

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

Tema:

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN
ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA CIUDAD DE AMBATO**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de
Licenciada en Psicología Clínica**

Línea de investigación:

SALUD INTEGRAL, DETERMINACIÓN SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

Autora:

Amy Camila Cordovilla Sanchez

Directora:

Mg. Narciza de Jesús Villegas Villacrés

Ambato – Ecuador

Marzo 2026

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **AMY CAMILA CORDOVILLA SANCHEZ**, con cédula de ciudadanía **1804562716**, autora del trabajo de graduación titulado: "FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA CIUDAD DE AMBATO", previo la obtención del título de **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**, en la escuela de **SALUD Y BIENESTAR**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, marzo 2026



Amy Camila Cordovilla Sanchez

CC. 1804562716

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Tema:

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN
ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA CIUDAD DE AMBATO**

Línea de investigación:

SALUD INTEGRAL, DETERMINACIÓN SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

Autora:

Amy Camila Cordovilla Sanchez

Narciza de Jesús Villegas Villacrés, Psic. Mg
CC 1803576840

f. 

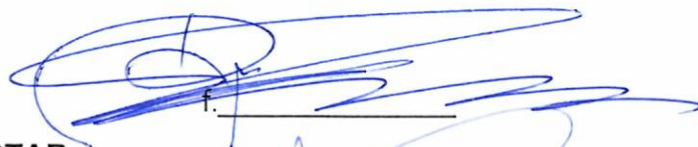
CALIFICADOR

Iveth Alejandra Morales Buitrón, Psic Cl. Mg.

f. 

CALIFICADOR

Freddy Patricio Mayorga Valle, Dr. Esp.

f. 

DIRECTOR ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

Diego Gonzalo Coca Chanalata, Dr. Mg.

f. 

PROSECRETARIO PUCE AMBATO

 **PUCE** | AMBATO
PROSECRETARIA

Ambato – Ecuador

Marzo 2026

DEDICATORIA

A mi padre Dr. Luis Cordovilla por apoyarme en mis sueños y mis metas, enseñarme a luchar y ser independiente, prepararme para la vida, simplemente gracias.

Standing in the Hall of Fame.....

“Brilla, sueña y sonríe” – MIKROKOSMOS

AGRADECIMIENTO

A mi familia, especialmente a mi padre Dr. Luis Cordovilla, lo logramos papá. A mi mamá que me ayudo en mi carrera económicamente, a mi tía Fanny y tío Juan por ayudarme con su casita y a Sarita por cuidarme y ayudarme siempre, a las girls por apoyarme y demostrarme el gran amor de amigas. A mi Tefa que me enseñó mucho, confió en mí y nunca se olvidó de mi cumpleaños. Finalmente, al autor de todas las obras y el que me guio hasta aquí Dios, y a la niña que nunca dejo de creer en ella a mí misma. Gracias Camy, lo lograste.

A la Unidad Educativa Rodríguez Albornoz por su gran apertura en mi trabajo de titulación en especial a la Sor MSc. Luz Angélica Chango y a la psicóloga Psic. Educ. María José Burbano, muchas gracias.

A mi directora de tesis la Mg. Narciza Villegas por alentarme y motivarme a no rendirme en este proceso y por tenderme una mano en mis primeros semestres, se le quiere mucho estimada profesora.

Finalmente, a todos lo que me tendieron en la mano en mi carrera universitaria, quienes me sonrieron cuando me sentía mal y me decían palabras de motivación.

RESUMEN

La presente investigación se enmarco en la relación entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes escolarizados. La familia que constituye un sistema primario de apoyo el cual juega un rol importante en el desarrollo psicoevolutivo, por lo que si este llega a una disfuncionalidad se convierte en un factor de riesgo para la salud mental.

Es por ello por lo que el objetivo de estudio fue analizar la relación entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados, el cual se realizó con un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, de tipo descriptivo – correlacional y de corte trasversal. Se contó con un total de 186 adolescentes escolarizados de 12 a 17 años.

Para la recolección de información se utilizó la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung, el inventario de Depresión de Beck (BDI- II) y el APGAR familiar, Los resultados evidenciaron la presencia de sintomatología depresiva en distintos niveles, predominando la depresión mínima y leve; no obstante, se identificaron casos de depresión moderada y severa. En cuanto a la funcionalidad normal, mientras que 67,4% de los adolescentes percibió una funcionalidad familiar normal, mientras que el 32,6% presento algún grado de disfuncionalidad. Finalmente refiere que, a menor funcionalidad familiar, mayor presencia de sintomatología depresiva.

Palabras clave: funcionalidad familiar, sintomatología depresiva. adolescentes escolarizados.

ABSTRACT

This study examined the relationship between family functioning and depressive symptoms in a sample of school-aged adolescents. The family, as a primary support system, plays a crucial role in adolescents' psycho-developmental processes; therefore, family dysfunction may constitute a significant risk factor for mental health problems.

The objective of the study was to determine the association between family functioning and depressive symptoms among school-aged adolescents. A quantitative approach was employed using a non-experimental, descriptive-correlational, cross-sectional design. The sample consisted of 186 adolescents aged between 12 and 17 years.

Data was collected using the Zung Self-Rating Depression Scale, the Beck Depression Inventory (BDI-II), and the Family APGAR. The results showed the presence of depressive symptoms at different levels, with minimal and mild depression being the most prevalent. However, cases of moderate and severe depression were also identified. Regarding family functioning, 67.4% of the adolescents perceived their families as functioning normally, while 32.6% reported some degree of family dysfunction. Finally, the study indicates that lower levels of family functioning are associated with a higher presence of depressive symptoms among adolescents.

Keywords: *family functioning, depressive symptoms, school-aged adolescents.*

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	9
1.1. Funcionalidad familiar	9
1.2. Disfuncionalidad familiar.....	12
1.3. Descomposición familiar.....	17
1.4. Sintomatología depresiva	18
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	31
2.1. Diseño de la Investigación.....	31
2.2. Población y muestra	33
2.3. Técnicas	35
2.4. Instrumentos.....	36
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN...	43
3.1. Análisis sociodemográficos	43
3.2. Análisis de variables.....	54
3.3. Análisis correlacional.....	59
CONCLUSIONES.....	62
RECOMENDACIONES	64
BIBLIOGRAFÍA	65
ANEXOS	89

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Clasificación según el DSM-5-TR y la CIE-10	23
---	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Análisis de Fiabilidad de la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung.	38
Tabla 2. Análisis de Fiabilidad del Inventario de Depresión de Beck (BDI-2).....	39
Tabla 3. Análisis de Fiabilidad Cuestionario Apgar Familiar	40
Tabla 4. Análisis descriptivo por Edad	43
Tabla 5. Análisis descriptivo género de los participantes	44
Tabla 6. Análisis descriptivo por Curso	45
Tabla 7. Análisis descriptivo de tipo de convivencia familiar	46
Tabla 8. Análisis descriptivo – número de hijos.....	47
Tabla 9. Análisis descriptivo Fratría (Posición del sistema de hermanos).....	48
Tabla 10. Análisis descriptivo– Estado Civil Parental.....	49
Tabla 11. Análisis descriptivo– Rendimiento Académico	50
Tabla 12. Análisis descriptivo– Ausencias durante el año lectivo.....	51
Tabla 13. Análisis descriptivo– Ambiente Familiar	52
Tabla 14. Análisis descriptivo– Reporte de diagnóstico de salud mental	53
Tabla 15. Análisis descriptivo de la depresión según la Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung.	54
Tabla 16. Análisis descriptivo depresión según Inventario de Depresión de Beck (BDI II).....	56
Tabla 17. Análisis descriptivo de la funcionalidad familiar – APGAR Familiar	57
Tabla 18. Análisis de la distribución de la Normalidad	58
Tabla 19. Correlaciones	59

INTRODUCCIÓN

La línea de investigación de este proyecto se enmarca en Salud Integral, Determinación Social y Desarrollo Humano. El objetivo de este proyecto es analizar la relación entre la sintomatología depresiva y la funcionalidad familiar en adolescentes escolarizados de octavo grado a segundo de bachillerato en la Unidad Educativa Rodríguez Albornoz. Para establecer este vínculo, se empleará una metodología cuantitativa, de tipo correlacional, descriptiva y transversal. El marco metodológico incluirá capítulos dedicados a los resultados, conclusiones y recomendaciones.

Se identifica en recientes estudios publicados que existe una estrecha relación, entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en adolescentes en edad escolar básica y bachillerato, al encontrarse en una etapa vulnerable los expone a ciertos riesgos psicosociales como es la presencia de síntomas depresivos por diversas causas, lo cual es importante que se explore a profundidad dicha problemática. Diversos estudios señalan esta característica previamente señalada.

La funcionalidad familiar se entiende como la capacidad de los miembros de familia para cumplir roles, mantener comunicación efectiva, resolver conflictos y brindar apoyo emocional mutuo, promoviendo el bienestar integral de cada integrante (Olson, 2011). Modelos teóricos como el de Circumplex de Olson destacan dimensiones esenciales de la familia como: la cohesión, adaptabilidad y comunicación. Estas fortalezas hacen que el individuo se enfrente a situaciones estresantes y desarrolla la resiliencia. Varios estudios han demostrado que las familias con mucha rigidez favorecen la aparición de problemas emocionales en sus miembros, incluyendo la sintomatología depresiva (Patterson, 2010).

La sintomatología depresiva se caracteriza por la presencia persistente de un estado de ánimo deprimido, la pérdida de interés o placer en las actividades cotidianas, alteraciones del sueño y del apetito, así como la aparición de sentimientos negativos como la culpa (American Psychiatric Association, 2022). La

literatura científica internacional señala que la funcionalidad familiar puede actuar como un factor protector o por el contrario un factor de riesgo. Donde a menor funcionalidad familiar mayor síntomas depresivos (Beardslee et al., 2011).

Por ejemplo, el artículo de Serna-Arbeláez y colaboradores (2020), realizado en 240 adolescentes, de ambos sexos, con edades entre 15 y 19 años, de las instituciones educativas del Municipio de Circasia-Colombia, indica que hay un 53,7% de familias funcionales y cierto grado de depresión en un 45,8% de los adolescentes con una disfuncionalidad familiar de 46,3%, lo que significa que hay una asociación estadísticamente considerable entre disfunción familiar leve y grave y depresión moderada/grave. Asimismo, se encontró una relación de la depresión con malas o regulares relaciones y disputas familiares, antecedentes familiares y personales de conducta suicida.

El trabajo de investigación de Abambari y colaboradores (2013), efectuado en Azuay-Ecuador, refirió en una población adolescente de 428, con edades entre 15 y 19 años, una prevalencia de disfuncionalidad familiar 15,7% y una forma severa de disfuncionalidad familiar de 4% con manifestaciones de depresión de 25,7%. Además, indica que con un Odd Ratio de 1,68 (IC 95% 1,04-2,71), la disfuncionalidad familiar incrementa el riesgo de depresión. Obteniendo como conclusión que la funcionalidad familiar tiene vínculo con la depresión en este grupo etario.

En la tesis de grado de Chamba (2021), de Loja-Ecuador, en una muestra de 167 adolescentes con 95 mujeres y 72 hombres, de una Unidad Educativa, con rango de edad de 13 a 19 años, se encontró depresión en adolescentes mujeres 31,8% (n=53), en forma leve, con disfunción familiar de 25,2% (n=42), predominando la forma leve en un 18,0% (n=30). Por otro lado, en los adolescentes hombres la disfuncionalidad familiar fue de 17,4% (n=29). Concluye que el 40,1% (n=67) de adolescentes con disfuncionalidad familiar presentan depresión y por tanto la disfunción familiar incrementa la depresión.

En la investigación de Cogollo y colaboradores (2009), en Cartagena-Colombia, intervinieron 424 adolescentes secundarios de séptimo a onceavo grado con 14,7 años (DE=1,6) de edad promedio, con 8,6 (DE=1,3) de promedio de escolaridad y 59% mujeres. Se obtuvieron 41% de adolescentes con manifestaciones depresivas con importancia clínica y 41% de disfuncionalidad familiar. En el artículo de Gutiérrez y Zambrano (2021), se manifiesta que el porcentaje de depresión en 35 adolescentes y niños con disfuncionalidad familiar, habitantes en la Fundación Casa Hogar Belén, Portoviejo-Ecuador, fue de 16% clínicamente depresivo y 16% con amenaza de depresión, mientras que el 68% no tenían peligro de tener depresión.

En la investigación de Zapata-Gallardo, et al., (2007), menciona que se encuestaron 747 adolescentes con edad de 10 a 19 años, de la Escuela Federal de Irapuato, Guanajuato, México, en los que se encontró 33% de disfunción familiar, grave en 5,9% y moderada en 27,2%. Presentaron manifestaciones de depresión en el 4% de los cuales tuvieron vínculo con disfunción familiar el 43,3%. Aunque los autores encontraron que no fue significativo el riesgo de depresión en relación con funcionalidad familiar (Mantilla-Falcón, et al., 2017) en su estudio en una Unidad Educativa Rural de Ambato-Ecuador, buscando la conexión entre la funcionalidad familiar y la depresión, en 60 adolescentes con edades de 15 a 18 años de los dos sexos, hallaron existencia intensa de depresión grave en el 27 %, con un 28,3 % de disfuncionalidad familiar severa.

En el trabajo de Rivera y colaboradores (2014) efectuado en 200 adolescentes, de los dos sexos, con edad de 14 a 18 años, alumnos de la Unidad Educativa Herlinda Toral, Cuenca-Ecuador, señalan que el 48,5% presenta conexión entre depresión y disfuncionalidad familiar, la disfuncionalidad familiar estuvo presente en el 50% de alumnos con edades de 14 a 16 años. En mujeres el 60 % tuvo depresión, 65,5% disfuncionalidad familiar con 43,5 % entre 14 y 16 años.

En base a los datos de los trabajos mencionados, se concluye que existe una estrecha relación directa entre sintomatología depresiva y funcionalidad familiar, en adolescentes escolarizados, con edades comprendidas entre 13 a 19 años.

Además, mientras más grave es la afectación a la funcionalidad familiar más intensa es la sintomatología depresiva. Aunque los estudios de investigación de esta problemática son relativamente escasos, en el momento actual se ve que cada vez aumenta los casos debido al aumento de las causas de disfuncionalidad familiar principalmente por la migración, la crisis económica y la inseguridad en la que vive el país, además la falta de empleo. Esta razón ha motivado a realizar el presente estudio de investigación, tratando de contribuir de alguna manera y contribuir a la toma de conciencia del problema y luego encontrar posibles soluciones.

Una familia funcional se convierte en un lugar de protección y afecto, la cual brinda la seguridad y permite un desarrollo adecuado, pero cuando se convierte en disfuncional, por cualquier motivo que sea, pierde la seguridad, esto afecta principalmente a los más vulnerables, principalmente niños, adolescentes y mujeres, quienes comienzan a buscar fuera de la familia lo que en casa no encuentran, envolviéndose en ambientes inadecuados, lo que conlleva a generar comportamientos fuera de las normas establecidas, lo que más adelante podría causar sentimientos de culpa acompañado de episodios de tristeza o alguna sintomatología depresiva (Herrera, 1997).

La sintomatología depresiva en todos los individuos, pero particularmente en la población adolescente al ser considerada vulnerable podría causar mayores problemas psicológicos, somáticos, sociales, laborales y escolares o académicos, lo que predispone a padecer de una baja autoestima y disminuye el pleno desempeño del individuo, en este caso en el ámbito escolar, donde se evidencia un bajo rendimiento académico o incluso el abandono escolar. Además, la sintomatología depresiva hace referencia a un trastorno del afecto caracterizado por un estado de tristeza profunda y frustración persistente. Se manifiesta a través de la anhedonia (desinterés), alteraciones en el sueño y el apetito, sentimientos de minusvalía y, en cuadros de mayor gravedad, ideación suicida (Jackson JL et. al., 2022).

Aunando anteriormente causa trastornos de la atención, memoria y concentración, lo que causa como efecto secundario alteraciones del aprendizaje y problemas de

rendimiento académico. Esto es más notorio en los adolescentes en etapa escolar, que constituye en esta fase del desarrollo evolutivo en el sujeto mayores cambios como: hormonales, corporales, psicológicos, y del estado de ánimo. Bajo esta premisa, se hace evidente una reacción en cadena: el proceso suele originarse en la disfuncionalidad familiar, cuya influencia desencadena la sintomatología depresiva. Esta, a su vez, interfiere en las capacidades cognitivas, culminando en el fracaso o abandono escolar y, en el escenario más crítico, en la conducta suicida (Gabilindo A, et al., 2008).

Del mismo modo otros autores, como Epstein, et al., (1983), refieren en el Modelo McMaster sobre el Funcionamiento Familiar, se destacan dimensiones adicionales como la resolución de problemas, la respuesta afectiva y el control del comportamiento. Estos componentes permiten valorar la manera en que la familia afronta situaciones de estrés, regula emociones y establece límites adecuados, aspectos determinantes para la salud mental.

Los desajustes en la dinámica familiar se han consolidado como una problemática de salud pública lo que genera un impacto directo en el desarrollo de la población adolescente. Ante el deterioro del bienestar estudiantil, resulta necesario un enfoque multidimensional y multiinstitucional. Dicha cooperación entre las carteras de Estado competentes permitiría establecer un diagnóstico epidemiológico preciso (prevalencia) que sirva como base para diseñar soluciones integrales que mitiguen los factores de riesgo detectados (Valladares-Garrido, et al., 2023).

Un estudio realizado en 2025 en Ambato reveló que el 83.2% de los adolescentes entre 12 y 18 años atendidos en el Hospital General Docente presentaba depresión y ansiedad influenciados por el entorno educativo. La investigación destacó la importancia de integrar programas de salud mental en su ámbito escolar y seguimiento psicológico. Por ende, en Ambato se ha implementado programas como Septiembre Amarillo donde tienen como objetivo psico educar a los adolescentes.

La funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva son factores relacionados en la salud mental de los adolescentes. Según Olivera, et al., (2019), en una población de Perú se encontró adolescentes con menor funcionalidad familiar con altos síntomas depresivos. La investigación reportó que el 51.6% de los adolescentes mostraron depresión mínima, un 28,5% leve, un 10,9% moderada y un 8,7% severa asociados con la funcionalidad familiar. Se demuestra una vez más que la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva tiene una alta relación.

En base a esta revisión se evidencia la hipótesis la cual trata de encontrar un estrecho vínculo de la Funcionalidad Familiar y la Sintomatología Depresiva. Esta suposición lógicamente conlleva primero a su verificación y a su exclusión con estos objetivos:

Objetivo general:

Analizar la relación entre la funcionalidad y la sintomatología depresiva en los adolescentes escolarizados de la ciudad de Ambato.

Objetivos específicos:

1. Describir los fundamentos teóricos de la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en los adolescentes escolarizados de la ciudad de Ambato.
2. Evaluar la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados de la ciudad de Ambato.
3. Establecer un estudio correlacional entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en los adolescentes escolarizados de la ciudad de Ambato.

La ejecución sistematizada de los objetivos referidos se realiza con una metodología descriptiva, no experimental, transversal, correlacional y cuantitativa dentro de la sintomatología depresiva en los adolescentes escolarizados de Octavo Grado a Tercero de Bachillerato en Ambato y la Funcionalidad Familiar.

Hay que tener en cuenta que el objetivo central de este estudio es analizar el nexo de la sintomatología depresiva en los adolescentes escolarizados de Octavo Grado a Tercero de Bachillerato en Ambato y la Funcionalidad Familiar. Se realiza primero con el objetivo de ver como la Funcionalidad Familiar puede determinar en el tiempo actual, repercusiones psicológicas.

La presente investigación se realiza con el propósito de comprender la influencia que ejerce en los adolescentes escolarizados y en segundo lugar contribuir a través de sus conclusiones, los datos a la comunidad en general y principalmente poner en conocimiento de los dirigentes tanto de la unidad educativa como de otros correspondientes para que realicen los correctivos que requieren el caso.

La funcionalidad familiar en el bienestar psicológico de los individuos, especialmente en contextos educativos donde los jóvenes tienen presiones emocionales y académicas. En la actualidad, los cambios sociales, económicos y culturales han transformado las estructuras familiares, afectando la comunicación, la cohesión y la estabilidad emocional de sus miembros. Esta situación evidencia la necesidad de estudiar la funcionalidad familiar como un factor determinante en la salud mental, dado que una familia disfuncional puede incrementar el riesgo de síntomas depresivos, ansiedad y dificultades en la adaptación social. Su relevancia radica en identificar las características de una familia funcional permitiendo diseñar estrategias de intervención y programas de prevención orientados a fortalecer los vínculos afectivos y promover entornos familiares saludables, contribuyendo así a la formación integral y el bienestar emocional de jóvenes.

En la actualidad, la investigación sobre la funcionalidad familiar adquiere gran relevancia debido a los profundos cambios sociales que atraviesan las familias ecuatorianas y latinoamericanas. El incremento de divorcios, la migración laboral de los padres, la sobrecarga económica y el uso excesivo de la tecnología ha cambiado mucho la dinámica de las familias. Estas modificaciones pueden debilitar los lazos afectivos, disminuir el apoyo emocional y generar conflictos interpersonales que afectan la salud mental de los jóvenes. Por ello, estudiar la funcionalidad familiar desde una perspectiva psicológica y preventiva es de gran

importancia actual, ya que permite identificar las necesidades emocionales de los estudiantes y promover entornos familiares más saludables y resilientes, favoreciendo el bienestar integral y la estabilidad emocional de las nuevas generaciones.

Para concluir, si se verifica la hipótesis sugerida, las respuestas logradas facultarán esbozar normas contemporáneas de actuación en los adolescentes escolarizados de decimo grado a tercero de bachillerato a fin de eliminar las causas y repercusiones psicológicas relacionadas con Funcionalidad Familiar y así tratar y suprimir la sintomatología depresiva, que dejan consecuencias como adolescentes escolarizados tristes, desmotivados, con bajo rendimiento académico e incluso con ideas suicidas.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Funcionalidad familiar

Definición

La funcionalidad familiar refiere a la calidad y al dinamismo de las interacciones intrafamiliares que potencian el bienestar y el desarrollo integral de sus miembros. Un sistema funcional garantiza la satisfacción de las necesidades básicas y emocionales, promoviendo un entorno de salud y estabilidad. En este contexto, los roles y asignaciones de cada integrante son claros, aceptados y transparentes. La cohesión familiar permite que los miembros unan esfuerzos para afrontar crisis y desafíos, basándose en la comunicación asertiva, el respeto a las diferencias individuales y el apoyo mutuo. Esto consolida un entorno seguro y resiliente, donde los progenitores brindan el soporte emocional necesario para fortalecer la autonomía de los hijos. Finalmente, el funcionamiento familiar puede evaluarse mediante variables clave, destacando la capacidad de adaptación al cambio y el cumplimiento efectivo de las funciones biológicas, económicas y afectivo-espirituales (Torres, 2010).

Características

La funcionalidad familiar reside en la capacidad del sistema para satisfacer las necesidades físicas y emocionales de sus integrantes a través de una dinámica de apoyo mutuo. El funcionamiento familiar no debe entenderse de forma lineal, sino desde una perspectiva de causalidad circular, donde las acciones y reacciones de cada miembro se influyen recíprocamente, manteniendo el equilibrio y la cohesión del núcleo.

La funcionalidad familiar tiene las siguientes características según (Borja, et al., 2018):

- diálogo eficaz
- soporte recíproco
- admiración y aprobación
- funciones y compromisos transparentes
- solución positiva de disputas
- fomento de la autonomía
- entorno invulnerable y cariñoso
- adaptación y tolerancia
- promover la comodidad emotiva

Beneficios

La funcionalidad familiar no constituye un sistema cerrado o impermeable a las influencias del entorno; por el contrario, es una estructura dinámica que evoluciona junto a una sociedad en constante transformación. Esta apertura permite el desarrollo integral de sus integrantes y facilita su adaptación proactiva al cambio. Históricamente, se ha reconocido a la familia funcional como una unidad fundamental que potencia no solo el crecimiento individual, sino también el progreso y la cohesión del tejido social en su conjunto. Durante los cambios sociales desde la revolución industrial ha permitido una gran capacidad de adaptación a los mismos al ser una institución que protege a sus miembros, facilitando una relación de pareja con total armonía y un abierto y sincero diálogo.

Las ventajas de la funcionalidad familiar según (Torres, 2010) son:

- considerable estabilidad emocional
- superior progreso individual
- vínculos más fuertes
- mayor capacidad de adaptación

Tipos

Para clasificar los tipos de funcionalidad familiar se toma en cuenta el grado de intensidad de esta, a través de varios parámetros como el vínculo emotivo, reacción sentimental, calidad del diálogo y el cumplimiento efectivo de los papeles de cada miembro. En base a esto se consideran familias funcionales, moderadamente funcionales, disfuncionales y severamente disfuncionales. En Ecuador al considerar la funcionalidad familiar como variable se encontró el predominio de una moderada funcionalidad en los adolescentes, resultados que coinciden en varias investigaciones.

Los tipos de funcionalidad familiar (Pilco V., et al., 2023) constituyen:

- Funcionabilidad familiar: organización sólida y bien estructurada, soporte afectivo y emotivo, diálogo abierto y eficaz y solución eficiente de conflictos
- Funcionalidad familiar moderada: ciertos obstáculos para desempeñarse en forma excelente, pero mantiene la aptitud para vencer y adecuarse a conflictos.
- Disfuncionalidad familiar: conflictos significativos, requerimientos individuales insatisfechos, intercomunicación ineficaz, incapacidad para solucionar problemas, trastornos de salud mental y tensión emocional.
- Disfuncionalidad familiar severa: obstáculos grandes para desempeñarse, conflictos severos, compromiso del bienestar individual e incompetencia para adecuarse a las modificaciones.

Evaluación

La evaluación de la funcionalidad familiar integra el análisis de variables socioeconómicas y psicodinámicas, el progreso en el ciclo vital familiar y la capacidad del sistema para mantener la homeostasis. Este conjunto de factores determina la salud familiar. Actualmente, se dispone de una amplia gama de instrumentos psicométricos diseñados para medir el desempeño, la cohesión y el

clima afectivo. El protocolo estándar inicia con una entrevista clínica en profundidad, integrada en la historia clínica psicológica, seguida de la aplicación de reactivos validados que permiten cuantificar las dimensiones de la interacción familiar (Roa et al., 2023).

1.2. Disfuncionalidad familiar

Definición

La disfuncionalidad familiar se identifica como un sistema cuyos patrones de interacción resultan desadaptativos o patológicos. Esta condición se manifiesta a través de conflictos persistentes en las dimensiones conductual, psicológica y afectiva de sus integrantes, quienes presentan dificultades estructurales para establecer vínculos relacionales funcionales. Dicha disfunción impide que el núcleo cumpla con sus funciones esenciales de soporte y socialización, derivando en un entorno de inestabilidad que compromete el desarrollo psicosocial y la salud mental de sus miembros. Son familias que no fomentan el crecimiento y confort personal, esto por fracaso en el funcionamiento, interrelación y diálogo familiar (Castillero O, 2018).

La OMS considera que la disfuncionalidad familiar tiene modelos de conducta que impiden el crecimiento saludable y el desempeño de sus componentes, como consecuencia de la falta de sustento recíproco, disputas permanentes y agresión. (OMS, 2023).

Frecuencia

La familia es el centro de la sociedad, pero la disolución familiar como el divorcio se ha incrementado en los últimos años. La evidencia indica que la disolución familiar, como el divorcio, puede generar sentimientos de abandono, inseguridad y conflictos emocionales que aumentan la vulnerabilidad a la depresión en jóvenes. Según el Instituto Nacional y Censos (INEC, 2024), en Ecuador se registraron 25.555 divorcios durante 2024, lo que refleja el aumento progresivo de familias con

estructuras inestables. Siendo esto, en el contexto sociocultural puede incidir en la salud mental de los jóvenes.

Etiología

La etiología reconoce que las causas son de variada naturaleza y muy complicadas. Las causas de la disfuncionalidad familiar (Delgado-Ruiz et al., 2020) más frecuentes se agrupan en:

- Trastornos de salud mental: esquizofrenia, ansiedad, depresión, trastornos de personalidad, apego emocional.
- Drogadicción: drogas lícitas e ilícitas como cocaína, heroína, fentanilo, anfetaminas, marihuana.
- Violencia: corporal, sexual o mental, principalmente entre padres e hijas
- Patologías habituales: hipertensión arterial, diabetes, patología renal
- Incomunicación: ausencia de una comunicación asertiva.
- Disputas sin solución: negligencia en cuidado de los niños, falta de perspectivas en la relación.
- Falta de márgenes sanos: no se establece responsabilidades, perspectivas y principios de comportamiento.
- Precaria condición socioeconómica: pobreza, falta de oportunidades de trabajo.
- Falta de resiliencia: ausencia de adaptación individual a las situaciones difíciles.
- Inflexibilidad en las normas: falta de tolerancia en acciones severas.
- Incompetencia en la ejecución del funcionamiento familiar: ausencia de autoridad de los padres o hijos que asumen sus roles.

Peculiaridades

En definitiva, la disfuncionalidad familiar se distingue por un repertorio de patrones operativos y conductuales que obstaculizan el desarrollo integral de sus miembros. Sus rasgos determinantes incluyen la privación afectiva, la ineficacia comunicativa,

la conflictividad crónica y una estructura de roles ambigua con ausencia de límites normativos. Los integrantes de estos sistemas suelen manifestar apatía y desapego, con una poca capacidad empática para la resolución de conflictos y la consolidación de vínculos saludables. La comunicación, lejos de ser funcional, se caracteriza por contenidos ambiguos, paradójicos o confusos; este déficit de entendimiento intrafamiliar propicia un entorno hostil que invalida la experiencia emocional del individuo y perpetúa la desarticulación del sistema (Nittle, 2025).

Consecuencias

Las consecuencias de la disfuncionalidad familiar pueden ser muy severas en el crecimiento comunitario, emotivo y psicológico en cada uno de sus componentes, pero afecta de manera importante a los infantes y adolescentes. Dichas consecuencias constituyen alteraciones escolares, de salud mental, de comportamiento y del entorno social. La disfuncionalidad familiar determina la ausencia de un sujeto que ejerza autoridad propicia, dé respaldo y estimule el aprendizaje.

Tipos

Existen diferentes tipos de disfuncionalidad familiar, pero todos tienen como particularidad un tipo de relacionamiento perjudicial y funesto para sus componentes, en los cuales produce varios trastornos de salud mental, de afectividad y colectivos. Los tipos de disfuncionalidad familiar están determinados por uno o varios factores de etiología, sin embargo, cada uno tienen en común la desestructuración, falta de vínculos, carencia de afecto, severidad o ausencia de funciones específicas y sobre todo la escasez de un diálogo abierto y sincero (Sanz, 2024).

Los tipos de disfuncionalidad familiar (Sanz, 2024) se agrupan en:

- Sujeción desmesurada: uno o varios elementos con apego a otros, obstáculo para el crecimiento independiente y autónomo.

- Modelos de culpa: uno o varios componentes son siempre imputados e inculcados, de los conflictos y desaciertos de los otros.
- Sigilo y encubrimiento: ausencia de claridad, enigmas, incredulidad, temor, angustia.
- Funciones delimitantes y estrictas: papeles familiares preestablecidos difíciles de romper con afectación de crecimiento personal e independencia.
- Sin restricciones: falta de márgenes definidos, desconcierto, rencor, disputas.
- Sin diálogo: impotencia para manifestar criterios, emociones y requerimientos, con disputas no solucionadas, rencores o tergiversaciones.
- Adicción: padre, madre o ambos adictos, descuido de hijos, entorno inseguro.
- Agresión intrafamiliar: violencia mental, sexual o corporal, ambiente perjudicial o nocivo.

Manifestaciones

La disfuncionalidad familiar tiene muchas manifestaciones de variada naturaleza, pero todos los tipos coinciden en la carencia de libre expresión, irrespeto a la frontera de los demás, la negación de sensibilidad, falta de interés y ausencia de empatía. Es evidente una conducta inapropiada y carente de madurez en uno o ambos padres lo que determina las manifestaciones ya referidas. La disfuncionalidad familiar a nivel de niños y adolescentes se manifiesta por trastornos de conducta, que les vuelven insoportables e intratables para profesores, familia y sociedad, lo que a su vez conlleva a deficiente rendimiento escolar y mala adaptación al entorno social con problemas de abandono académico, depresión, ansiedad, conductas delictivas, farmacodependencia, prematuridad de contacto sexual con embarazos indeseables en adolescentes e incluso suicidio (Delgado-Ruiz, et al., 2020).

Diagnóstico

El diagnóstico de disfuncionalidad familiar emplea varias herramientas que tienen en común y comienzan con una entrevista individual por personal especializado en Psicología, Psiquiatría, Medicina Familiar o Medicina del Adolescente. Estos especialistas hacen la Historia Clínica Psicológica lo que proporciona información acerca de los datos personales, motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes personales, familiares y socioeconómicos. Luego viene la realización de prueba como el Apgar familiar y análisis sobre la forma de solución de conflictos intrafamiliares, resiliencia, disputas, papeles y diálogo (Pacheco, 2024).

Tratamiento

El tratamiento de disfuncionalidad familiar se facilita mientras más pronto se diagnóstica, por esto los especialistas del área deben agilizar su reconocimiento. El tratamiento lo lleva a cabo principalmente por un profesional especialista en familia, preferible con especialidad en Terapia familiar que actúa a nivel de tres situaciones fundamentales como son: restablecimiento de un diálogo eficaz, reestructuración de fronteras sanas e identificar el tipo de disfuncionalidad familiar. Además, es necesario complementar con una Terapia individual la cual nos permite encarar trastornos de salud mental y de la esfera emotiva, así como impartir directrices de educación psicológica para que se entienda como arreglar en funcionamiento intrafamiliar (Robinson, et al., 2015).

Las psicoterapias de disfuncionalidad familiar (Nolasco C., 1988) que se usan son:

- Familiar: concede un sitio familiar invulnerable, manifestación emocional, solución de problemas, adquisición de capacidades de diálogo eficiente, modificar y distinguir modelos de conducta no funcional.
- Individual: identificación individual de trastornos de salud mental o emotivos.
- Grupos de apoyo: de pacientes, expertos o amigos, conseguir medios, intercambiar vivencias.

- Cuidado personal: dar prioridad a su confort corporal y mental.
- Psicoeducación: entender más el funcionamiento y los conflictos intrafamiliares, tácticas para arreglar los conflictos.

1.3. Descomposición familiar

A la descomposición familiar se le conoce también como desintegración o desorganización familiar y se caracteriza por rompimiento de los vínculos y rol del núcleo familiar debido a varios factores y consecuencias en el crecimiento colectivo, emotivo y psicológico, principalmente en los más vulnerables como niños y adolescentes. En definitiva, se da por el abandono incompleto o en su totalidad, transitorio o permanente de uno o ambos padres. Los adolescentes y niños que provienen de este tipo de disfuncionalidad familiar tienen particularidades inherentes como indecisión, con aislamiento, autoaceptación inferior, sensación de desamparo y complejo de inferioridad. Viven con un daño emocional por cuanto nunca más verán a sus padres juntos y no les cuidarán como lo hacían.

Entre las varias causas de la descomposición familiar (Galarza, et al., 2010) se resumen en:

- Divorcio o separación: desunión de los conyugues, es el motivo más frecuente
- Agresividad familiar: maltratos mentales, físicos y emocionales
- Dificultades económicas: por falta de trabajo o mal uso de dinero
- Migración: viaje a otro país en busca de mejor situación económica
- Fallecimiento: muerte de uno o ambos padres
- Farmacodependencia: abuso de alcohol y drogas
- Trastornos de salud mental: psicopatías, depresión, ansiedad
- Desamparo: uno o ambos padres dejan el hogar debido a adulterio, incomunicación o agresividad.

1.4. Sintomatología depresiva

Depresión

La depresión va más allá de ser considerada una tristeza, por lo que se lo define como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por una profunda sensación de melancolía, una marcada pérdida de interés o placer en las actividades diarias, y una reducción significativa de la motivación. Cuando estos síntomas se intensifican y se vuelven persistentes, pueden llegar a interferir gravemente en la vida cotidiana de una persona, limitando su funcionamiento personal, social y laboral. Juntamente con la ansiedad, la depresión es uno de los trastornos afectivos más comunes, siendo la segunda causa de discapacidad mental a nivel mundial. Es importante distinguir entre la tristeza normal, una emoción pasajera que surge ante eventos estresantes como la pérdida de un ser querido o una situación difícil y la depresión clínica.

Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la depresión, también conocida como trastorno depresivo, es una alteración mental frecuente. Se caracteriza por un estado de ánimo persistentemente deprimido o una disminución significativa del placer y la motivación durante periodos prolongados de tiempo (OMS/OPS, 2023).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, editada por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, se define a la depresión como un trastorno del estado de ánimo con las siguientes categorías: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado (DSM-5, 2022).

Historia

La depresión ha sido objeto de estudio y referencia en tratados médicos desde la antigüedad, con términos como acedia y melancolía. El concepto moderno de

depresión tiene sus orígenes en el trabajo de Hipócrates, quien fue el primero en utilizar la expresión, aunque posteriormente fue Sorano de Éfeso quien la describió como una dolencia vinculada a una condición laxa del cuerpo. Más adelante, Rufo de Éfeso, portavoz de la Escuela Neumática, realizó una de las primeras clasificaciones, dividiendo la depresión en adquirida y congénita (Castro, 2002).

Base Neuroanatómica y Base Fisiológica

La depresión tiene una base neuroanatómica que involucra disfunciones en las estructuras como la corteza prefrontal (toma de decisiones), la amígdala (emociones), el hipocampo (memoria/ estrés), el tálamo (revelo sensorial) y los ganglios basales (movimiento/ motivación). Estas estructuras forman circuitos neuronales complejos, como el límbico- estriado- pálido- talámico- cortical, cuya alteración puede generar síntomas depresivos. Desde una base fisiológica y bioquímica, esta disfunción cerebral conduce a cambios en los niveles de neurotransmisores clave, principalmente dopamina, serotonina y noradrenalina.

Psicopatología

Los trastornos depresivos se entienden como un conjunto de alteraciones mentales que se manifiestan a través de síntomas en diversas esferas psicológicas. Estas disfunciones abarcan:

Afectividad: Se caracteriza por una profunda tristeza.

Cognición: Provoca sentimientos de desesperanza y pensamientos negativos.

Psicomotricidad: Se presenta con inhibición y lentitud en los movimientos.

Conducta: La persona muestra una marcada hipoactividad.

Epidemiología

La depresión, o trastorno depresivo, es una condición mental frecuente que se distingue de las fluctuaciones normales y cotidianas del estado de ánimo. Este trastorno tiene un impacto perjudicial en todas las esferas de la vida de una persona, afectando de manera significativa su desempeño social, familiar, laboral y

académico. La depresión afecta a aproximadamente 280 millones de personas a nivel mundial, lo que representa el 3,8 % de la población total. La prevalencia en adultos mayores de 60 años es del 5,7 %, con una distribución por género que muestra al 6 % de mujeres y al 4 % de hombres afectados. Globalmente, la depresión es un 50 % más común en mujeres que en hombres, y se estima que cerca del 10 % de las embarazadas y puérperas la padecen (Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria, 2023).

Causas

Las causas de la depresión son de naturaleza variada, y a menudo interactúan múltiples factores para su desarrollo. Por esta razón, se considera que la depresión tiene una etiología multifactorial.

Los factores que contribuyen a su aparición pueden ser tanto de origen externo como interno:

- Factores externos: Incluyen sucesos vitales estresantes como conflictos matrimoniales, problemas familiares, dificultades laborales o inestabilidad financiera.
- Factores internos: Se relacionan con aspectos psicológicos propios del individuo, como una baja autoestima, sentimientos de frustración o una profunda sensación de culpa (Rodríguez F., et al, 2023).

Esta compleja interacción entre elementos externos e internos subraya que la depresión no se debe a una única causa, sino a la combinación de múltiples variables que afectan a la persona en sus diferentes esferas.

Factores

La aparición de la depresión se relaciona con la interacción de dos tipos de factores: los de riesgo (o vulnerabilidad) y los protectores. Un desequilibrio, ya sea por el predominio de los factores de riesgo, la ausencia o disminución de los protectores,

o la combinación de ambos, puede desencadenar la enfermedad. Los factores protectores pueden ser de naturaleza espiritual, biopsicosocial y cultural.

Los factores de riesgo y vulnerabilidad asociados a la depresión se agrupan en categorías principales:

- Factores Genéticos: Incluyen una predisposición genética, antecedentes familiares de depresión y el sexo femenino, que presenta una mayor vulnerabilidad.
- Factores Biológicos: Se asocian con la disfunción de neurotransmisores clave como la serotonina y la noradrenalina. También se consideran los cambios hormonales que ocurren, por ejemplo, en el periodo postparto.
- Factores Sociales: Situaciones vitales estresantes como problemas familiares, laborales, socioeconómicos, la experiencia de haber sido cuidado por terceros, y la exposición a la violencia familiar o de género.
- Otros Factores: Incluyen la presencia de enfermedades físicas, el uso de ciertos medicamentos, el consumo de alcohol y drogas, y la influencia de fechas específicas del año que pueden generar tristeza, como la Navidad o el aniversario de la muerte de un ser querido (Rodríguez, et al., 2023).

En los factores genéticos a la depresión se le considera un síndrome de causa multigénica es decir que es causado por el acúmulo de diminutas alteraciones en diferentes genes más alteraciones en el ambiente. El porcentaje estimado de heredar es de 35 %, en los cuales se hallaron sobre los 150 polimorfismos de un único nucleótido (SNP) vinculados al trastorno depresivo mayor, mediante el total análisis del genoma. (Gutiérrez J., et al, 2023).

La presencia de antecedentes familiares de depresión mayor es un factor de riesgo significativo. La probabilidad de padecer este trastorno es dos veces mayor tanto en hombres como en mujeres que tienen a ambos progenitores diagnosticados con depresión mayor. El riesgo aumenta considerablemente si ambos padres sufren de depresión, elevándose 2,9 veces. Si a esto se suma la presencia de un hermano o medio hermano con el mismo diagnóstico, la probabilidad de desarrollar depresión puede incrementarse hasta seis veces. Este riesgo es aún mayor si la depresión

mayor en los progenitores se manifiesta durante la niñez o en los primeros años de la adultez del individuo (Scherer, 2023).

Clasificación

El conjunto de trastornos afectivos agrupa a diversas patologías mentales que se caracterizan por manifestaciones afectivas persistentes y básicas. Estas pueden incluir desilusión, tristeza, anhedonia (incapacidad para sentir placer) o debilidad generalizada. Lo que distingue a cada uno de estos trastornos es la intensidad, el curso y la duración de los síntomas. Adicionalmente, pueden ser clasificados según sus manifestaciones clínicas específicas y su etiología (Coryell W., 2023).

En los tratados de psiquiatría, los trastornos depresivos se agrupan dentro de la categoría de trastornos del estado de ánimo o afectivos. Para su diagnóstico y clasificación, se utilizan manuales de referencia internacional como el DSM-5-TR y la CIE-10. Ambos sistemas ofrecen una clasificación detallada con sus respectivos códigos, aunque con algunas diferencias en la nomenclatura y la especificación de los subgrupos (Palomo T., 2009).

Clasificación según el DSM-5-TR y la CIE-10

En el cuadro 1 resume los principales trastornos depresivos y sus códigos correspondientes en las dos clasificaciones mencionadas.

Cuadro 1. Clasificación según el DSM-5-TR y la CIE-10

Clasificación	Trastorno	Código
DSM- 5- TR	Trastorno depresivo mayor, episodio único	F32.X
	Trastorno depresivo mayor, recidivante	F33.x
	Trastorno distímico	F34.1
	Trastorno depresivo no especificado	F32.9
CIE-10	Trastorno depresivo recurrente	F33
	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve	F33.0
	Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado	F33.1
	Trastorno depresivo recurrente, episodio grave sin síntomas psicóticos	F33.2
	Trastorno depresivo recurrente, episodio grave con síntomas psicóticos	F33.3
	Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión	F33.4
	Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión	F33.8
	Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión	F33.9

Fuente: modificado a partir de Palomo T. Manual de Psiquiatría (2009)

Manifestaciones Clínicas

Aunque se refiere con la expresión genérica de depresión a cada una de estas alteraciones, a nivel de la especialidad hay que caracterizar y distinguir cada patología. Se recomienda utilizar la clasificación según los síntomas específicos, siendo las anomalías más frecuentes el Trastorno Depresivo Mayor y el Trastorno Depresivo Persistente. Para el diagnóstico de estas entidades se utiliza sus respectivos criterios (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (2022), 5th edition).

Trastorno depresivo mayor

El trastorno depresivo mayor (TDM) es una alteración de la salud mental caracterizada por la persistencia de un estado de ánimo deprimido y una marcada pérdida de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban. Esta condición afecta significativamente la capacidad cognitiva, los patrones de sueño y el apetito del individuo.

Trastorno depresivo persistente (Distimia)

El trastorno depresivo persistente, también conocido como distimia, se caracteriza por un estado de ánimo deprimido de larga duración. A diferencia de un episodio depresivo mayor, la distimia implica una tristeza crónica y constante que afecta la vida del individuo. Se manifiesta a través de síntomas como la falta de interés en las actividades diarias, baja autoestima y apatía, los cuales persisten durante años y deterioran significativamente las relaciones laborales y personales.

Sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados por la funcionalidad familiar

La sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados representa una problemática crítica de salud mental, manifestándose a través de un estado de ánimo disfórico persistente y una marcada anhedonia que compromete la motivación hacia las actividades cotidianas. Si bien su etiología es multifactorial, los factores de riesgo de origen familiar específicamente la disfuncionalidad sistémica adquiere una relevancia creciente. La evidencia sugiere que la desarticulación de la dinámica familiar actúa como un estresor crónico que vulnera la estabilidad emocional del estudiante, incrementando la prevalencia de trastornos afectivos durante esta etapa del desarrollo. Hay que tener en cuenta que la sintomatología depresiva en esta edad causa una degradación en el entorno educativo y social siendo un peligro para mal uso de narcóticos incluso del suicidio. De ahí que es importante anticipar y prever esta alteración, ya que produce afectación de la esfera cognitiva-afectiva con ideación suicida, melancolía,

sensación de propia culpa, sentimiento de culpa, indiferencia, baja del autoestima y conflictos familiares. Además, tienen componentes de la esfera somática como inapetencia, trastornos del sueño, fatiga, problema laborales e irritabilidad (Enríquez R., et al. 2021).

Diagnóstico

El diagnóstico de la depresión se fundamenta estrictamente en criterios clínicos, derivados de la interacción directa entre el profesional y el paciente. A diferencia de otras especialidades médicas, la psiquiatría y la psicología clínica no disponen actualmente de biomarcadores específicos, tales como pruebas sanguíneas, genéticas o estudios de neuroimagen funcional (resonancia magnética o tomografía), que permitan confirmar el diagnóstico de forma aislada. Este proceso diagnóstico es ejecutado por psicólogos clínicos o psiquiatras a través de la anamnesis detallada y la integración de la historia clínica. Se complementa con la aplicación de instrumentos psicométricos validados para cuantificar la severidad de la sintomatología. Asimismo, para establecer un diagnóstico diferencial preciso y descartar patologías orgánicas que mimetizan cuadros afectivos como trastornos endocrinos o neurológicos, es imperativa la interconsulta con medicina interna o neurología. En última instancia, la historia clínica y los reactivos psicológicos se consolidan como las herramientas primordiales para la determinación diagnóstica de la depresión (López D., 2025).

Diagnóstico Diferencial. ¿Cómo se manifiesta la depresión en la adolescencia?

En el diagnóstico diferencial se toma en cuenta el factor etiológico, según el cual la depresión puede ser idiopática o primaria y secundaria o causada por una condición médica neurológica o sistémica, un tratamiento medicamentoso o una farmacodependencia. Cuando se considera de causa secundaria, se realiza exámenes complementarios específicos sea pruebas sanguíneas o estudios de imagen de acuerdo con la patología. En caso de que se den estas situaciones hay que referir a las correspondientes especialidades como en primer lugar a

Neurología o Medicina Interna. El diagnóstico diferencial se hace con dos grupos de patologías: médicas y mentales (Álvarez M., et al., 2024).

Dentro de las patologías médicas (Álvarez M., et al., 2024) tenemos:

- Endócrino/Metabólicas: patología tiroidea (hipo e hipertiroidismo), diabetes, anemia severa, enfermedad de Cushing, enfermedad de Adisson, porfiria.
- Infecciosas: tuberculosis, infección por virus del Epstein-Barr, VIH, sífilis terciarias
- Neurológicas: enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ictus, epilepsia
- Neoplasias: carcinomatosis, cáncer de páncreas
- Otras: lúes, dolor crónico

Los trastornos mentales (Álvarez M., et al., 2024) con los que se hace diagnóstico diferencial con la depresión son: trastorno angustia/ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar, distimia, trastornos adaptativos, síntomas negativos de la esquizofrenia y consumo de tóxicos.

Una forma de trastorno de la depresión puede ser causado por la ingesta, mal uso, toxicidad o abstinencia de alcohol, fármacos y otras drogas. Esta depresión se asocia con la ingestión de estas sustancias y aparece algún tiempo después de su inicio, lo que le diferencia del trastorno depresivo primario. En caso de suceder esto hay que retirar dicha sustancia dentro del tratamiento (DSM-5, 2016). Es indispensable que toda la medicación se realice o se dé bajo la supervisión de un profesional para tener una mejor adherencia al tratamiento impactar de mejor manera la vida del paciente.

Algunos fármacos pueden inducir o agravar los síntomas depresivos debido a sus efectos sobre el sistema nervioso central y los mecanismos neuroquímicos del estado del ánimo. Los fármacos que pueden provocar depresión son: corticosteroides, betabloqueantes, interferón, reserpina, anticonvulsivos, hipnóticos

benzodiazepínicos, medicamentos para tratar el mal de Parkinson, estimulantes e inhibidores de la bomba de protones y bloqueantes H2 (Álvarez M., et al. 2024). Por ello es indispensable conocer los efectos secundarios de los medicamentos y tener supervisión de un profesional.

La etiología de la depresión es multicausal, destacando el consumo de sustancias psicoactivas como un factor determinante en la exacerbación de la sintomatología. Bajo esta perspectiva, se reconoce el trastorno depresivo inducido por sustancias, donde la intoxicación o la abstinencia de ciertos agentes químicos alteran la neurobiología del afecto (Álvarez M., et al. 2024). Por evaluación clínica se debe considerar el historial de consumo de sustancias para diferenciar una depresión primaria o inducida.

¿Como se maneja la depresión en la adolescencia?

El tratamiento de la depresión se realiza con medicación antidepresiva, terapia convencional o psicoterapia, terapia electroconvulsiva, otras terapias y un tratamiento de apoyo. El tratamiento medicamentoso es llevado a cabo por médicos especialistas en Psiquiatría y Neurología. La psicoterapia lo realiza los Psicólogos mientras que la terapia electroconvulsiva con técnicos, Neurólogos o Psiquiatras especializados en este campo. En otras terapias es necesario si el caso lo requiere la participación de Neurocirugía. En el tratamiento de apoyo participan el paciente, los familiares, los amigos y la sociedad (Pla G, 2025).

Los medicamentos antidepresivos son varios de diferente naturaleza y mecanismo de acción, siendo actualmente los más utilizados los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los tricíclicos.

Las especialidades farmacéuticas de antidepresivos (Serna C., et al., 2006) son:

1. Inhibidores irreversibles de la monoaminoxidasa (IMAO): tranilcipromina.
2. Inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa (RIMA): moclobemida.

3. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina: venlafaxina.
4. Noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos (NASSA): mirtazapina.
5. Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina: reboxetina.
6. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina.
7. Antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos: amineptina, amitriptilina, amoxapina, clomipramina, dosutepina, doxepina, imipramina, lofepramina, nortriptilina, trimipramina, maprotilina, mianserina, mirtazapina, nefazodona, oxitriptan y pirlindol.

Existen varios tipos de psicoterapias, pero las más utilizadas, por mostrar una alta eficacia, son la terapia interpersonal y la terapia cognitivo conductual. De acuerdo con Betcher (2025), el objetivo de las psicoterapias es dar al paciente la posibilidad de encontrar los componentes que originan el trastorno y a su vez le enseñan a enfrentarse de manera óptima los motivos conductuales, situacionales, interpersonales y psicológicos.

Pronóstico

El pronóstico de la depresión se apoya en varios elementos, principalmente en el diagnóstico, las terapias tempranas y en la permanencia del evento. Quien ha padecido un evento depresivo tiene mayor probabilidad de padecer nuevos eventos iguales, esto porque la depresión es una patología crónica. A los factores que influyen en el pronóstico de la depresión se le agrupan en buenos y malos. Los factores de mal pronóstico nos ponen a recapacitar primero sobre el correcto diagnóstico, el adecuado tratamiento y la calidad del personal que está manejando el caso, todo esto para evitar que la depresión se agrave (López D., 2025).

Entre los factores de buen pronóstico de la depresión (López D., 2025) tenemos:

- rápido inicio del tratamiento.
- buena y rápida respuesta al tratamiento.

- haber completado el tratamiento según la indicación del profesional, ya haya sido farmacológico o psicoterapéutico.
- ausencia de antecedentes familiares de depresión.
- ausencia de episodios depresivos previos.
- desaparición de todos los síntomas.
- resolución del factor precipitante (si lo hubo).
- ausencia de otras enfermedades físicas o psiquiátricas
- ausencia de problemas con el consumo de alcohol u otras drogas.

Consecuencias

Desgraciadamente al ser la depresión una alteración considerable, si no recibe el tratamiento adecuado, permite la aparición de consecuencias catastróficas en las esferas de la salud física, mental y social, que perjudican cada una de las partes de la vida. Hay manifestaciones propias de la adolescencia y que afectan a la familia, por tanto, no solo el que lo padece tiene consecuencias sino también todo su entorno (Betcher H., 2022).

- Consecuencias físicas: amnesia, dolores físicos, insomnio, anorexia, astenia y fatiga.
- Consecuencias mentales: pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba, cambios en la personalidad, sentimientos de desesperanza, inutilidad o culpabilidad, pensamiento de suicidio o autolesión y dificultad para concentrarse.
- Consecuencias sociales: abuso de sustancias aditivas, dificultad para completar tareas, conflictos familiares, problemas de pareja, conflictos laborales y problemas escolares.

Las consecuencias en el adolescente y familia (Betcher H., 2022) son:

- Adolescente: lamentos reiterados de dolores de cabeza o cuerpo, falta de interés en el cuidado o aseo personal, inasistencia reiterativa a la escuela o

menos eficiencia académica, conducta temeraria o conflictiva y ataques de rabia.

- Familia: elevado grado de fracaso y tensión, pesadumbre en hermanos y progenitores, estrés dentro de la casa y fase de desazón afectiva intrafamiliar.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Diseño de la Investigación

En las diferentes ciencias existen varios enfoques de investigación que han variado a lo largo de la historia, estos puntos de vista al inicio fueron aplicados a las ciencias exactas y últimamente se ha extendido su aplicación a las ciencias sociales y ciencias de la salud. Uno de estos enfoques es la teoría positivista con su paradigma positivista. De acuerdo con Miranda, et al. (2020), la psicología al ser aceptada como ciencia de la salud no ha escapado de esta concepción. Un paradigma se define como una teoría o un grupo de teorías cuyo principio se admite y se aplica sin objetar y proporciona un fundamento y un patrón para la investigación y reparación de dilemas con progreso de la ciencia.

El paradigma positivista, también referido como empírico-analítico o cuantitativo, se identifica en el proceso de investigación con la indagación del conocimiento objetivo en base al cálculo y análisis de valores numéricos para expresar, prever y verificar sucesos comprobando leyes y teorías. La característica principal de este paradigma es separar la apreciación subjetiva del investigador de las condiciones comprobables del objeto para validar la hipótesis propuesta mediante la Estadística (Miranda S., et al., 2020). En este trabajo de investigación se utiliza el paradigma positivista para comprobar la hipótesis de “la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados”.

El primer paso dentro de una pesquisa es el planteamiento apropiado de la hipótesis o pregunta motivo de la investigación ante lo cual surge el dilema de resolverla, lo cual se logra a través de la selección adecuada de un tipo de diseño que permita comprobar que los datos obtenidos del estudio de investigación poseen cimientos aprobados por la ciencia y con aprobación universal. De acuerdo con Vallejo (2002), se define como diseño de investigación a un proyecto pormenorizado que orienta a la recolección y la analítica de datos de la investigación. Es decir, es el marco metodológico que determina que el estudio sea confiable, con validez y significativo. En este estudio utilizamos un diseño

descriptivo correlacional, es descriptivo porque usa un procedimiento de investigación que explica las peculiaridades de una población, acontecimiento o hechos que no tengan un vínculo claro de motivo-consecuencia dando una visión exacta y metódica de la objetividad experimentada. A su vez es un diseño correlacional porque investiga el vínculo de dos o más factores sin que sean manejados o vigilados por el investigador (Vallejo M., 2002). Este diseño se encarga de valorar la fortaleza y orientación de la conexión entre los factores precisando si uno de ellos varía por influencia de otro.

Además, este tipo de diseño no es experimental porque no determina motivo-consecuencia sino proporciona modelos y conexiones entre los diferentes factores. En el presente estudio las dos variables descritas y correlacionadas son la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados.

En la modalidad cuantitativa la investigación recoge y examina cifras, a través de las cuales se distingue orientaciones y términos medios, se ejecuta pronósticos, se ratifica conexiones y se recoge información total de comunidades extensas. Es la modalidad más utilizada en ciencias sociales y naturales como Psicología, Sociología, Biología, Economía y Química, utilizando experimento y encuestas. También es un estudio de corte transversal porque equiparan las peculiaridades de varios individuos en un instante preciso por esto es de gran utilidad en ciencias sociales, ámbito educativo y Psicología principalmente del desarrollo. Este tipo de corte en un método observacional en el cual el investigador recoge datos sobre los investigados sin tener participación en el ambiente de estudio. Además, el tipo de corte transversal nos permite interrelacionar diferentes sectores de la comunidad en un momento exacto y la recolección de datos solo se realiza por una sola vez sin repetir.

2.2. Población y muestra

Población

Según la Secretaría de la Unidad Educativa “Rodríguez Albornoz” el número total de estudiantes que asisten es de 359 alumnos, que representa la población o el universo objeto de este proceso de investigación. La edad fluctúa entre 13 y 18 años, sin que exista alguna variación debido a que son estudiantes cursando estudios en una institución de educación secundaria, particular y confesional. Por lo que se podría considerar, con contadas excepciones, que es una población bastante homogénea. Según (López L., 2004): “Población. Es el conjunto de personas u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación”. En este estudio la población está constituida por los adolescentes escolarizados de octavo grado a tercero de bachillerato de la Unidad Educativa “Rodríguez Albornoz” de Ambato, de ambos sexos.

Muestra

La muestra tiene que estar conformada por alguna cifra de apreciaciones que describan apropiadamente la totalidad del universo o población en estudio, es decir constituye un conjunto diminuto escogido del total de la población en estudio. La estadística define a la muestra como una recopilación significativa de información de un conjunto más extenso, que constituye el universo o población de estudio o de datos. La selección de la muestra tiene su ventaja económica ya que permite ahorrar recursos y también ganar tiempo y al ser representativa sus deducciones son aprobadas y aplicables a toda la población en estudio. La muestra se calcula usando la fórmula para obtener el tamaño $n = N * Z^2 * p * (1-p) / (E^2 * (N-1) + Z^2 * p * (1-p))$, en la cual n es el tamaño de la muestra, N tamaño de la población, Z valor crítico Z o nivel de confianza deseado, p proporción estimada de la población con las características de estudio y E el error muestral estimado. En esta investigación el tamaño de la muestra n es de 186 adolescentes de octavo grado a tercero de bachillerato de la Unidad Educativa “Rodríguez Albornoz” de Ambato, de ambos sexos, edad que fluctúa entre 13 y 18 años, el tamaño de la población de

estudio es 359 estudiantes, valor crítico Z de 1.96 con un nivel de confianza de 95%, p de 0.5 y E de 5%.

Muestreo

En definitiva, el muestreo es un procedimiento para analizar una población mediante la elección de un tamaño significativo de la muestra y lograr decisiones de una población más extensa, en la cual sería bastante costoso y muy difícil hacerlo a todos sus elementos. De acuerdo con Gómez A., et al., (2019), al muestreo se define como un procedimiento o grupo de sistemas encaminados a conseguir una porción determinada del universo o población de estudio, en la cual se aplica las variables y se comprueba la hipótesis planteada. Existen diferentes tipos de muestreo (Gómez A., et al., 2019), en esta investigación se usa el tipo no probabilístico que escoge la muestra sin aleatorización o sea que cada individuo de la población no posee igual oportunidad de ser escogido, no es un método objetivo porque se basa en las opiniones y los intereses personales del investigador. Otras de las características de este tipo de muestreo es que facilita escoger a participantes que son de fácil aproximación lo que acelera el proceso y le hace de uso frecuente.

Independiente del tipo de muestreo hay que establecer criterios de inclusión y exclusión, que son ciertos requisitos para que el individuo participe o no en la investigación. Los criterios de inclusión empleados son: a) ser estudiante de octavo grado a segundo de bachillerato de la Unidad Educativa “Rodríguez Albornoz” de Ambato, b) tener una matrícula vigente en el ciclo escolar septiembre 2025 a Julio 2026 y c) proporcionar el consentimiento informado. En cambio, como criterios de exclusión se utilizó: a) no ser estudiante de octavo grado a tercero de bachillerato de la Unidad Educativa “Rodríguez Albornoz” de Ambato, b) no tener matrícula vigente, y c) no proporcionar el consentimiento informado.

2.3. Técnicas

Las técnicas son de diferente naturaleza y comprenden citas, sondeos, experimentación y apreciación cuya opción de uso está en relación con el ámbito y la finalidad de estudio. De acuerdo con Medina et al (2023), se define como técnica de investigación a un método organizado que se usa para recoger y examinar datos y así solucionar una situación o contestar la interrogante del observador. La técnica de investigación hay que diferenciar de un instrumento de investigación que constituye un implemento bastante particular para el examen y recogimiento de los datos, entre estos tenemos encuestas, test normativos, citas estandarizadas, series de cálculo y sondeos. En este trabajo de investigación como técnicas de investigación empleamos la cita psicológica organizada, inspección científica, sondeo y análisis estadístico de la información obtenida.

La observación o inspección científica es un procedimiento para transcribir y detallar sucesos de valor científico de forma real mediante el uso de los órganos de percepción, con o sin algún instrumento de investigación, que nos permita recoger información para aclarar y comprender el ambiente circundante. Es decir que permite la recolección de datos mediante la percepción directa del fenómeno o por medio de un instrumento de investigación.

El sondeo o encuesta es un método cuantitativo de indagación que permite recoger datos mediante un temario esbozado anteriormente que no permita variar al suceso o al ambiente donde se recolectan los datos. Es un grupo de interrogantes que se aplica a una muestra relevante de conglomerados sociales para obtener los datos requeridos en la investigación. Según Montes (2000), "Existen varias definiciones al respecto, abstrayendo algunas importantes podemos decir que la encuesta consiste en la obtención de datos de interés sociológico mediante la interrogación a los miembros de la sociedad". Es mediante la encuesta que obtenemos los datos personales del individuo que nos permiten la identificación, su procedencia, su residencia, su escolaridad, su sexo, su religión y su ocupación o profesión.

Los datos estadísticos obtenidos en una investigación son procesados a través de una técnica que permite analizar, descifrar y modificar información en datos relevantes para distinguir preferencias, vínculos invisibles y modelos. Además, explica la inestabilidad de las respuestas de un grupo de informaciones o investigación y realizar deducciones acerca de estos modelos. El fundamento de la técnica de análisis de datos es contestar interrogantes sobre la información, indicar las consecuencias y si existe un vínculo entre dos o varios factores. Dice Sulbarán (2023), “El análisis estadístico es utilizado por el psicólogo para interpretar los resultados publicados en revistas o informes técnicos, y para la producción de estudios estadísticos propios. Asimismo, lo utiliza para colaborar con estadistas profesionales, a quienes les plantea sus problemas, describiendo las variables, las hipótesis y los datos que deberá interpretar”. En este estudio la técnica nos permite correlacionar la variable síntomas de depresión y funcionalidad escolar.

2.4. Instrumentos

Se conoce como instrumentos de investigación a las herramientas mediante las cuales el investigador recoge, transcribe y analiza los datos de una investigación de una manera exacta, creíble y legítima y así obtener deducciones firmes y valiosas. Para Mejía (2005), “...el investigador busca la mejor estrategia para probar sus hipótesis. Pero es el caso que el investigador también necesita ciertas herramientas o instrumentos que le permitan recopilar datos de la realidad para probar sus hipótesis, pues no sería conveniente que los recopilara en base a sus cálculos, intuiciones...”. En Psicología los instrumentos más utilizados son la entrevista, la observación y las pruebas psicológicas.

En este trabajo los instrumentos de investigación que fueron empleados son la Ficha Sociodemográfica Ad Hoc y tres pruebas psicológicas: Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung, Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) y Cuestionario del Apgar Familiar.

Ficha sociodemográfica Ad Hoc

La Ficha Sociodemográfica Ad Hoc es un instrumento estadístico, conocido también como encuesta o cuestionario, que nos permite recolectar datos personales que sirven para identificar al individuo que está participando en la investigación, informa acerca de su domicilio, lugar de procedencia, estado civil, escolaridad y trabajo. Ad Hoc proviene del latín que quiere decir “para esto” y que traducido al español significa la presencia de algún objeto “solo para este propósito”. Según Colombre (2021), se usa el “Cuestionario sociodemográfico ad-hoc: con el objetivo de evaluar diferentes indicadores relativos a aspectos demográficos tales como: edad, sexo, grupo familiar, diagnóstico, tiempo de diagnóstico, tipo de tratamiento y estado psíquico y físico.”. En esta investigación se obtuvieron datos de los adolescentes escolarizados de octavo grado a tercero de bachillerato de la Unidad Educativa “Rodríguez Albornoz” de Ambato como su edad, sexo, nivel de escolaridad, fecha y lugar de nacimiento, lugar de residencia.

Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung

En la actualidad, la depresión se ha convertido en una de las patologías psicológicas de mayor incidencia, tanto en la población general como en las consultas externas. Con frecuencia, se manifiesta de forma enmascarada, simulando o confundiendo con diversas enfermedades, lo que dificulta su diagnóstico y la adecuada valoración de la magnitud y la calidad de su mejoría. Ventajosamente el apareamiento de varias escalas ha facilitado la valoración de estos dos aspectos. La Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung es un interrogatorio de 20 preguntas que valora la intensidad y la repetición de las manifestaciones depresivas en un tiempo establecido valorando cuatro ámbitos: trastornos del ámbito físico y mental, animosidad, alteraciones psicomotoras y manifestaciones orgánicas. Su puntaje total varía de 20 a 80 con umbrales para catalogar la intensidad de la sintomatología depresiva. Se llama de autoevaluación porque el investigado realiza todo el interrogatorio por su propia cuenta, que consta de 20 interrogantes con respuestas valoradas, según la Escala Likert de 1 a 4 puntos, 1 poco tiempo, 2 algo de tiempo, 3 una buena parte del tiempo y 4 la mayor

parte del tiempo. El valor total de las 20 preguntas va de 20 a 80 con un punto de corte de más o menos 40 que indica manifestaciones depresivas de significancia clínica. La fluctuación del puntaje es de 20-80, considerando 25-49 rango normal, 50-59 ligeramente deprimido, 60-69 moderadamente deprimido y 70 o más, severamente deprimido.

Según Piñerúa-Shuhaiba (2007), “la Autoescala de Zung tiene fiabilidad de 0.80, una sensibilidad de un 97%, con una especificidad de 63% y tiene un 82% de acierto para discriminar depresión”. La fiabilidad de la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung en este estudio de acuerdo con el coeficiente alfa de Cronbach (α), muestra una consistencia interna del total de la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung.

Tabla 1. Análisis de Fiabilidad de la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung

Análisis de Fiabilidad de la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung	
Alfa de Cronbach	0,881

Nota: los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 186 participantes

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

La segunda versión del Inventario de Depresión de Beck constituye una herramienta de autoevaluación que consta de 21 preguntas para determinar la intensidad de las manifestaciones depresivas en adolescentes con mínimo 13 años y adultos. En cada pregunta el encuestado escoge, la que más esté de acuerdo con su estado de ánimo, una de las cuatro opciones estructuradas de mínima a máxima intensidad, dentro de las dos últimas semanas incluido el día de la encuesta. La puntuación de cada respuesta varía de 0 a 3 de acuerdo con la opción elegida y la suma total fluctúa de 0 a 63. El resultado se interpreta de 0 a 13 mínima o no hay depresión, depresión leve de 14 a 19, depresión moderada de 20 a 28 y depresión grave de 29 a 63. De acuerdo con Sanz et al., (2013), que valoró las características

psicométricas de la prueba en individuos con patología psicológica, alumnos universitarios y en la población general en muestras de españoles.

De igual manera, se analizó la fiabilidad, que es de 0,80 y en esta presente investigación, la cual, se realizó a través del coeficiente Alfa de Cronbach (α). Por lo que, se analizó la consistencia interna del puntaje total de la prueba de BDI-2, el cual, se muestra en la siguiente tabla 2.

Tabla 2. Análisis de Fiabilidad del Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)
Análisis de Fiabilidad del Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Alfa de Cronbach	0,949
-------------------------	-------

Nota: los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 186 participantes

El estudio de fiabilidad muestra una consistencia interna elevada con un valor coeficiente Alfa de Cronbach equivalente a 0,949 respecto a la puntuación total del Inventario de Depresión de Beck- II, el cual, está conformado por 21 ítems. Por lo que, se diría que los resultados son válidos y confiables.

Cuestionario del APGAR Familiar

Es una herramienta que expone la manera de apreciación en un instante definido de los elementos familiares el grado de funcionalidad del núcleo familiar de manera total, aplicable incluso en infantes. La transcripción de esta percepción tiene relevancia en la atención primaria porque es ahí donde la mayoría de los pacientes refieren frontalmente sus situaciones familiares y al escucharlas se entabla un adecuado relacionamiento del paciente con el profesional de salud. Según Valencia-Vargas (2021) "Este contexto de atención, demanda instrumentos cortos, comprensibles por un amplio espectro de la población adulta mayor y que sean válidos y confiables para la toma de decisiones. Entre las alternativas disponibles, la escala APGAR-familiar, diseñada por Smilkstein en 1978 para medir la funcionalidad familiar, ha sido utilizada en numerosas investigaciones por su

brevedad y facilidad de adaptación a otros idiomas y contextos.”. Es así como en la atención primaria con el Apgar familiar el profesional tiene un acercamiento inicial en la detección de grupos familiares disfuncionales o con conflictos, logra su diagnóstico, tratamiento y seguimiento y una posterior referencia a profesionales especializados en el área.

Las funciones que valora el Apgar familiar están representadas verticalmente por sus letras, ya que actúa como un acróstico en la que cada letra es la inicial de la función familiar que valora y que constituyen las cinco funciones básicas de la familia. Estas funciones son: **A**daptación, **P**articipación, **G**radiente de recurso personal, **A**fecto, y **R**ecursos, los que a su vez constituye sus componentes. Se define como adaptación a la competencia de la familia para el uso de medios disponibles dentro y fuera del núcleo para la solución de problemas de conflictos desencadenados por situaciones de tensión permanente o episódicos.

El Apgar familiar se recomienda aplicar a cada uno de los pacientes en la segunda entrevista usando el Cuestionario para la Evaluación de la Funcionalidad de la Familia, que consta de 10 preguntas con respuestas puntuadas de 0 a 4, 0 nunca, 1 casi nunca, 2 algunas veces, 3 casi siempre y 4 siempre. El formulario se entrega al paciente para que conteste personalmente, marcando con una X la respuesta que crea conveniente a excepción de los analfabetos en los que tiene que el entrevistador. El total de la puntuación se interpreta como normal 17 a 20, disfunción leve 16 a 13, disfunción moderada 12 a 10 y disfunción severa menor o igual a 9. Su fiabilidad es de 0,71.

Tabla 3. Análisis de Fiabilidad Cuestionario Apgar Familiar

Análisis de Fiabilidad Cuestionario Apgar Familiar	
Alfa de Cronbach	0,805

Nota: los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 186 participantes

Este resultado del coeficiente alfa de Cronbach de 0,805 nos indica que existe una alta consistencia interna del valor total del Apgar Familiar de 5 ítems lo que determina que hay validez y fiabilidad de los resultados obtenidos. Intervalos de confianza.

Procedimiento metodológico

El diseño metodológico se estructuró en fases secuenciales. En la etapa inicial, se realizó una revisión sistemática y recopilación de fuentes bibliográficas, lo que permitió fundamentar las variables de estudio bajo el estado del arte y la praxis del marco teórico. Posteriormente, se delimitó la población objeto de estudio, de la cual se extrajo una muestra representativa mediante un proceso de muestreo definido. Para la recolección de datos, se seleccionaron instrumentos que garantizan la validez y confiabilidad de la investigación: el Consentimiento Informado para asegurar el cumplimiento de los principios éticos, una Ficha Sociodemográfica Ad Hoc para la caracterización de los participantes y tres instrumentos psicométricos: la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung, el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Cuestionario de APGAR Familiar.

Una vez decidida la temática, se redactó el Capítulo I. Estado del Arte y de la Práctica, durante los meses de septiembre y octubre de 2025, sobre la base de numerosas referencias bibliográficas, estudios de investigación, publicaciones académicas y portales autorizados. Luego se elaboró el Capítulo II. Diseño Metodológico, en el mes de noviembre de 2025, utilizando también citas bibliográficas adecuadas al tema principalmente en lo referente a las herramientas utilizadas como Consentimiento Informado, Ficha Sociodemográfica Ad Hoc, Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung, Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) y Cuestionario del Apgar Familiar.

Se elaboró el Consentimiento Informado, Ficha Sociodemográfica Ad Hoc, Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung, Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) y Cuestionario del Apgar Familiar, en hojas impresas que se proporcionó de

forma presencial a cada estudiante participante en el estudio en el lugar de las aulas de clase de la Unidad Educativa “Rodríguez Albornoz” de Ambato.

Contando con las autorizaciones correspondientes junto con el Consentimiento Informado de los participantes se empleó los formularios de Ficha Sociodemográfica Ad Hoc, Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung, Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) y Cuestionario del Apgar Familiar a los 186 estudiantes de la Unidad Educativa “Rodríguez Albornoz” de Ambato. Los estudiantes fueron encuestados en las aulas de clase de la Unidad Educativa “Rodríguez Albornoz” de Ambato el día 17 de octubre de 2025 de 8 AM a 1 PM.

Una vez obtenido el total de los datos de las encuestas se introdujo la información a la plataforma estadística SPSS en una base de datos codificados con lo cual se valoró las herramientas utilizadas. Luego se hizo el análisis tanto sociodemográfico de los sujetos de estudio como descriptivo y correlacional de las variables de investigación. Fue también analizado las propiedades psicométricas de las herramientas utilizadas como la validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio con lo cual se terminó el marco metodológico. Y para concluir se escribieron las conclusiones y recomendaciones de esta investigación. Estas últimas actividades fueron efectuadas durante el mes de diciembre de 2025.

Por otra parte, se realizó el análisis de resultados para el mismo, se pasaron los datos obtenidos en las encuestas se pasaron al programa estadístico SPSS, para crear una base de datos la cual, se codificó y a medida de esto se pudo calificar los instrumentos aplicados. Seguidamente se realizó un análisis sociodemográfico de los participantes, análisis descriptivo, y correlacional de las variables de estudio. Después de ello, se pudo realizar el análisis de confiabilidad de los instrumentos utilizados para finalizar el marco metodológico. Y para finalizar, se redactó el capítulo de conclusiones y recomendaciones de la presente investigación. Todo esto se llevó a cabo en los meses de noviembre e inicios de mes de diciembre.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Análisis sociodemográficos

Análisis descriptivo por edad

La tabla 4, detalla las particularidades de los individuos del estudio en consideración a la variable de edad. Por lo cual, se efectuó el análisis estadístico de la media aritmética (*M*), desviación estándar (*DE*), asimetría (*As*) y curtosis (*Cu*).

Tabla 4. Análisis descriptivo por Edad

Análisis descriptivo por Edad	
Variables	
<i>M</i>	13,46
<i>DE</i>	1,235
<i>As</i>	,505
<i>Cu</i>	-,109
<i>Mínimo</i>	11 años
<i>Máximo</i>	16 años

Nota: los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 186 participantes

Los resultados alcanzados en este análisis descriptivo determinan que la media es de $M = 13,46$, que significa que la variable edad está de acuerdo con los adolescentes que cursan de Octavo Grado a Tercero de Bachillerato.

Análisis descriptivo género de los participantes

La tabla 5, detalla las particularidades de los individuos del estudio en consideración a la variable de sexo. Por lo cual, se efectuó el análisis estadístico de la frecuencia y porcentaje.

Tabla 5. Análisis descriptivo género de los participantes

Análisis descriptivo género de los participantes		
Género	Frecuencia	%
Femenino	128	68,8%
Masculino	58	31,2%

Nota: los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 186 participantes

El género de los 186 adolescentes escolarizados participantes. Los resultados indican una predominancia del género femenino, que representa el 68,8% ($n = 128$) de la población total estudiada, frente a un 31,2% ($n = 58$) correspondiente al género masculino.

De acuerdo con la literatura científica ha señalado que las mujeres tienden a participar con mayor frecuencia en investigaciones relacionadas con la salud mental, lo cual puede explicarse tanto por una mayor disposición a reconocer y reportar síntomas emocionales, como por mayor búsqueda de ayuda psicológica, en comparación con los hombres (García et al., 2019). Esta tendencia podría influir en la composición de la muestra y no necesariamente reflejar la distribución real de la problemática en la población general.

Así mismo, la literatura ha documentado consistentemente una mayor prevalencia de sintomatologías depresiva en mujeres, atribuida a factores biológicos, psicológicos y socioculturales, tanto como cambios hormonales, mayor carga de roles sociales, experiencias de desigualdad y exposición a situaciones de estrés psicosocial (Hoeksema, 2001). En este sentido la predominancia femenina en la muestra podría estar relacionada con una mayor vulnerabilidad reportada frente a los síntomas evaluados por los instrumentos utilizados.

Análisis Descriptivo por Curso

La tabla 6, detalla las particularidades de los individuos del estudio en consideración a la variable curso. Por lo cual, se efectuó el análisis estadístico de la media aritmética (M), desviación estándar (DE), asimetría (As) y curtosis (Cu).

Tabla 6. Análisis descriptivo por Curso

Análisis descriptivo por Curso		
Curso	Frecuencia	%
Octavo	32	17,2%
Noveno	73	39,2%
Décimo	55	29,6%
Bachillerato	26	14,0%

Nota: los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 186 participantes

El curso con la mayor representación es noveno, con 73 participantes, concentra la mayor parte de la muestra alcanzando el 39,2% del total. Segundo lugar fue décimo, con una frecuencia de 55, representa cerca de un tercio de la muestra con el 29,6%. El curso menos representado es octavo y bachillerato que tiene una representación menos y son los grupos más pequeños.

Diversos estudios han señalado que la adolescencia temprana y media, etapas que coinciden principalmente con los cursos de noveno y décimo, se caracterizan por una mayor vulnerabilidad emocional asociada a cambios biológicos, cognitivos y psicosociales propios del desarrollo (Steinberg,2014). En este contexto la mayor participación de estos cursos resulta relevante para la investigación, ya que trata de un periodo crítico para la aparición y manifestación de síntomas depresivos, evaluados en el presente estudio mediante la Escala de Depresión de Zung y el Inventario de la depresión de Beck.

Asimismo, la transición entre niveles educativos, el aumento de las exigencias académicas, la presión por el rendimiento escolar y los cambios en las relaciones sociales han sido identificados como factores que pueden incrementar el malestar emocional y sintomatología depresiva en estudiantes de cursos intermedios (Compas, et al., 2017). Con ello la predominancia de estudiantes de noveno y décimo.

Análisis Descriptivo de Tipo de Convivencia Familiar

Tabla 7. Análisis descriptivo de tipo de convivencia familiar

Variables		
Tipo de Familia	Frecuencia	%
Nuclear	79	42,5
Monoparental	30	16,1
Extendida	66	35,5
Reconstruida	11	5,9

Nota: los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 186 participantes

Respecto a la convivencia se encontró que la familia nuclear es mayor con 79 participantes. Este grupo constituye la mayor parte de la muestra, representando el 42,5% del total. El segundo grupo más grande es la familia extendida con 66 participantes, con el 35,5% de la muestra. La familia monoparental se sitúa en el tercer lugar, con 30 participantes que corresponde al 16,1%. La familia reconstruida (formada por una nueva pareja, donde uno o ambos tienen hijos de relaciones anteriores) es del tipo menos frecuente con solo 11 participantes que es el 5,9%.

La predominancia familiar nuclear coincide con lo reportado en diversos estudios latinoamericanos y contextos educativos, donde este tipo de estructura continúa siendo lo más frecuente y se asocia, en general, con mayores niveles de estabilidad emocional y apoyo percibido, siempre que exista una dinámica relacional (Olson, 2011).

No obstante, resulta significativo el alto porcentaje de las familias extendidas (35,5%), lo cual es consistente con estudios realizados en contextos socioculturales donde la convivencia con otros miembros de la familia (abuelos, tíos u otros parientes) responde tanto factores económicos como culturales (García y Restrepo, 2020). La evidencia indica que la familia extendida puede funcionar como un factor protector, al ampliar las redes de apoyo emocional, sin embargo, también puede generar conflictos intergeneracionales que influyen negativamente en el bienestar psicológico cuando existen dinámicas disfuncionales (Pilkauskas y Cross, 2028).

Análisis Descriptivo – Número de hijos

Tabla 8. Análisis descriptivo – número de hijos

Variables	
<i>M</i>	2,18
<i>DE</i>	,900
<i>Mínimo</i>	1
<i>Máximo</i>	6

Nota: los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 186 participantes

Los resultados indican que la mayoría de los participantes ocupa la posición de hijo mayor, representando el 53,2% de la muestra ($n = 99$). En menor proporción se encuentran los participantes que ocupan la posición de hijo menor, con un 31,7% ($n = 59$), mientras que la posición de hijo medio corresponde al 15,1% de los casos ($n = 28$). Esta distribución evidencia una mayor representación de primogénitos en la muestra, lo cual resulta relevante al considerar posibles diferencias asociadas a la posición fraterna en el desarrollo psicosocial de los participantes y en la interpretación de los resultados del estudio.

La literatura científica ha señalado que el tamaño de la familia puede influir en la dinámica familiar y en el bienestar emocional de sus miembros, particularmente en contextos de desarrollo infantil y adolescente. De acuerdo con Conger (2010), las familias con mayor número de hijos pueden enfrentar mayores demandas económicas y parentales, lo que podría impactar en disponibilidad de tiempo y apoyo emocional percibido por los hijos. Estas condiciones han sido asociadas, en algunos casos, con un incremento de estrés familiar y del riesgo de sintomatología depresiva.

No obstante, otras investigaciones destacan que el efecto del número de hijos sobre el bienestar psicológico no es lineal ni determinista, sino que depende de factores como la calidad de las relaciones familiares, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento parental (Bradley y Corwyn, 2002). En este sentido, familias numerosas pueden construir redes de apoyo emocional, favoreciendo la socialización y el sentido de pertenencia, especialmente en contextos culturales donde la convivencia familiar extensa es valorada.

Análisis Descriptivo – Fratría (Posición del sistema de hermanos)

Tabla 9. Análisis descriptivo Fratría (Posición del sistema de hermanos)

Variables		
Posición en la fratría	Frecuencia	%
Mayor	99	53,2
Medio	28	15,1
Menor	59	31,7

Nota: los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 186 participantes

La Tabla 9 presenta la distribución de los participantes según su posición de la fratría. Los datos fueron obtenidos de una muestra total de 186 adolescentes participantes. Se observa que la mayoría de los participantes ocupa la posición de hijo mayor, con un total de 99 personas, lo que representa el 53,2% de la muestra. En segundo lugar, se encuentran los participantes de hijo menos con 59 personas que es equivalente al 31,7%. Esta porción refleja casi un tercio de la muestra corresponde a hermanos menores.

La literatura psicológica ha señalado que la posición dentro del sistema de hermanos puede influir en la construcción de rasgos de personalidad, relaciones asumidas y estilos de afrontamiento emocional. Diversos estudios indican que los hermanos mayores suelen asumir roles de mayor responsabilidad, liderazgo y cuidado, lo cual puede favorecer el desarrollo de habilidades adaptativas, pero también incrementar la autoexigencia y el estrés, especialmente en contextos familiares con altas demandas (Suloway, 1996). Estas características podrían vincularse con una mayor vulnerabilidad a síntomas internalizantes como la depresión, cuando las exigencias superan los recursos personas y familiares.

Los hermanos menores suelen recibir mayores niveles de protección y apoyo familiar.

Análisis descriptivo – Estado Civil Parental

Tabla 10. Análisis descriptivo– Estado Civil Parental

Variables		
Estado Civil	Frecuencia	%
Casados	99	53,2
Unión libre	22	11,8
Separados	28	15,1
Divorciados	30	16,1
Viudos	7	3,8

Nota: los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 186 participantes

La Tabla 10 presenta la distribución del estado civil parental de los 186 participantes evaluados en el estudio. La categoría mayor se halla en las parejas casadas con 99 participantes, lo que representa el 53,2% del total. Eso indica que más de la mitad de la muestra proviene de hogares con estructuras conyugales formalmente construidas.

La predominancia de padres casados coincide con lo reportado en múltiples estudios que señalan a estabilidad conyugal suele asociarse con mayores niveles de apoyo emocional, cohesión familiar y organización del sistema familiar, factores que pueden actuar como elementos protectores frente a la sintomatología depresiva (Amato,2010). No obstante, la literatura también enfatiza que no es el estado civil en sí mismo, sino la calidad de la relación parental, lo que resulta determinante para el desarrollo emocional.

Por otro lado, los porcentajes correspondientes a padres divorciados y separados, que en conjunto representa más del 30% de la muestra, adquiere especial relevancia clínica y educativa. Diversos estudios han evidenciado que los procesos de separación y divorcio pueden generar estrés familiar, cambios en las dinámicas de convivencia y alteraciones en los roles parentales, lo que puede incrementar el riesgo de síntomas depresivos en niños y adolescentes, especialmente cuando estos procesos se caracterizan por altos niveles de conflicto (Amato y Keith, 1991).

En la relación con la unión libre, investigaciones recientes señalan que este tipo de convivencia puede presentar mayores niveles de inestabilidad relacional, dependiendo del contexto sociocultural, lo que podría influir en la percepción de

seguridad emocional de los hijos (Brown, 2010). Si embargo, al igual que en otros estados civiles, el impacto psicológico depende fundamentalmente de la funcionalidad familiar, la comunicación y el apoyo parental.

La viudez representa el porcentaje más bajo, la literatura señala que la pérdida de uno de los progenitores constituye un evento vital estresante, que puede afectar el ajuste emocional de los hijos si no se cuenta con redes de apoyo adecuadas (Worden, 2009). No obstante, su impacto varía según el tiempo transcurrido desde la pérdida y los recursos familiares disponibles.

Análisis descriptivo – Rendimiento Académico

Tabla 11. Análisis descriptivo– Rendimiento Académico

Variables		
Tipo de Familia	Frecuencia	%
Muy bueno	85	45,7
Bueno	25	13,4
Regular	8	4,3
Malo	68	36,6

Nota: los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 186 participantes

La tabla 11 muestra la distribución del rendimiento académico reportado por los 186 participantes evaluados. Los resultados permiten identificar tendencias claras en el desempeño escolar. La categoría con mayor representación es “Muy bueno”, con 85 participantes, equivalente al 45,7%. En contraste la categoría “Malo” que incluya a 68 participantes con el (36,6%), este porcentaje refleja más de un tercio de los estudiantes.

La literatura ha señalado que el rendimiento académico se encuentra estrechamente vinculado al bienestar emocional y a la salud mental de los estudiantes. Diversos estudios indican que la sintomatología depresiva puede afectar negativamente procesos cognitivos fundamentales para el aprendizaje, como la atención, la memoria y la motivación, lo que se traduce en un bajo desempeño escolar (Hishinima et al, 2012). En ese sentido, el porcentaje del rendimiento académico malo podría estar asociado a la presencia de síntomas depresivos.

Por otro lado, el alto porcentaje de estudiantes con rendimiento muy bueno sugiere la presencia de factores protectores, tales como la estrategia de afrontamiento adecuadas, apoyo familiar y escolar, si como un nivel adecuado nivel de autorregulación emocional. Investigaciones previas han demostrado que un entorno familiar funcional y el apoyo parental se asocian con mejores resultados académicos y menor riesgo de problemas emocionales (Fan y Williams, 2010).

Análisis descriptivo – Ausencias durante el año lectivo

Tabla 12. Análisis descriptivo– Ausencias durante el año lectivo

Variables	Frecuencia	%
Faltas		
Física	60	32,3
Emocional	125	67,2
Otras	1	0,5

Nota: los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 186 participantes

La categoría con mayor frecuencia corresponde a las ausencias emocionales con 125 participantes, lo que representa el 67,2% del total. Evidencia que más de la mitad de los estudiantes experimento ausencia relacionadas a factores emocionales, lo cual puede indicar dificultades afectivas, problemas de adaptación, estrés o malestar psicológico. Después están las ausencias físicas reportadas por 60 participantes, equivalente al 32,3%. Estas ausencias pueden asociarse a motivos de salud corporal, resfriados, fiebre ente otros.

Estudios recientes indican que las ausencias emocionales se encuentran estrechamente relacionadas con problemas de salud mental, tales como síntomas depresivos, ansiedad, estrés académico y dificultades familiares. Según Wang y Holcombe (2010), los estudiantes con bajo compromiso emocional presentan mayores niveles de malestar psicológico y menor sensación de pertenencia escolar, lo que repercute negativamente en su adaptación socioemocional.

Análisis descriptivo – Ambiente Familiar

Tabla 13. Análisis descriptivo– Ambiente Familiar

Variables		
Ambiente Familiar	Frecuencia	%
Muy armonioso	56	30,1
Mayormente bueno y funcional	69	37,1
Neutro o con altibajos ocasionales	45	24,2
Tenso o con desafíos frecuentes	12	6,5
Muy conflictivo o disfuncional	4	2,2

Nota: los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 186 participantes

Los resultados evidencian que la mayoría de los participantes percibe su ambiente familiar como favorable. En particular, el 37,1% (n = 69) lo describe como mayormente bueno y funcional, seguido del 30,1% (n = 56) que lo califica como muy armonioso. En contraste, el 24,2% de la muestra (n = 45) señala un ambiente neutro o con altibajos ocasionales. Por otro lado, un menor porcentaje de participantes reporta contextos familiares adversos, donde el 6,5% (n = 12) describe su ambiente como tenso o con desafíos frecuentes y el 2,2% (n = 4) lo considera muy conflictivo o disfuncional. En conjunto, la distribución sugiere un predominio de ambientes familiares positivos, aunque se identifica un grupo reducido de participantes que experimenta dinámicas familiares desfavorables.

La predominancia familiar nuclear coincide con lo reportado en diversos estudios latinoamericanos y contextos educativos, donde este tipo de estructura continúa siendo lo más frecuente y se asocia, en general, con mayores niveles de estabilidad emocional y apoyo percibido, siempre que exista una dinámica relacional (Olson, 2011).

No obstante, resulta significativo el alto porcentaje de las familias extendidas (35,5%), lo cual es consistente con estudios realizados en contextos socioculturales donde la convivencia con otros miembros de la familia (abuelos, tíos u otros parientes) responde tanto factores económicos como culturales (García y Restrepo, 2020). La evidencia indica que la familia extendida puede funcionar como un factor protector, al ampliar las redes de apoyo emocional, sin embargo, también puede generar conflictos intergeneracionales que influyen negativamente

en el bienestar psicológico cuando existen dinámicas disfuncionales (Pilkauskas y Cross, 2028).

Análisis descriptivo – Reporte de diagnóstico de salud mental

Tabla 14. Análisis descriptivo– Reporte de diagnóstico de salud mental

Variables		
Salud Mental	Frecuencia	%
No	150	80,6
Sí	36	19,4

Nota: los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 186 participantes

Los resultados indican que la mayoría de los participantes no reporta contar con un diagnóstico de salud mental, representando el 80,6% de la muestra (n = 150). En contraste, el 19,4% de los participantes (n = 36) señala haber recibido algún diagnóstico de salud mental. Esta distribución evidencia que, aunque predomina la ausencia de diagnósticos reportados, existe una proporción relevante de estudiantes que refiere antecedentes en salud mental, aspecto que resulta pertinente para la interpretación de los resultados y el análisis de posibles asociaciones con las variables estudiadas.

Diversos estudios epidemiológicos han demostrado que los trastornos mentales suelen emerger durante la adolescencia y aunque no todos los jóvenes reciben un diagnóstico formal, una porción significativa presenta sintomatología clínicamente relevante. De acuerdo con Kessler et al (2007), indican que muchos trastornos mentales se inician antes de los 18 años, pero permanecen subdiagnosticados, lo que pondrían explicar el elevado porcentaje de participantes que no reporta un diagnóstico pese a la posible presencia de malestar psicológico.

3.2. Análisis de variables

Análisis descriptivo de la depresión según la Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung

En la tabla 15, se describe la variable de depresión según la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung, por lo que se hace un análisis categórico para ver si existe depresión mínima, leve, moderada o severa. Para lo mismo, se realizó el análisis estadístico presentadas a través de la media aritmética (M), desviación estándar (DE), asimetría (As) y curtosis (Cu).

Tabla 15. Análisis descriptivo de la depresión según la Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung.

Variables		
M	40,08	
DE	6,454	
As	-,252	
Cu	1,241	
Mínimo	20 puntos	
Máximo	60 puntos	
Nivel de Depresión		
Categoría	Frecuencia	%
Depresión Ausente	40	21,5%
Depresión Subclínica	142	76,3%
Depresión Moderada	4	2,2%

Nota: los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 186 participantes

Los puntajes observados en la escala presentaron una media de 40,08 (DE = 6,454), con un rango de valores desde 20 hasta 60 puntos, lo que indica variabilidad moderada en las puntuaciones de la muestra.

El estadístico de asimetría es ligeramente negativo (As = -0,252), lo que sugiere una leve concentración de valores por encima de la media y una cola izquierda algo más pronunciada; Por otro lado, la curtosis positiva (Cu = 1,241) señala una distribución más leptocúrtica que la normal, es decir, con mayor concentración de casos alrededor de la media y colas relativamente más pesadas (Sánchez et al., 2024).

En cuanto a la clasificación diagnóstica de depresión, la mayor parte de la muestra se ubicó en el rango de depresión subclínica: 142 participantes (76,3%). La categoría de depresión ausente comprende 40 casos (21,5%) y la depresión moderada en 4 participantes (2,2%). En conjunto, estos resultados muestran una prevalencia elevada de sintomatología subclínica en la muestra evaluada, mientras que los casos con depresión moderada son escasos; este patrón requiere considerarse en la interpretación de asociaciones entre las variables diagnósticas y la funcionalidad familiar.

La literatura científica señala que la depresión subclínica en adolescentes suele asociarse con dificultades en el funcionamiento académico, problemas en las relaciones familiares y sociales, así como con una mayor vulnerabilidad ante situaciones de estrés (Lewinsohn, et al., 2000). En este sentido, la elevada proporción de participantes con sintomatología subclínica observada en el presente estudio resalta la importancia de implementar estrategias preventivas e interpretaciones tempranas en el contexto educativo y familiar.

La baja proporción de participantes con depresión moderada podría explicarse por el carácter de autoevaluación de la escala de Zung, la cual tiende a captar con mayor sensibilidad síntomas leves y somáticos, pudiendo subestimar la severidad de la sintomatología depresiva en comparación con otros instrumentos clínicos más específicos. Este aspecto coincide con lo señalado en la literatura respecto a las diferencias en la sensibilidad diagnóstica entre escalas de autoreporte (Beck, et al., 1996).

Análisis descriptivo de la depresión según el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

En la tabla 16, se describe la variable de depresión según el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2), por lo que se hace un análisis categórico para ver si existe depresión mínima, leve, moderada o severa. Para lo mismo, se realizó el análisis estadístico presentadas a través de la media aritmética (M), desviación estándar (DE), asimetría (As) y curtosis (Cu).

Tabla 16. Análisis descriptivo depresión según Inventario de Depresión de Beck (BDI II)

Variables		
M	17,53	
DE	13,420	
As	,666	
Cu	,117	
Mínimo	0 puntos	
Máximo	58 puntos	
Nivel de Depresión		
Categoría	Frecuencia	%
Depresión Mínima	82	44,1%
Depresión Leve	33	17,7%
Depresión Moderada	29	15,6%
Depresión Grave	42	22,6%

Nota: los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 186 participantes

Los puntajes en el BDI-II exhibieron una media de $M = 17,53$ ($DE = 13,420$), con valores mínimos y máximos de 0 y 58 puntos respectivamente, lo que indica una amplia variabilidad en las puntuaciones dentro de la muestra.

La asimetría positiva ($As = 0,666$) sugiere una cola derecha moderada, es decir, una presencia de puntuaciones elevadas en un subgrupo de participantes; la curtosis próxima a la normalidad ($Cu = 0,117$) indica una forma de distribución cercana a mesocúrtica (Sánchez et al., 2024).

En términos de clasificación por niveles, el 44,1% de la muestra ($n = 82$) se ubicó en una clasificación diagnóstica de depresión mínima; el 17,7% ($n = 33$) bajo la clasificación diagnóstica de depresión leve, el 15,6% ($n = 29$) reportaron puntuaciones categorizadas en el diagnóstico de depresión moderada y el 22,6% ($n = 42$) en depresión grave.

En conjunto, 71 participantes (38,2%) presentaron sintomatología de relevancia clínica correspondiente a depresión moderada o grave, mientras que la media poblacional se sitúa en el rango de depresión leve según la clasificación empleada. Estos hallazgos reflejan una heterogeneidad notable en los niveles depresivos de la muestra y resaltan la presencia de un subgrupo con sintomatología elevada.

La literatura científica ha señalado que la depresión moderada y grave en adolescentes y jóvenes se asocia con dificultades significativas en el rendimiento

académico, problemas en las relaciones familiares y sociales, así como con un mayor riesgo de conductas desadaptativas (Thapar et al, 2012). En este sentido, el porcentaje de participantes con depresión grave observado en el presente estudio representa hallazgo de relevancia clínica y preventiva.

Análisis descriptivo de la funcionalidad familiar

En la tabla 17, se describe la variable de Funcionalidad Familiar por lo que se hace un análisis categórico para ver si existe normalidad, disfunción leve, disfunción moderada y disfunción severa. Para lo mismo, se realizó el análisis estadístico presentadas a través de la media aritmética (*M*), desviación estándar (*DE*), asimetría (*As*) y curtosis (*Cu*).

Tabla 17. Análisis descriptivo de la funcionalidad familiar – APGAR Familiar

Variables		
<i>M</i>	12,72	
<i>DE</i>	5,289	
<i>As</i>	-,385	
<i>Cu</i>	-.669	
<i>Mínimo</i>	0 puntos	
<i>Máximo</i>	20 puntos	
Nivel de Depresión		
Categoría	Frecuencia	%
Funcional	42	22,6%
Disfunción Normal	45	24,2%
Disfunción moderada	48	25,8%
Disfunción grave	51	27,4%

Nota: los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 186 participantes

Los puntajes en el APGAR Familiar mostraron una media de $M = 12,72$ ($DE = 5,289$), con un rango entre 0 y 20 puntos, lo que refleja una variabilidad amplia en la percepción de la funcionalidad familiar dentro de la muestra. El estadístico de asimetría ($As = -0,385$) indica una ligera asimetría negativa, indicando una leve concentración de puntajes hacia valores más altos y la curtosis negativa ($Cu = -0,669$) sugiere una distribución algo más plana que la normal (placiquímica), con colas relativamente menos prominentes (Sánchez et al., 2023).

En cuanto a la clasificación por niveles, sólo el 22,6% de los participantes ($n = 42$) se ubicó en la categoría funcional, mientras que el 24,2% ($n = 45$) presentó disfunción normal, el 25,8% ($n = 48$) disfunción moderada y el 27,4% ($n = 51$)

disfunción grave. En conjunto, el 77,4% de la muestra algún grado de disfunción familiar, y más de la mitad (53,2%) presenta disfunción de grado moderado o grave, hallazgo relevante para la interpretación de asociaciones con variables psicosociales y para la priorización de intervenciones dirigidas a la mejora del entorno familiar.

La literatura científica ha señalado que la disfunción familiar se asocia de manera significativa con el desarrollo de sintomatología emocional, incluyendo depresión, dificultades en la regulación emocional y bajo rendimiento académico en población infantil y adolescentes (Olson, 2011). En este sentido, los altos niveles de disfunción observados en la muestra podrían actuar como factores de riesgo para el bienestar psicológico de los participantes.

Análisis de la distribución de normalidad

A continuación, se interpreta el resultado de las pruebas de normalidad aplicadas a las puntuaciones totales de las escalas Zung, Beck y APGAR Familiar.

Tabla 18. Pruebas de Normalidad

	Kolmogórov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung	,075	186	,013	,977	186	,004
Inventario de Depresión de Beck	,096	186	,000	,945	186	,000
Cuestionario APGAR Familiar	,088	186	,001	,954	186	,000

Nota: los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 186 participantes

De acuerdo con los resultados de las pruebas de normalidad aplicadas a las variables principales del estudio (Zung, Beck y APGAR Familiar), se evidencia que ninguna de ellas cumple con el supuesto de normalidad, dado que los valores de significación obtenidos en las pruebas de Kolmogorov–Smirnov y Shapiro–Wilk fueron inferiores a 0,05. Esta condición indica que las distribuciones de los puntajes se desvían significativamente de una distribución normal, lo que limita el uso de estadísticos paramétricos que requieren dicho supuesto, como el coeficiente de correlación de Pearson (Pinilla y Rico, 2021).

En función de esta no normalidad, el análisis de la relación entre las variables se sustenta en el empleo de un estadístico correlacional no paramétrico. En este contexto, el coeficiente de correlación de rangos de Spearman (ρ) resulta el más adecuado, ya que no exige normalidad en la distribución de los datos (Pinilla y Rico, 2021).

3.3. Análisis correlacional

A continuación, se presenta el análisis de correlación bivariada de las variables de estudio. Dado que los datos fueron procesados utilizando el coeficiente de correlación Rho de Spearman entendiendo que las variables no cumplen con los supuestos de normalidad requeridos para pruebas paramétricas; El nivel de significancia se estableció = 0,01 (bilateral) para determinar la existencia de relaciones estadísticamente significativas.

Tabla 19. Correlaciones

Variables		Esca la de Autoevaluación de Depresión de Zung	Inventario de Depresión de Beck	Cuestionario APGAR-familiar	
Rho de Spearman	Esca la de Autoevaluación de Depresión de Zung	Coeficiente de correlación	1,000	,209**	-,039
		Sig. (bilateral)	.---	,004	,595
	Inventario de Depresión de Beck	Coeficiente de correlación	.---	.---	-,407**
		Sig. (bilateral)	.---	.---	,000
	Cuestionario APGAR-familiar	Coeficiente de correlación	.---	.---	1,000
		Sig. (bilateral)	.---	.---	.---

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

La matriz de correlaciones de Spearman revela patrones de asociación diferenciados entre las escalas evaluadas; En primer lugar, se observó una correlación positiva y estadísticamente significativa entre los puntajes de la Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung y el Inventario de Depresión de Beck ($r=0,209$; $p=0,004$). No obstante, la magnitud baja de la correlación sugiere que, si

bien ambos instrumentos evalúan el mismo constructo general de sintomatología depresiva, no lo hacen de manera idéntica ni con el mismo nivel de sensibilidad.

Esta diferencia puede explicarse por las particularidades conceptuales y psicométricas de cada escala. Por un lado, la Escala de Zung presenta una clasificación más general de los niveles de depresión, mientras que el BDI-II ofrece una categorización más detallada, lo que permite captar variaciones más sutiles en la intensidad de los síntomas depresivos.

En este sentido, la correlación positiva y significativa entre ambas escalas respalda su validez concurrente, al demostrar que miden un constructo común; sin embargo, la baja magnitud del coeficiente pone de manifiesto que cada instrumento aporta información complementaria. Por lo tanto, los resultados sugieren que el BDI-II podría ser más sensible para detectar diferencias en la gravedad de la depresión, mientras que la escala de Zung cumple un rol más general de tamizaje, lo que explica la relación moderada con otras variables y la asociación más débil con el APGAR Familiar.

En cuanto a la correlación entre los puntajes totales de la Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung y el APGAR Familiar fue negativa y de magnitud muy baja ($\rho = -0,039$), sin alcanzar significación estadística ($p = 0,595$). Este resultado indica la ausencia de una relación relevante entre ambas variables en la muestra estudiada, sugiriendo que los niveles de depresión evaluados mediante la escala de Zung no se asocian de manera consistente con la funcionalidad familiar percibida.

Por el contrario, la correlación entre el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el APGAR Familiar mostró una asociación negativa de magnitud moderada ($\rho = -0,407$), estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Esta relación inversa indica que a mayores niveles de depresión, menores niveles de funcionalidad familiar, y viceversa. Es importante señalar que el signo negativo de la correlación no implica un error en el análisis, sino que refleja la dirección de la relación entre ambas

variables, coherente con el marco teórico que vincula el bienestar emocional con el funcionamiento del entorno familiar.

La diferencia observada entre los resultados obtenidos con la escala de Zung y el BDI-II puede atribuirse, en parte, a la variabilidad diagnóstica que ofrece cada instrumento. Mientras que la escala de Zung clasifica la depresión en categorías más generales (ausente, subclínica y moderada/grave), el BDI-II contempla un mayor número de niveles (mínima, leve, moderada y grave), lo que permite una discriminación más fina del grado de sintomatología depresiva. Esta mayor sensibilidad del BDI-II podría explicar la detección de una relación más clara y significativa con la funcionalidad familiar.

En conjunto, los resultados correlacionales sugieren que la asociación entre depresión y funcionalidad familiar se evidencia de manera más consistente cuando la depresión es evaluada mediante instrumentos con mayor variabilidad diagnóstica, como el BDI-II. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar las características psicométricas y categoriales de los instrumentos utilizados al interpretar las relaciones entre variables psicológicas y contextuales.

Comprobación de hipótesis

Con respecto a la comprobación de hipótesis, se estableció que lo siguiente:

- Hipótesis nula: es que no existe relación entre funcionalidad familiar y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados de la ciudad de Ambato
- Hipótesis alternativa: es que existe relación entre funcionalidad familiar y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados de la ciudad de Ambato.

CONCLUSIONES

- La revisión teórica permitió establecer que la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en la adolescencia se encuentran estrechamente vinculadas, dado que la familia constituye un sistema primario de apoyo emocional, comunicación y contención. Los modelos teóricos y la evidencia empírica revisada coinciden en que dinámicas familiares disfuncionales pueden actuar como factores de riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos, mientras que ambientes familiares funcionales operan como factores protectores. Estos fundamentos proporcionaron un marco conceptual sólido para interpretar los resultados empíricos obtenidos en adolescentes escolarizados de la ciudad de Ambato.
- La evaluación de la funcionalidad familiar mediante el APGAR Familiar evidenció que únicamente el 22,6% de los adolescentes percibe a su familia como funcional, mientras que el 77,4% presenta algún grado de disfunción familiar. De manera más específica, el 25,8% de los participantes se ubica en el nivel de disfunción moderada y el 27,4% en disfunción grave, lo que indica que más de la mitad de la muestra (53,2%) experimenta dificultades significativas en el funcionamiento de su entorno familiar. Estas alteraciones se relacionan con dimensiones clave como la adaptación a los cambios, la participación en la toma de decisiones, la expresión de afecto y la capacidad de resolución de problemas, factores esenciales para el desarrollo emocional saludable durante la adolescencia. Este hallazgo resulta particularmente relevante al considerar que la adolescencia es una etapa de alta vulnerabilidad psicológica, en la cual el apoyo familiar cumple un rol fundamental como factor protector frente a problemas de salud mental.
- La evaluación de la sintomatología depresiva evidenció una presencia significativa de síntomas depresivos en los adolescentes escolarizados de la ciudad de Ambato. A partir del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), se identificó que el 38,2% de los participantes presenta niveles clínicamente relevantes de depresión, correspondientes a los rangos moderado (15,6%)

y grave (22,6%). En contraste, la Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung mostró que el 76,3% de la muestra se ubica en el nivel de depresión subclínica, mientras que solo el 2,2% alcanza niveles moderados. Esta divergencia entre instrumentos pone de manifiesto la distinta sensibilidad diagnóstica, ya que el BDI-II permite una discriminación más precisa de la gravedad de los síntomas, mientras que la escala de Zung tiende a agrupar a la mayoría de los adolescentes en categorías amplias. En consecuencia, los resultados sugieren que una proporción considerable de adolescentes presenta sintomatología depresiva que podría pasar desapercibida si no se emplean instrumentos con adecuada capacidad discriminativa.

- El análisis correlacional confirmó una relación inversa y estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva cuando esta fue evaluada mediante el Inventario de Depresión de Beck ($\rho = -0,407$; $p < 0,001$), lo que indica que menores niveles de funcionalidad familiar se asocian con mayores niveles de depresión en los adolescentes, y viceversa. Esta correlación de magnitud moderada respalda empíricamente la influencia del entorno familiar en la salud mental adolescente. Por el contrario, la correlación entre la funcionalidad familiar y la depresión medida con la escala de Zung fue baja y no significativa ($\rho = -0,039$; $p = 0,595$), lo que sugiere que las limitaciones categoriales de este instrumento reducen su capacidad para detectar relaciones estadísticas consistentes.

RECOMENDACIONES

- Se plantea la posibilidad que la Unidad Educativa analice las conclusiones obtenidas y realicen las actividades indispensables de acuerdo con la temática planteada, realizando seminarios que proporcionen a los alumnos las tácticas de enfrentamiento encaminadas a disminuir la sintomatología depresiva.
- Con el objetivo de aumentar los datos obtenidos en este estudio y para la verificación de la hipótesis propuesta se sugiere la ampliación de esta investigación realizando en más Unidades Educativas no solo de la ciudad sino también de la provincia y país en general
- Así mismo para considerar las variables utilizadas en el presente estudio se sugiere el uso de herramientas fiables y con validez de otros trabajos de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- Abambari, C, et al (2013). *La disfuncionalidad familiar como factor asociado a depresión y ansiedad en la población adolescente de Santa Isabel, Azuay – Ecuador*. Rev. Méd. HJCA, 5(1), 69–73. Recuperado de <https://bit.ly/47giXWM>
- Abambari, C., Zhunio, D., Romero, A., Redrován, J., & Atiencia, R. (2013). La disfuncionabilidad familiar como factor asociado a depresión y ansiedad en la población adolescente de Santa Isabel, Azuay – Ecuador. *Rev. Méd. HJCA*, 5(1), 69–73. Recuperado de: <https://bit.ly/435WquC>
- Álvarez, M., et al. (2024). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Galicia, España. Recuperado de: <https://bit.ly/4nvUrqU>
- American Psychiatric Association. (2013). *Major depressive disorder*. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Autor. Recuperado de: <https://bit.ly/4oKvp8r>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Recuperado de: <https://bit.ly/4oKvp8r>
- American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.^a ed., texto revisado). Arlington, VA: Autor. Recuperado de <https://bit.ly/3KXZItJ>
- Angst. (1986). The course of affective disorders. *Psychopath*, 19(Suppl 2), 47–52. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3575628/>

- Arenas, C., & Rojas, D. (2021). *Funcionalidad familiar y salud mental en adolescentes latinoamericanos*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53(2), 45–59. Recuperado de: <https://bit.ly/4heY56W>
- Avellón, V. (2023). Familias disfuncionales: ¿Cómo afectan a la salud mental de los niños? *Clínica Zafra. Salud Mental. Instituto Valenciano de Neuropsiquiatría y Salud Mental*. Valencia, España.
- Bados, A. (2008). La intervención psicológica: características y modelos. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado de <file:///C:/Users/HP/Downloads/IPCS%20características%20y%20modelos.pdf>
- Barnhill, J. W., Wood, W. C., Yonkers, K. A., et al. (2022). Depressive disorders. In J. W. Barnhill (Ed.), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev., Cap. 4). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barrios Gaxiola, M. I., & Frías Armenta, M. (2016). Factores que influyen en el desarrollo y rendimiento escolar de los jóvenes de bachillerato. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 63–82. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=804444652005>
- Barro Lugo, S., Saus Arús, M., Barro Lugo, A., & M. FM. (2004). Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Aten Primaria*, 34(9), 504. Recuperado de: <https://bit.ly/47jyE0S>
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R., Wright, E. J., & Cooper, A. B. (2011). Prevention of depression in at-risk adolescents: Longer-term effects. *JAMA Psychiatry*, 68(11), 1161–1168. Recuperado de <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.106>

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory–II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation. Recuperado de <https://www.pearsonassessments.com>
- Betcher, H. (2022). [Consecuencias en el adolescente y familia]. (Referencia en el texto). Recuperado de: <https://bit.ly/3JCrzPO>
- Betcher, H., et al. (2025). Depresión resistente al tratamiento. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/depression/in-depth/treatment-resistant-depression/art-20044324>
- Blancas, E. (2018). Educación y desarrollo social. *Horizonte de la Ciencia*, 8(14), 113–121. Recuperado de: <https://bit.ly/4ofjK1n>
- Bonet, O., Mazot, A., Casanova, M., & Cruz, N. (2023). Proyecto de investigación y tesis. Guía para su elaboración. *MediSur*, 21(1), 274–288. Recuperado de: <https://bit.ly/4qDnFXo>
- Borja, A., & Montesinos, R. (2018). ¿Tener una buena familia o venir de buena familia? Las familias funcionales. Recuperado de <https://www.apai-psicologos.com/terapia-familiar-valencia/familias-funcionales/>. Valencia, España.
- Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Rev. Méd. Chile*, 142(10). Recuperado de: <https://bit.ly/4hC9gqx>
- Bravo, A. (2017). La educación como eje fundamental para el desarrollo. *DIALOGUS*, (1). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9486093>
- Bretón, M. (2020). Base bioquímica y neuroanatomía de la depresión. *NeuroClass. Neuropatología, Psicopatología*. Recuperado de: <https://bit.ly/47I79nu>

- Cáceres, M. (2018). *Los adolescentes y su experiencia escolar. Interpretación de los adolescentes desde el significado de su experiencia escolar, con relación a la función de la escuela y los procesos de crianza y cuidado familiar* [Tesis de Magister]. Universidad de Manizales. Recuperado de: <https://bit.ly/3WRPUnX>
- Campo, Adalberto, Díaz, Luis Alfonso, & Rueda, Germán Eduardo. (2006). Validez de la escala breve de Zung para tamizaje del episodio depresivo mayor en la población general de Bucaramanga, Colombia. *Biomédica*, 26(3), 415-423. Retrieved October 21, 2025, from <https://bit.ly/47YUIng>
- Carr, A. (2013). *Family therapy: Concepts, process and practice* (3.^a ed.). Chichester, UK: Wiley-Blackwell. Recuperado de <https://bit.ly/4nb0DEk>
- Carranza, M. (2017). *Disfunción familiar y rendimiento académico en el área de matemática en estudiantes de sexto grado de primaria de la Institución Educativa N° 7057 Soberana Orden Militar de Malta, Villa María del Triunfo* [Tesis de Maestría]. Recuperado de: <https://bit.ly/4oKwfC1>
- Casanova, E. (2021). *Factores asociados al conflicto de pareja en población ecuatoriana de 18 a 23 años* [Tesis de Licenciatura]. Universidad Técnica Particular de Loja. Recuperado de: <https://bit.ly/3JvPAYP>
- Castillero, O. (2018). Integración familiar: qué es y por qué es necesaria. Recuperado de <https://psicologíaymente.com/social/integración-familiar>.
- Castro, G. (2002). La depresión a lo largo de la historia. *Prisma*, (18), 20–24.
- Causas de la depresión.* (2023). Recuperado de <https://rodriguezmontero.com/causas-de-la-depresion/>

Chamba, Y. (2021). *Depresión, ansiedad y funcionabilidad familiar en adolescentes de la Unidad Educativa Fiscomisional Manuel José Rodríguez – Parroquia Malacatos, Loja, Ecuador* [Tesis de Médico General]. Universidad Nacional de Loja.

Chamba, Y. (2021). *Depresión, ansiedad y funcionalidad familiar en adolescentes de la Unidad Educativa Fiscomisional Manuel José Rodríguez – Parroquia Malacatos, Loja, Ecuador* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Loja]. Recuperado de <https://bit.ly/4hrcTzC>

Clasificación Internacional de las Enfermedades. (2020). *Decima Revisión: Depresión* (CIE-10).

Claudio, D. (2023). Estructuras familiares. sales@elmundoboston.com.

Cobo, J. (2005). El concepto de depresión. Historia, definición (es), nosología, clasificación. *Psiquiatría.com*.

Cogollo, Z., Gómez, E., De Arco, O., Ruiz, I., & Campo-Arias, A. (2009). Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(4). Recuperado de <https://bit.ly/3Jeh3On>

Cogollo, Z., Gómez, E., De Arco, O., Ruiz, I., & Campo-Arias, A. (2009). Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiatr.*, 38(4).

Colombre, A., Hauché, R., & Gago-Galvagno, L. (2021). Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer. *Revista Psicología UNEMI*, 5(9), 36–45. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol5iss9.2021pp36-45p>

- Cortez L., A. D. (2018). *Procesos y fundamentos de la investigación científica*. Editorial UTMACH. Recuperado de <https://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/12498/1/Procesos-y-FundamentosDeLainvestiagcion Cientifica.pdf>
- Coryell, M. (2023). Depresión. *Manual MSD*. University of Iowa Carver College of Medicine.
- Coryell, W. (2023). (Referencia en el texto).
- Crespo, D., Gil, A., Porrás Chavarino, A., & Grupo de Investigación en Depresión y Psiquiatría de Enlace. (2001). Prevalencia de los trastornos depresivos en psiquiatría de enlace. *Actas Esp Psiquiatr*, 29(2), 75–83.
- Cuijpers, P., & Smit, F. (2004). Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: A systematic review of prospective studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(5), 325–331. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com>
- Delgado-Ruiz, K., & Barcia-Briones, M. (2020). Familias disfuncionales y su impacto en el comportamiento de los estudiantes. *Pol. Con.*, 5(12), 419–433.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos. Institutos Nacionales de la Salud. (2004). *Depresión* (Publicación de NIH Núm. 24-MH-8079S).
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (2022). *DSM-5-TR* (5th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Díaz, T., & Alemán, P. (2008). La educación como factor de desarrollo. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (23), 1–15.

- Dorado, Á., & Benavides, J. (2023). Inclusión educativa de adolescentes con discapacidad en el nivel de secundaria en instituciones educativas de América Latina: revisión sistemática. *Informes Psicológicos*, 23(1), 12–2. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v23n1a01>
- Durán Terán, A. A. (2025). Asociación entre el entorno educativo con la ansiedad y depresión en adolescentes estudiantes de 12 a 18 años de la ciudad de Ambato: Estudio de caso. *Revista Iberoamericana de Ciencias Multidisciplinarias*, 4(3), 3529–3538. <https://doi.org/10.63371/ic.v4.n3.a296>
- Enríquez, R., Pérez, R., Ortiz, R., Cornejo, Y., & Chumpitaz, H. (2021). Disfuncionalidad familiar y depresión del adolescente: una revisión sistemática entre los años 2016-2020. *Conrado*, 17(80).
- Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Levin, S. (1983). The McMaster Model of Family Functioning. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 9(2), 19–31. Recuperado de <https://bit.ly/42lrFMg>
- Estadística Educativa. (2023). *Volumen 4*. Ministerio de Educación. Quito, Ecuador.
- Evans-Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., et al. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med*, 48(9), 1560–1571.
- Fava, M., Østergaard, S. D., & Cassano, P. (2016). Mood disorders: depressive disorders (major depressive disorder). En T. A. Stern, M. Fava, T. E. Wilens, & J. F. Rosenbaum (Eds.), *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry* (2nd ed., Cap. 29). Philadelphia, PA: Elsevier.

- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., & Beautrais, A. L. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 62(1), 66–72. Recuperado de <https://jamanetwork.com>
- Gabilondo, A., Rojas, A. J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Haro, J. M., & Grupo ESEM/MHEDEA 2000. (2008). Prevalencia y factores asociados a los síntomas depresivos en estudiantes de secundaria españoles. *Gaceta Sanitaria*, 22(1), 53–59. Recuperado de <https://bit.ly/46ZzRu7>
- Gabilondo, A., Rojas, A. J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Haro, J. M., & Grupo ESEM eD/MHEDEA 2000. (2008). Prevalencia y factores asociados a los síntomas depresivos en estudiantes de secundaria españoles. *Gaceta sanitaria*, 22(1), 53–59. Recuperado de: <https://bit.ly/4sjelDH>
- Galarza, J., & Solano, N. (2010). *Desintegración familiar asociada al bajo rendimiento escolar* [Tesis de Licenciatura]. Universidad De Cuenca, Ecuador. Recuperado de: <https://bit.ly/4pmMnd0>
- García, F. (2020). *Factores protectores y de riesgo de salud en adolescentes escolarizados de Laguna Larga* [Trabajo Final de Especialización]. Universidad Católica de Córdoba, Argentina. Recuperado de: <https://bit.ly/4911ynb>
- García-López, E., Martínez, A., & Sánchez, M. (2020). Cohesión familiar y salud mental en estudiantes universitarios españoles. *Revista Española de Psicología*, 23(1), 1–9. Recuperado de <https://bit.ly/4nSuXVD>
- Gil, A. (2025). Diversidad familiar: los diferentes tipos de familia actuales. Recuperado de <https://www.canvis.es/diversidad-familiar-tipos-de-familia-actuales/>

- Gómez, A., & Gómez, K. (2019). *Muestreo estadístico para docentes y estudiantes* (1st ed.). Recuperado de https://tauniversity.org/sites/default/files/ebook_muestreo_estadistico_para_docentes_y_estudiantes._dr._angel_gomez_degraves_y_prof._karine_gomez_marquina.pdf
- González, A., Ramírez, P., & Vinueza, M. (2021). Disfuncionalidad familiar y sintomatología depresiva en estudiantes universitarios ecuatorianos. *Revista de Investigación Psicológica del Ecuador*, 5(1), 55–70. Recuperado de <https://bit.ly/4neUg3c>
- Grün, R. (2012). Adolescentes y prácticas culturales entre lo escolar y lo extraescolar. Una experiencia en una escuela de nivel medio de Buenos Aires. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*.
- Guadarrama, L., Escobar, A., & Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 49(2), 66–72.
- Güemes-Hidalgo, M., González-Fierro, M. J., & Hidalgo-Vicario, M. I. (2017). Pubertad y adolescencia. *ADOLESCERE • Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 5(1-4).
- Gutiérrez, J., & García, P. (2023). La base genética de los trastornos depresivos. *Ambiociencias - Revista de Divulgación Científica e Innovación Docente*, (21).

Gutiérrez-Izquierdo, M., & Zambrano-Caballero, A. (2021). Depresión en niños y adolescentes de familias disfuncionales que residen en la Fundación Casa Hogar Belén, Portoviejo. *Pol. Con. (Edición núm. 63)*, 6(11), 1108–1125. Recuperado de <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3317>

Gutiérrez-Izquierdo, M., & Zambrano-Caballero, A. (2021). Depresión en niños y adolescentes de familias disfuncionales que residen en la Fundación Casa Hogar Belén, Portoviejo. *Pol. Con.*, 6(11), 1108–1125. <https://doi.org/10.23857/pc.v6i11.331>.

Guzmán Bravo, J. C., & Zambrano, S. V. (2023). Género y educación en Ecuador: Un análisis histórico sobre las dinámicas femeninas y masculinas en el espacio escolar. *Revista Ecos De La Academia*, 9(18), 29–49. <https://doi.org/10.53358/ecosacademia.v9i18.872>.

Guzmán, L. (2017). La familia. *Colegio de Ciencias y Humanidades. Dirección General. Portal Padres de Familia*. México.

Hall-Flavin, D. (2017). Depresión clínica: ¿Qué significa? *Mayo Clinic*. USA.

Hamalainen, J., Kaprio, J., Isometsa, E., Heikkinen, M., Poikolainen, K., Lindeman, S., et al. (2001). Cigarette smoking, alcohol intoxication and major depressive episode in a representative population sample. *J Epidemiol Community Health*, 55(8), 573–6.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23, 56–62.

Hernández, A. (2021). 12 tipos de relaciones de pareja. Recuperado de <https://www.hernandezpsicologos.es/blog/tipos-de-relaciones-de-pareja/>. Andalucía, España.

- Herrera, P. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(6). Recuperado de <https://bit.ly/4nbyMUA>
- Herrera, P. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Méd Gen Integr*, 13(6).
- Herrera, P. (1999). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 71(1), 39–42.
- Hidalgo, M. (2022). La entrevista clínica y el examen físico del adolescente. *Pediatría Integral*, XXVI(4), 245–256.
- Hidalgo, M., & Ceñal, M. (2014). Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(1), 42–46.
- Higueta-Gutiérrez, L., & Cardona-Arias, J. (2015). Instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud del adolescente. *Hacia la Promoción de la Salud*, 20(2), 27–42. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.2.3>.
- Iglesias, J. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, (2).
- Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. (2023, consultado el 4 de marzo). *Global Health Data Exchange (GHDx)*. Recuperado de <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2023). *Estadísticas sociales sobre familias ecuatorianas 2023*. Quito, Ecuador: INEC. Recuperado de (revisar portal oficial del INEC: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/>)

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2024). *Boletín técnico de matrimonios y divorcios 2024*. Recuperado de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Matrimonios_Divorcios/2024/Boletin_Tecnico_MYD_2024.pdf

Jackson, J. L., Kuriyama, A., Bernstein, J., et al. (2022). Depression in primary care, 2010–2018. *The American Journal of Medicine*, 135(12), 1505–1508. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.amjmed>

Jackson, J. L., Kuriyama, A., Bernstein, J., et al. (2022). Depression in primary care, 2010-2018. *Am J Med*, 135(12), 1505–1508. doi: 10.1016/j.amjmed.

Jaimes, J. (2023). *Confiabilidad y validez del APGAR familiar como instrumento de evaluación de la funcionalidad familiar en usuarios de atención primaria en Bucaramanga* [Tesis de Especialización]. Universidad de Santander, Colombia.

Jiménez, E., & Neri, J. (2003). *Los principales conflictos de pareja* [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México.

Juan Bosco, J. (2023). *Pedagogía centrada en los adolescentes. Marco orientador para la atención de adolescentes en la educación secundaria*. Ministerio de Educación. Lima, Perú.

Leiva, J. (2023). Cambios psicológicos en la adolescencia: ¿cuáles son? Recuperado de <https://adipa.mx/noticias/cambios-psicologicos-en-la-adolescencia-cualesson/>

Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (2000). Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 445–468. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com>

- Lillo, J. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, (90).
- López, D. (2025). Diagnóstico de la depresión. Recuperado de <https://www.menteamente.com>. Madrid, España.
- López, J. (2024). Muestra estadística: Qué es, tipos y ejemplos. Recuperado de <https://economipedia.com/definiciones/muestra-estadistica.html>
- López, L. (2004). Población muestra y muestreo. *Punto Cero*, 9(8), 69–74.
- López, R., & Sánchez, P. (2023). Actualización sobre el aumento de trastornos mentales en la adolescencia y estrategias de manejo clínico en Atención Primaria. En *Congreso de Actualización en Pediatría 2023* (pp. 23–31). Madrid: Lúa Ediciones 3.0.
- Malpartida, M. (2020). Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5(9), e543.
- Mantilla-Falcón, L., & Alomaliza, C. (2017). La disfuncionalidad familiar y los niveles de depresión en adolescentes de una unidad educativa rural en Ambato, Ecuador. *Revista ENIAC Pesquisa*, 6(2). Recuperado de (no disponible en acceso abierto)
- Mantilla-Falcón, L., & Alomaliza, C. (2017). La disfuncionalidad familiar y los niveles de depresión en adolescentes de una unidad educativa rural en Ambato, Ecuador. *Revista ENIAC Pesquisa*, 6(2).
- Margiotta, M. (2025). La depresión mayor: síntomas, diagnóstico y tratamiento. *Unobravo.com*.

- Martín Pavón, M. J., Santo Sevilla, D. E., & Jenaro Río, C. (2018). Factores personales-institucionales que impactan el rendimiento académico en un posgrado en educación. *CPU-e. Revista de Investigación Educativa*, (27), 4–32. <https://doi.org/10.25009/cpue.v0i27.2556>.
- Maureira, F. (2011). Los cuatro componentes de la relación de pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(1).
- Medina, M., Rojas, C., Bustamante, W., Loaiza, R., Martel, C., & Castillo, R. (2023). *Metodología de la investigación: Técnicas e instrumentos de investigación*. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú S.A.C.
- Mejía, E. (2005). *Técnicas e instrumentos de investigación*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de: <https://bit.ly/4jtuR5y>
- Mendoza, M., & Ballesta, E. (2023). Más allá de la deserción escolar: Importancia atribuida a la finalización de la educación secundaria en cuatro comunidades educativas chilenas. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*. <https://doi.org/10.15517/aie.v23i3.54644>
- Ministerio de Educación. (2023). *Estadística educativa* (Vol. 4). Quito, Ecuador.
- Ministerio de Educación. (2024). *Instructivo de evaluación estudiantil*. Recuperado de <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2025/04/Instructivo-de-Evaluacion-Estudiantil-2025.pdf>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2025). *Informe Psicológico*. Recuperado de <https://biblioteca.inclusion.gob.ec>
- Ministerio del Trabajo. (2021). *Estudio de empleabilidad juvenil* (MDT-DIET 0084). Quito.

- Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia familiar*. Barcelona, España: Gedisa.
Recuperado de (no disponible en acceso abierto)
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (2009). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona, España: Paidós. Recuperado de (no disponible en acceso abierto)
- Miranda, S., & Ortiz, J. (2020). Los paradigmas de la investigación: un acercamiento teórico para reflexionar desde el campo de la investigación educativa. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 11(21), e113. <https://doi.org/10.23913/ride.v11i21.717>.
- Montes, G. (2000). Metodología y técnicas de diseño y realización de encuestas en el área rural. *Temas Sociales*, (21), 39–50.
- Morales, S. (2015). La familia y su evolución. *Perfiles de las Ciencias Sociales*, 3(5).
- Moya, C., Estrada, A., Freire, L., Lliguin, N., & Iza S., M. (2024). Técnicas de evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia: Una revisión teórica. *Revista científica electrónica de Educación y Comunicación en la Sociedad del Conocimiento*, 24(1). <http://doi.org/10.30827/eticanet.v24i1.2843255>
- National Institute of Mental Health. (2017). *Depression*. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>.
- Nittle, N. (2025). Cómo detectar la disfunción familiar: señales clave y qué hacer al respecto. Recuperado de www-verywellmind-com.translate.goog/what-is-a-dysfunctional-family-5194681?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sge.
- Nolasco, C. (1988). ¿Qué es terapia familiar? *Educación Médica Continua. Revista médica hondureña*, 56.

- Obledo, H. (2021). El conocimiento de la adolescencia y su implicación en la práctica docente. *Sincronía*, (79), 677–704.
- Oliva, E., & Villa, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 10(1), 11–20.
- Olivera, C. (2020). *Comparación de resultados de pruebas estandarizadas de manera autoaplicada y heteroaplicada* [Proyecto de Investigación]. Universidad de La Laguna.
- Olson, D. H. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(1), 64–80. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x>
- Olson, D. H. (2011). FACES IV and the circumplex model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(1), 64–80. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com>
- Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2006). *FACES IV Manual*. Minneapolis, MN: Life Innovations.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). La salud de los adolescentes y los adultos jóvenes. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). (2023). *Depresión*.
- Pacheco, H., & Navarro, P. (2024). *Estudio de caso de una familia disfuncional como factor de riesgo del trastorno depresivo en una mujer víctima de maltrato de la ciudad de Quito* [Proyecto MPS]. Universidad De Las Américas.

- Padilla-Meléndez, G., & Shuguli-Zambrano, C. (2022). Relación entre el nivel de funcionalidad familiar y conducta violenta en niños. *CienciAmérica: Revista de Divulgación Científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, 11(1).
- Palomo, T., Jiménez-Arriero, M., et al. (2009). *Manual de psiquiatría* (Cap. 23, p. 325). Ene Life Publicidad S.A. y Editores.
- Partida, J. (2025). La educación como medio para alcanzar la autorrealización. Recuperado de <https://criteriohidalgo.com/columnas/la-educacion-como-medio-para-alcanzar-la-autorrealizacion>
- Patterson, J. (2010). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(2), 145–160. Recuperado de <https://bit.ly/4nd8Jwn>
- Paula, M. (2025). Recuperado de <https://psicologamariapaula.com/2023/06/17/mejorando-mis-relaciones-familiares/>
- Peralta, V., & Cuesta, M. J. (2002). ANALES Sis San Navarra, 25(Supl. 3), 7–20.
- Pérez, E., De la Cuesta, D., Louro, I., & Bayarre, H. (1997). Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. *CIENCIA ergo-sum*, 4(1), 63–66.
- Pilco, V., & Jaramillo, A. (2023). Funcionalidad familiar y su relación con la autoestima en adolescentes de la ciudad de Ambato. *Revista Chakiñan de Ciencias Sociales y Humanidades*, (21), 110–123.
- Pineda, B., De Alvarado, E., & De Canales, F. (1994). *Metodología de la investigación, manual para el desarrollo de personal de salud* (2nd ed.). Organización Panamericana de la Salud.

- Pineda, L., Ramírez, C., & Rojas, P. (2019). Comunicación familiar y depresión en adolescentes latinoamericanos. *Revista de Psicología Contemporánea*, 14(3), 210–225. Recuperado de <https://bit.ly/3JkSrnH>
- Pinillos-Guzmán, M. (2020). Configuración de la familia en su diversidad. *Ágora U.S.B.*, 20(1).
- Pla, G. (2025). Depresión. *Clínica Universidad de Navarra. Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica*.
- Plata-Navarrete, R., Ordoñez-Rodríguez, B., Rojas-García, P., Garduño-Martínez, A., & González-Armenta, E. (2024). Factores económicos influyentes en el desempeño académico de los estudiantes de Contaduría Pública del Tecnológico de Estudios Superiores San Felipe del Progreso. *Pãdi*, 12(Esp.), 80–85.
- Purriños, M. J. (2013). Escala de Hamilton-Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). *Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública*. Recuperado de https://medsol.co/informacion/medixen/depresion_escala_hamilton.pdf
- Quílez, M. (2022). Como llenar el historial clínico psicológico: Paso a Paso. Recuperado de <https://pro.doctoralia.es/blog/especialistas/historial-clinico-psicologico>.
- Ramos-Brieva, J. (2025). Escala de evaluación para la depresión de Hamilton. *Ficha técnica del instrumento. Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal de Madrid*. Recuperado de <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?ld=57>

- Red Educativa Mundial (REDEM). (2017). Los 18 tipos de educación: clasificación y características. *Psicologiyamente.net*. Recuperado de <https://www.redem.org/los-18-tipos-de-educacion-clasificacion-y-caracteristicas/>.
- Rivera, A., & Sánchez, S. (2014). *Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la Unidad Educativa Herlinda Toral, Cuenca* [Tesis de pregrado, Universidad de Cuenca]. Recuperado de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20551>
- Rivera, A., & Sánchez, S. (2014). *Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la Unidad Educativa Herlinda Toral* [Tesis de Pregrado]. Universidad de Cuenca, Ecuador. Recuperado de: <https://bit.ly/3KlkCD0>
- Roa, K., Rodríguez, J., & Aponte, S. (2023). Instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar: una revisión integrativa. *Revista Cultura del Cuidado Enfermería*, 20(1), 30–46.
- Robinson, J., Ramos Duharte, D., Reyes Arencibia, J., Salgado Escalona, M., & Ramos de la Cruz, M. (2015). Alternativa de tratamiento a la disfuncionalidad familiar. *Revista Información Científica*, 94(6), 1352–1362.
- Rodrigo, J. M., & Palacios, J. (2008). *Familia y desarrollo humano. Psicología y educación*. Alianza Editorial.
- Rodríguez-Alejo, D. I., Cisneros-Ramos, M., & Robles-Cedeño, L. A. (2018). Psicoterapia integrativa en un caso de trastorno depresivo persistente. *Rev Elec Psic Izt.*, 21(1), 355–385.

- Rohan, K., Rough, J., Evans, M., Ho, S., Meyerhoff, J., Roberts, L., & Vacek, P. (2016). Un protocolo para la Escala de Calificación de Hamilton para la Depresión: Reglas de Puntuación de Items, Entrenamiento de Evaluadores y Precisión de Resultados con Datos sobre su Aplicación en un Ensayo Clínico. *Journal of Affective Disorders*, 200, 111–118. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.051>
- Rosner, R., Bartl, H., Pfoh, G., et al. (2015). Efficacy of an integrative CBT for prolonged grief disorder: A long-term follow-up. *J Affect Disord*, 183, 106–112. doi: 10.1016/j.jad.
- Rubio, A. (2021). La etapa de la adolescencia. *Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)*. Recuperado de <https://sepeap.org/la-etapa-de-la-adolescencia/>
- Ruiz, P. J. (2013). Los problemas escolares en la adolescencia. *Pediatría Integral*, XVII(2), 117–127.
- San Molina, L. (2010). *Comprender la depresión* (1st ed.). Amat Editorial.
- Sanz, E. (2024). ¿Qué tipos de familias disfuncionales existen? Recuperado de <https://eresmama.com/que-tipos-familias-disfuncionales-existen/>. Sartor, F., & Walckiers, D. (1995). Estimate of disease prevalence using drug consumption data. *Am J Epidemiol*, 141, 782–7.
- Sanz, Jesús, & García-Vera, María Paz. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *Anales de Psicología*, 29(1), 66-75. Recuperado de: <https://bit.ly/4oS9htf>
- Scherer, L. (2023). Los antecedentes familiares aumentan el riesgo de depresión. *Univadis/Medscape*.

- Serna, C., Galván, L., Gascó, E., Santafé, P., Martín, E., & Vila, T. (2006). Evolución en el consumo de antidepresivos durante los años 2002 a 2004. *Atención primaria*, 38(8), 456–460.
- Serna-Arbeláez, D., Terán-Cortés, C., Vanegas-Villegas, A., Medina-Pérez, O., Blandón-Cuesta, O., & Cardona-Duque, D. (2020). Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. *Rev. Haban Cienc Méd*, 19(5). Recuperado de <https://bit.ly/4hgA0Nf>
- Serna-Arbeláez, D., Terán-Cortés, C., Vanegas-Villegas, A., Medina-Pérez, O., Blandón-Cuesta, O., & Cardona-Duque, D. (2020). Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. *Rev. Haban Cienc Méd*, 19(5).
- Shek, D. T. L. (2002). Family functioning and psychological well-being, school adjustment, and problem behavior in Chinese adolescents with and without economic disadvantage. *Journal of Genetic Psychology*, 163(4), 497–502. Recuperado de <https://www.tandfonline.com>
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231–1239. Recuperado de <https://www.mdedge.com>
- Suárez, M., & Alcalá, M. (2014). Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev. Méd. La Paz*, 20(1).
- Sulbarán, I. (2023). ¿Para qué se aplica la estadística en la psicología? *Southern New Hampshire University*. Recuperado de <https://es.snhu.edu/blog/para-que-se-aplica-la-estadistica-en-la-psicologia>

Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379(9820), 1056–1067. Recuperado de <https://www.thelancet.com>

Trucco Horwitz, D. (2014). Juventud y educación: los retos para alcanzar la secundaria. CEPAL. Recuperado de <https://www.segib.org/wp-content/uploads/05-DTH.pdf>.

UNICEF. (2010). Recuperado de https://www.unicef.org/ecuador/media/12836/file/TP-General-001_0.pdf%20.pdf

Valderrábano, I. (2022). La familia de origen y la pareja: cómo evitar que sea “tu familia y tú, mi familia y yo”. Recuperado de <https://institutoclaritas.com/la-familia-de-origen-y-la-pareja-como-evitar-que-sea-tu-familia-y-tu-mifamiliayo/>

Valencia-Vargas, A., López-Palacio, G., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, A., Segura-Cardona, A., Muñoz-Rodríguez, D., & Rojas-Gualdrón, D. (2021). Análisis Rasch de la escala APGAR-familiar en adultos mayores de Colombia. *Hacia la Promoción de la Salud*, 26(2), 102–114. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2021.26.2.8>

Valladares-Garrido, et al. (2023). Prevalencia y factores asociados a disfunción familiar en pacientes atendidos en el primer nivel de atención. *Rev. Cuban. Méd. Mil.*, 52(1). Recuperado de <https://bit.ly/3WKZs3L>

Valladares-Garrido, M., Hernández-Yépez, P., Bulnes-Álvarez, S., Huaman-García, M., Cosco-Blas, L., Ramos-Rupay, P., Rivera-Pinto, A., Vertiz-Cuadra, D., Failoc-Rojas, V., & Inga-Berrosipi, F. (2023). Prevalencia y factores asociados a disfunción familiar en pacientes atendidos en el primer nivel de atención. *Rev. cuban. méd. mil.*, 52(1).

- Vallejo, M. (2002). El diseño de investigación: una breve revisión metodológica. *Archivos de cardiología de México*, 72(1), 08–12.
- Van Praag, H. M. (1997). Over the mainstream: Diagnostic requirements for biological psychiatric research. *Psychiatry Res*, 72, 201–212.
- Vera, F. (2018). Puntos clave sobre el APGAR familiar. *Medicina Clínica y Social*, 2(2), 99–101.
- Wang, M. T., & Holcombe, R. (2010). Adolescents' perceptions of school environment, engagement, and academic achievement. *American Educational Research Journal*, 47(3), 633–662. Recuperado de: <https://bit.ly/4958mPg>
- Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*, 219, 86–92.
- Zabala Gumucio, G., & Altamirano Plata, J. R. (2022). Propuesta de un concepto de pareja sana, exitosa y placentera. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 9975–9996. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4110
- Zambrano, R., Tarazona, A., & Sampedro, M. (2024). Bienestar psicológico en hijos adolescentes de padres separados. *Revista PSIDIAL: Psicología y Diálogo de Saberes*, 3(Edición Especial), 276–291. <https://doi.org/10.33936/psidial.v1iEspecial.6445>
- Zapata-Gallardo, J. et al, (2007). Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. *Artemisa en Línea*, 64 (septiembre-octubre). Recuperado de <https://bit.ly/3KPIOgW>

Zapata-Gallardo, J., Figueroa-Gutiérrez, M., Méndez-Delgado, N., Miranda-Lozano, V., Linares-Segovia, B., Carrada-Bravo, T., Vela-Otero, Y., & Rayas-Lundes, A. (2007). Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. *Medigraphic Artemisa en Línea*, 64.

Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12(1), 63–70. Recuperado de <https://jamanetwork.com>

ANEXOS

Anexo 1: Oficio para la aplicación de los reactivos a la Unidad Educativa "Rodríguez Albornoz" de Ambato.

Ambato, 8 de octubre 2025

Dr. Esp.
Patricio Mayorga
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

Presente.

De mi consideración,

Yo, **Amy Camila Cordovilla Sánchez** con numero de cedula **1804562716**, solicito de la manera más comedida se me extienda un oficio dirigido a la **Sor MSc. Luz Angélica Chango**, Rectora de la **Unidad Educativa Rodríguez Albornoz**, para que se me permita aplicar los reactivos para desarrollo del proyecto de titulación "**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA CIUDAD DE AMBATO**". Es preciso mencionar que, los instrumentos serán aplicados a todos los adolescentes entre doce a dieciocho años de edad de la Unidad Educativa Rodríguez Albornoz.

Los instrumentos a aplicar son:

- Carta de consentimiento.
- Ficha sociodemográfica.
- Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung.
- Cuestionario del Apgar Familiar.

Insumos necesarios para la ejecución de mi proyecto de investigación.

Disponibles en el siguiente enlace:

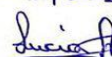
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdihZc_iXDAvPnZ2QyzUVGCuDeqGm135wazRICQKTKQ68hQ/viewform?usp=preview

Agradeciéndole por su favorable atención.

Atentamente,


Amy Cordovilla
ESTUDIANTE


Mg. Narciza Villegas V
DIRECTORA DE PROYECTO

Revisado
08/10/2025


Anexo 2: Consentimiento Informado

Consentimiento Informado para Padres

La Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica Ambato, se encuentra desarrollando un proyecto de titulación de grado titulado: **"FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA CIUDAD DE AMBATO"**, a cargo de la estudiante Amy Camila Cordovilla Sanchez previo a la obtención de título de psicólogo clínico. Por tal motivo se solicita la autorización para la aplicación de dichos instrumentos con el objetivo de obtener datos necesarios para el proceso del desarrollo del proyecto de investigación.

La información que se recoja será de estricta confidencialidad y de carácter anónimo. No se usará para ningún otro propósito fuera de los objetivos de la investigación. Desde ya expresamos nuestro más sincero agradecimiento y valiosa colaboración.

Consentimiento:

Yo.....con Número de
cédula..... en calidad de representante legal de
.....

Habiendo recibido la información necesaria, y en conocimiento pleno del trabajo que se realizará, acepto la participación voluntaria en dicho proceso de evaluación para la realización del proyecto de Investigación

Para constancia firmo:

.....

Firma

Cédula

Anexo 3: Ficha Socio demográfica

Pontificia Universidad
Católica del EcuadorSede
Ambato

Escuela de Psicología

Ficha Sociodemográfica

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:					
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Edad:			
Curso:	Paralelo:	Nombre de la institución:			
		Fiscal <input type="checkbox"/>	Particular <input type="checkbox"/>	Fiscomisional <input type="checkbox"/>	Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
Núcleo de convivencia: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Medios Hermanos <input type="checkbox"/> Tíos (as) <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Hermanastros <input type="checkbox"/> Mascota <input type="checkbox"/> Abuelito <input type="checkbox"/> Abuelita <input type="checkbox"/> Otros-----					
Número de hijos en la familia: -----			Lugar que ocupa entre los hermanos: -----		
Estado civil de los padres: Casados <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/>					
¿Consideras que tu rendimiento académico general en el colegio suele ser? Bueno <input type="checkbox"/> Muy Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/>					
¿En el último año has faltado al colegio por motivos de salud física y emocionales? Nunca <input type="checkbox"/> Uno, dos días <input type="checkbox"/> Tres a cinco días <input type="checkbox"/> cinco a diez días <input type="checkbox"/> más de diez días <input type="checkbox"/> Si tu respuesta fue diferente a nunca (cual fue la razón principal de esas ausencias)					
Problemas de salud física (EJ. resfriados, fiebre y lesiones)					
Problemas de Salud Emocional (EJ. ansiedad, estrés y tristeza)					
Por los dos motivos					
¿Como describes tu ambiente familiar en casa? Muy armonioso y de apoyo <input type="checkbox"/> Mayormente positivo y funcional <input type="checkbox"/> Neutro o con altibajos ocasionales <input type="checkbox"/> Tenso o con desafíos frecuentes <input type="checkbox"/> Muy conflictivo o disfuncional <input type="checkbox"/>					
¿Has sido alguna vez diagnosticado con ansiedad, depresión u otro trastorno?					
¿Algún miembro de su familia ha sido diagnosticado con depresión o algún otro trastorno del estado de ánimo?					

¿Ha experimentado alguna vez síntomas que sugieren un estado de ánimo bajo, tristeza persistente o falta de interés en actividades, por un periodo prolongado?

Fecha de evaluación:

Gracias por su colaboración



Escaneado con CamScanner

Anexo 4: la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung.

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o llorarlo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Anexo 5: El inventario de Depresión de Beck (BDI- II).

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
 Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo más propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo 6: Cuestionario del APGAR familiar

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					