partir de:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/43337/Avila_GTM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Reymundo, A. *Sintomatología depresiva en adolescentes de instituciones educativas secundarias de costa, sierra y selva del Perú, 2019*. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Peruana Los Andes; 2019. Recuperado a partir de: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1625>
16. Calero, C., Palomino, K. y Moro, L. *Depresión en adolescentes asociados a migración familiar, familia disfuncional y bullying en Huánuco, 2018. Artículo Revista Peruana de Investigación en Salud. Vol. 3. Núm. 4 (2019)*. Recuperado a partir de:
<http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/500>
17. Castillo, S. *Presencia de síntomas depresivos en adolescentes del colegio "Rosenthal de la Puente" de Magdalena del Mar en el año 2016* [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. Recuperado a partir de:
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5182/Castillo_rs.pdf?sequence=3

18. Buitrago, J., Pulido, L. y Guicha, Á. Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de Boyacá. *Psicogente*, 20 (38): pp. 296-307. Julio-Diciembre, 2017. Universidad Simón Bolívar. Barranquilla, Colombia. Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-01372017000200296&script=sci_abstract&tIng=es
19. Valencia, G. Riesgo de depresión en estudiantes del programa de enfermería de la universidad libre de Pereira. *Revista cultura del cuidado*. Vol. 7 número 2. 2010. Recuperado a partir de: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/3783>
20. Alvarado, Y. *Nivel de depresión y sus factores de riesgo, enestudiantes de 8 a 10 años de la escuela de educación básica "ciudad de Loja", periodo enero- agosto del 2017*. [Tesis de pregrado]. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2017. Recuperado a partir de: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19558/1/TESIS%20DEPRESI%C3%93N%20INFANTIL%20ESCUELA%20CIUDAD%20DE%20LOJA.pdf>
21. Orgilés, M., Samper, M., Fernández, I. y Espada. Depresión en preadolescentes españoles: Diferencias en función de variables familiares. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* Vol. 4. Nº. 2 - Mayo 2017 - pp 129-134. Recuperado a partir de: <https://www.revistapcna.com/sites/default/files/17-06.pdf>
22. Anicama, E. y Torrejón, J. *Depresión frente a la pandemia en adolescentes de una institución educativa de Tacna*. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Autónoma de Ica, 2020. Recuperado a partir de: <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/handle/autonmadeica/807>

23. Platero, F. *Apoyo familiar y depresión infantil en alumnas de una institución educativa femenina de Tacna*. [Tesis de pregrado]. Tacna: Universidad Alas Peruanas; 2020.
24. Organización Mundial de salud – OMS. Salud mental. *Definición de depresión*. Sitio web: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
25. Alberdi, J., Taboada, O., Castro C. y Vázquez. C.. Medicos especialistas en psiquiatria. servicio de psiquiatria. Complejo Hospitalario Juan Canalejo SERGAS-A Coruña- España. 2018. Recuperado a partir de: <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
26. Ramírez, R. *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca*. [Tesis de pregrado]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. 2009.
27. Valle, H. *Depresion en internas del pabellon A,B y C del penal de mujeres de Chorrillos - 2017*. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Inca Garcilazo de la Vega; 2018. Recuperado a partir de: <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2360/TRAB.SUF.PROF.Heraida%20Valle%20Beizaga.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
28. Auqui, J. (2019). *Sintomatología depresiva en estudiantes 4° de secundaria de una institución educativa privada de Lima Norte* (Tesis de licenciatura). Repositorio de la Universidad Privada del Norte. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/11537/22042>
29. Turpo, C. y Huarachi, J. *Depresión e ideación suicida en internos por el delito de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca. 2017*. [Tesis de pregrado]. Juliaca: Universidad Peruana Unión; 2018. Recuperado a partir de: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/688>

30. Asociación Psiquiátrica Americana. APA. *Manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*. Quinta edición. 2016.
31. Organización Mundial de la Salud- OMS. CIE-11 para estadística de mortalidad y morbilidad. Recuperado a partir de: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
32. Alvarado, Y. y Sánchez, R. *Apoyo familiar y calidad de vida del adulto mayor Víctor Larco Herrera*. 2019. [Tesis de pregrado]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2021. Recuperado a partir de: <https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/15940>
33. Lastre, K., López, L. y Alcázar, C. Relación entre apoyo familiar y el rendimiento académico en estudiantes colombianos de educación primaria. *Psicogente*, 21 (39): pp. 102-115, enero-junio, 2018. Colombia. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v21n39/0124-0137-psico-21-39-00102.pdf>
34. Pogo, D. (2016). *Prevalencia y factores de riesgo familiares asociados a la depresión infantil en escolares de 9 a 12 años en la Escuela de Educación Básica Alonso de Mercadillo durante el periodo 2015*. [Tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2016. Recuperado a partir de: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/17148/1/Daniela%20Isabel%20Pogo%20Armijos.pdf>
35. Zambrano, T. Relación que existe entre la cohesión y la adaptabilidad familiar con el rendimiento académico en el área de comunicación. [Tesis de maestría]. Lima: Universidad San Ignacio de Loyola; 2011. Recuperado a partir de: <https://repositorio.usil.edu.pe/server/api/core/bitstreams/924a2c4b-ffc7-4200-8d5e-234b5d69d16b/content>

36. Riveros, E. La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu*. Vol.12 n°.2. La Paz, agosto, 2014. Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612014000200001&script=sci_abstract
37. Leyva, E. Percepción del apoyo familiar en los pacientes del Centro de Salud “La Tulpuna” en la provincia de Cajamarca, periodo 2019. [Tesis de pregrado].. Lima: Universidad Inca Garcilazo de la Vega; 2019. Recuperado a partir de:
38. Arévalo, E. *Inventario de depresión infantil (CDI): Adaptación y estandarización del CDI, para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura*. 2008. Recuperado a partir de: <https://es.scribd.com/doc/50593062/Manual-Del-Cdi>

ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de consistencia

“Apoyo familiar y depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, 2020”

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables, dimensiones e instrumentos	Población y muestra
Problema principal	Objetivo general	Hipótesis principal	V1: Apoyo familiar	
¿Cuál es la relación entre el apoyo familiar y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa?	Determinar la relación entre el apoyo familiar y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa.	Existe relación significativa entre el apoyo familiar y la depresión en los adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa	<p>Autora:: Elvia Leyva (2018) Procedencia: Perú Número de dimensiones: 03 Numero de ítems: 22 Dimensiones 1. Apoyo afectivo consistente 2. Adaptación familiar 3. Autonomía familiar Valoración de opciones de respuestas: Sí = 3 puntos En parte = 2 puntos No = 1 punto</p> <p>Descripción del cuestionario:</p>	<p>Estará constituida por 715 alumnos de 3°, 4° y 5° grado de secundaria matriculados en el año escolar 2021, y que cursan estudios en las Instituciones Educativas de nivel secundario del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa.</p> <p>La muestra estuvo constituida por 251 alumnos</p> <p>El tipo de muestra que se utilizó en el presente trabajo de investigación corresponde a una</p>

			El instrumento está constituido por 22 ítems que son de tipo cerrado de opción múltiple. Evalúa el nivel de apoyo familiar, a través de la evaluación de tres dimensiones: Afectivo consistente, adaptación familiar y autonomía familiar.	muestra probabilística estratificada
Problema secundarios	Objetivo secundarios	Hipótesis secundarias	V2: Depresión infantil	Diseño metodológico
¿Cuál es el nivel de apoyo familiar en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa? ¿Cuál es el nivel de depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio	Establecer el nivel de apoyo familiar en los adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa Determinar el nivel de depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio	El nivel de apoyo familiar en los adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa es bajo. El nivel de depresión de los adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio	Instrumento: Inventario CDI (Children's Depression Inventory) Objetivo: Evaluar la sintomatología depresiva Número de ítems: 27 Autor: María Kovacs Año: 1977 Adaptación y estandarización: Edmundo Arévalo (2008) Administración Individual y colectiva Áreas que mide: El inventario de depresión	Se aplicó un diseño descriptivo, correlacional y transversal. Se denomina diseño descriptivo, a aquel procedimiento metodológico que consiste en hacer descripciones de aquellas características de ambas variables de investigación. Por su parte, se llama diseño correlacional, a aquel diseño que asume como objetivo determinar el nivel de

<p>Albarracín Lanchipa?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el apoyo afectivo consistente y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la adaptación familiar y la depresión en los adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa?</p>	<p>Albarracín Lanchipa.</p> <p>Establecer la relación entre el apoyo afectivo consistente y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa.</p> <p>Determinar la relación entre la adaptación familiar y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa</p> <p>Establecer la relación entre</p>	<p>Albarracín Lanchipa es alto.</p> <p>Existe relación entre el apoyo afectivo consistente y la depresión en los adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa.</p> <p>Existe relación entre la adaptación familiar y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa.</p>	<p>permite examinar dos dimensiones teóricas presentadas dentro de los síntomas de depresión que son: Estado de ánimo disfórico e ideas de auto desprecio.</p>	<p>correlación entre las variables.</p> <p>Finalmente, se denomina diseño transversal, a aquel diseño donde se recogen datos en un solo instante (y no a lo largo de tiempo), en un tiempo único.</p>
--	---	--	--	---

<p>¿Cuál es la relación entre la autonomía familiar y la depresión en los adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa?</p>	<p>la autonomía familiar y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa.</p>	<p>Existe relación entre la autonomía familiar y la depresión en adolescentes de nivel secundario de las instituciones educativas del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa.</p>		
--	---	---	--	--

ANEXO 2: Cuestionario de depresión

Colegio: _____ **Año y sección:** ____ **Edad:** _____

Género: M () F ()

Instrucciones:

Los (as) chicos (as) como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas. De cada grupo, señala una frase que sea LA QUE MEJOR DESCRIBA cómo te has sentido durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS. Una vez que termines con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Únicamente señala la frase que describa mejor CÓMO TE HAS SENTIDO últimamente. Pon una equis (x) sobre la línea que hay junto a tu respuesta.

“Hagamos un ejemplo, pon una equis junto a la frase que MEJOR te describa”:

Ejemplo:

Siempre leo libro_____

Algunas veces leo libros_____

Nunca leo libros_____

Normas de calificación: A puntúa como 0, B puntúa 1 y C puntúa como 2

N°	Ítems	N°	Ítems
1	a. Rara veces me siento triste b. Muchas veces me siento triste c. Me siento triste todo el tiempo	2	a. Las cosas me van a salir bien b. No estoy seguro si las cosas me van a salir bien c. Nada me va a salir bien
3	a. Hago la mayoría de las cosas bien b. Hago muchas cosas mal	4	a. Muchas cosas me divierten b. Algunas cosas me divierten. c. Nada me divierte

	c. Todo lo hago mal		
5	a. Rara veces soy malo/a b. Soy malo/a muchas veces c. Soy malo/a todo el tiempo	6	a. Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas b. Me preocupa que puedan pasarme cosas malas c. Estoy seguro que me pasarán cosas malas
7	a. Me gusto a mí mismo/a b. No me gusto a mí mismo/a c. Me odio a mí mismo/a	8	a. Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas b. Tengo la culpa de muchas cosas malas c. Tengo la culpa de todas las cosas malas
9	a. Nunca he pensado en matarme b. A veces pienso en matarme pero no lo haría c. Quiero matarme	10	a. Rara vez tengo ganas de llorar b. Muchos días me dan ganas de llorar c. Siento ganas de llorar todos los días
11	a. Rara vez me molesta algo b. Las cosas me molestan muchas veces c. Las cosas me molestan todo el tiempo	12	a. Me gusta estar con la gente. b. Muchas veces no me gusta estar con la gente. c. Nunca me gusta estar con la gente.
13	a. Me decido fácilmente por algo cuando quiero b. Es difícil para mí decidirme por algo c. No puedo decidirme por algo	14	a. Me veo bien b. Hay algunas cosas malas en mi apariencia c. Me veo horrible
15	a. Hacer las tareas del colegio no es problema	16	a. Duermo muy bien b. Varias noches tengo problemas para dormir

	<p>b. Muchas veces me cuesta esfuerzo hacer las tareas del colegio</p> <p>c. Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer tareas del colegio</p>		<p>c. Todas las noches tengo problemas para dormir</p>
17	<p>a. Rara vez me siento cansado/a</p> <p>b. Muchos días me siento cansado/a</p> <p>c. Todo el tiempo me siento cansado/a</p>	18	<p>a. Como muy bien</p> <p>b. Varios días no tengo ganas de comer</p> <p>c. La mayoría de los días no tengo ganas de comer</p>
19	<p>a. No me preocupa el dolor ni la enfermedad.</p> <p>b. Varias veces me preocupa el dolor y la enfermedad.</p> <p>c. Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.</p>	20	<p>a. No me siento solo/a</p> <p>b. Muchas veces me siento solo/a</p> <p>c. Todo el tiempo me siento solo/a</p>
21	<p>a. Me divierto en el colegio muchas veces</p> <p>b. Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.</p> <p>c. Nunca me divierto en el colegio</p>	22	<p>a. Tengo mucho/as amigo/as</p> <p>b. Tengo algunas amigo/as, pero me gustaría tener más.</p> <p>c. No tengo amigo/as</p>
23	<p>a. Mi rendimiento en el colegio es bueno</p> <p>b. Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes</p> <p>c. Mi rendimiento en el colegio es malo</p>	24	<p>a. Soy tan bueno/a como otro/as alumno/as</p> <p>b. Puedo ser tan bueno/a como otro/as alumno/as, si yo quisiera</p> <p>c. Nunca podré ser tan bueno/a como otro/as alumnos/as</p>

25	a. Estoy seguro/a que hay personas que me quieren b. No estoy seguro/a si alguien me quiere c. Nadie me quiere realmente	26	a. Generalmente hago caso a lo que me dicen b. Muchas veces no hago caso a lo que me dicen c. Nunca hago caso a lo que me dicen
27	a. Me llevo bien con la gente. b. Me peleo muchas veces. c. Me peleo siempre.		

Gracias

ANEXO 3: Cuestionario de apoyo familiar

A continuación, se presenta un listado de enunciados, con su respectiva escala de respuestas, marcar sólo una alternativa.

Dimension: afectivo consistente		No	En parte	Sí
1	¿Te sientes respetado y valorado por tu familia actualmente?			
2	¿El trato familiar que recibes es respetuoso?			
3	¿Sientes que tu familia te apoya actualmente?			
4	¿El apoyo familiar recibido te ha permitido continuar con tus estudios?			
5	¿Tu familia te ha brindado hasta la actualidad el apoyo moral y material necesario?			
6	¿Te sientes comprendido por tus familiares actualmente?			
7	¿Encuentras comprensión y afecto en tu familia?			
Dimension: adaptacion familiar				
8	¿Tu familia ha aceptado y asimilado adecuadamente tu situación educativa?			
9	¿Tus familiares te reclaman, ofenden o critican actualmente?			
10	¿Sientes que tus familiares mejoraron el trato hacia ti últimamente?			
11	¿Consideras que tu familia te cuida y atiende en la actualidad?			

12	¿Sientes que las actividades familiares y las actividades que cada miembro de tu familia realiza han cambiado últimamente?			
13	En tu casa, te encarga de alguna responsabilidad actualmente?			
14	¿Crees que tu familia te permite desenvolverte con autonomía y no limita tus actividades?			
15	¿Tu familia te hace participar de reuniones sociales, fiestas y compromisos?			
Autonomía familiar				
16	¿Sientes que tus familiares confían en que puedes cuidarte solo/a actualmente?			
17	¿Sientes que tienes confianza con tus familiares para contarle tus preocupaciones, dudas, problemas y temores?			
18	Sientes la seguridad que tu familia siempre estará pendiente de ti y no te abandonará.			
19	Sientes que tus familiares te permiten tener las mismas libertades que tenías antes?			
20	Tu familia te permite decidir libremente tus acciones y no se entromete decidiendo por ti			
21	Tu familia respeta la privacidad de sus actividades sociales como comunicarte con otras personas mediante teléfono, cartas, o redes sociales			
22	Tu familia respeta tu silencio y decisión de no comentar tus problemas. .			

Gracias por tu colaboración

