



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

Sintomatología depresiva y autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar en colegios estatales de Comas, 2024

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Licenciado en Psicología

AUTORES:

Fabian Bautista, Stefany Carolina (orcid.org/0000-0001-7931-1749)

Fernández Fernández, Evely Yohana (orcid.org/0000-0003-0449-2543)

ASESOR:

Mg. Rosario Quiroz, Fernando Joel (orcid.org/0000-0001-5839-467X)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Apoyo a la reducción de brechas y carencias en la educación en todos sus niveles

LIMA – PERÚ

2024

DEDICATORIA

Dedicado a mi familia por acompañarme en este proceso de investigación de suma importancia en mi vida a nivel profesional.

Evely Yohana Fernández Fernández

A mi padre con su amor y apoyo fueron mi motivación para no rendirme contribuyendo para lograr mis objetivos uno de ellos los estudios y poder llegar a ser un orgullo para él. A mi tía que estuvo a mi lado brindándome su paciencia, tiempo, deseos de superación y consejos para hacer de mí una mejor persona por su gran corazón y admiración que tengo hacia ella.

A mi madre la tengo presente a diario que desde el cielo me ilumina para seguir luchando por sueños y metas.

Stefany Carolina Fabian Bautista

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por esta oportunidad y guía durante el periodo del cumplimiento del presente trabajo.

Evely Yohana Fernández Fernández

Principalmente agradezco a Dios quien ha sido mi guía y soporte para seguir adelante me ha permitido culminar esta etapa. Mi familia por su comprensión y estar presente en cada decisión y proyecto porque creen en mí y la capacidad de lograr grandes cosas luchándome y esforzándome. Les agradezco y hago presente mi gran afecto hacia ustedes, Dios y mi hermosa familia.

Stefany Carolina Fabian Bautista

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, ROSARIO QUIROZ FERNANDO JOEL, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de PSICOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y AUTOLESIONES EN ADOLESCENTES CON DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN COLEGIOS ESTATALES DE COMAS 2024", cuyos autores son FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ EVELY YOHANA, FABIAN BAUTISTA STEFANY CAROLINA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 15%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

LIMA, 06 de Junio del 2024

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
FERNANDO JOEL ROSARIO QUIROZ DNI: 32990613 ORCID: 0000-0001-5839-467X	Firmado electrónicamente por: FROSARIO el 27-06- 2024 09:03:01

Código documento Trilce: TRI - 0757006



DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD DE LOS AUTORES



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

Declaratoria de Originalidad de los Autores

Nosotros, FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ EVELY YOHANA, FABIAN BAUTISTA STEFANY CAROLINA estudiantes de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de PSICOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, declaramos bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y AUTOLESIONES EN ADOLESCENTES CON DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN COLEGIOS ESTATALES DE COMAS 2024", es de nuestra autoría, por lo tanto, declaramos que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. Hemos mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
STEFANY CAROLINA FABIAN BAUTISTA DNI: 77737371 ORCID: 0000-0001-7931-1749	Firmado electrónicamente por: SCFABIANF el 06-06-2024 10:59:47
EVELY YOHANA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ DNI: 70564098 ORCID: 0000-0003-0449-2543	Firmado electrónicamente por: EFERNANDEZF2 el 06-06-2024 10:37:15

Código documento Trilce: TRI - 0757007

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
CARÁTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR	iv
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD DE LOS AUTORES	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRAC	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	6
III. METODOLOGÍA	14
3.1. Tipo y diseño de investigación	14
3.2. Variables y operacionalización	15
3.3. Población, muestra y muestreo	17
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	19
3.5. Procedimientos	23
3.6. Método de análisis de datos	24
3.7. Aspectos éticos	24
IV. RESULTADOS	26
V. DISCUSIÓN	34
VI. CONCLUSIONES	44
VII. RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS	47
ANEXOS	62

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución de la población	18
Tabla 2. Distribución de la muestra de estudio	18
Tabla 3. Evaluación de la distribución de datos univariada	26
Tabla 4. Índices de ajuste del modelo propuesto	27
Tabla 5. Análisis de regresión	28
Tabla 6. Análisis de correlación entre la sintomatología depresiva y las autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar	28
Tabla 7. Análisis de correlación entre la sintomatología depresiva y las dimensiones de las autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar	29
Tabla 8. Análisis de correlación entre las autolesiones y los componentes de la sintomatología depresiva en adolescentes con disfuncionalidad familiar	30
Tabla 9. Análisis comparativo de la sintomatología depresiva respecto al sexo de los adolescentes con disfuncionalidad familia	31
Tabla 10. Análisis comparativo de las autolesiones respecto al sexo de los adolescentes con disfuncionalidad familiar	32
Tabla 11. Predominancia de la sintomatología depresiva en los adolescentes con disfuncionalidad familiar	33
Tabla 12. Análisis descriptivo de las autolesiones en los adolescentes con disfuncionalidad familiar	33

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Propuesta de regresión estructural del estudio	16
Figura 2. Modelo estructural del estudio	27
Figura 3. Correlación entre la sintomatología depresiva y las autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar	29
Figura 4. Gráfico comparativo de la sintomatología depresiva en adolescentes con disfuncionalidad familiar según sexo	31
Figura 5. Gráfico comparativo de las autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar según sexo	32

RESUMEN

La presente investigación tiene como finalidad determinar la capacidad predictiva de la sintomatología depresiva sobre las autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar pertenecientes a colegios estatales de Comas; para ello se realizó un estudio nivel básico, enfoque cuantitativo, diseño no experimental y corte transversal. La muestra estuvo compuesta por 358 adolescentes de 13 a 17 años. Para medir los constructos de estudio se utilizó la escala de depresión (EDAR), la Cédula de Autolesión (CAL), asimismo, la variable para caracterizar a los participantes la escala del APGAR familiar. El resultado mostró que el modelo planteado para explicar la sintomatología depresiva (SD) predice las autolesiones (CAL), mediante el análisis de regresión estructural se obtuvo ajustes óptimos con χ^2/gf 2.6 <3, CFI .976 TLI .965 SRMR .057 RMSEA .067 y NNFI .965. Asimismo, se encuentran diferencias significativas en la SD entre sexo ($p < .001$), con las mujeres obteniendo puntuaciones promedio más altas ($M=80.1$), así como en las CAL, donde las mujeres también presentaron una puntuación promedio superior ($M=3.88$). Por lo que, se concluye que la SD es un factor predictor de las autolesiones en adolescentes con disfunción familiar en Comas.

Palabras clave: Sintomatología depresiva, autolesiones, disfuncionalidad familiar, adolescentes.

ABSTRAC

The present research aims to determine the predictive capacity of depressive symptomatology on self-injury in adolescents with family dysfunction belonging to state schools in Comas; for this purpose, a basic level study was carried out, with a quantitative approach, non-experimental design and cross-sectional cut. The sample consisted of 358 adolescents between 13 and 17 years of age. To measure the study constructs, the depression scale (EDAR) and the Self-Injury Questionnaire (CAL) were used, as well as the variable to characterize the participants, the family APGAR scale. The result showed that the model proposed to explain depressive symptomatology (SD) predicts self-injury (CAL), by means of structural regression analysis optimal adjustments were obtained with χ^2/df 2.6 <3, CFI .976 TLI .965 SRMR .057 RMSEA .067 and NNFI .965. Likewise, significant differences are found in SD between sexes ($p < .001$), with females obtaining higher mean scores ($M=80.1$), as well as in CALs, where females also presented a higher mean score ($M=3.88$). Therefore, it is concluded that SD is a predictor of self-injury in adolescents with family dysfunction in Comas.

key words: depressive symptomatology, self-injury, family dysfunction, adolescents.

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, los estudios concernientes a los padecimientos mentales revelan que la adolescencia suele ser la etapa con una mayor incidencia de casos atendidos, siendo un aspecto que se reafirma en la Encuesta Australiana de Salud Mental, en donde se registró que alrededor del 8% de los jóvenes entre los 12 a 17 años han incurrido en conductas autolesivas en el último año, reflejando un malestar emocional significativo (Liu et al., 2022). Aunado a lo anterior, se puede añadir que las alteraciones emocionales sobre dicha población, ya eran alarmantes desde antes, siendo que el 60% de los casos atendidos son debido a problemas de ansiedad, estrés y principalmente la depresión en una proporción de tres a una (Kraus et al., 2020).

A nivel mundial, organizaciones como la Asociación Española de Pediatría (AEP, 2022) destacan que los trastornos emocionales en jóvenes aumentan cada año, afectando aproximadamente al 10% de los niños y al 20% de los adolescentes antes de 2019. Desde la pandemia de COVID-19, los casos de ansiedad y depresión se han triplicado y las conductas autolesivas han aumentado un 59% a principios de 2020. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) subraya la importancia de la salud mental en adolescentes, indicando que el suicidio es la cuarta causa de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años. Por otro lado, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2020) agrega que los problemas de salud mental suelen comenzar alrededor de los 14 años, siendo más frecuentes en países con bajos ingresos y acceso limitado a servicios de salud.

A nivel internacional, un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019) indicó que la prevalencia de síntomas depresivos era del 15.8% entre niños y adolescentes de 10 a 14 años en la región de las Américas. Este informe señala que los problemas de salud mental frecuentemente se presentan hacia el final de la infancia o al inicio de la adolescencia. Por otro lado, la Fundación ANAR (2023) en España ofrece datos más recientes, estimando que cerca de 16 millones de adolescentes tienen algún trastorno de salud mental; por lo que, al enfocarse en adolescentes de 10 a 19 años, la prevalencia estimada fue del 26.9%, siendo la depresión el trastorno más común.

A nivel nacional, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2022), el 32.3% de la población entre los 15 a 29 años experimentaron algún problema de salud mental o emocional en el último año. Siendo las mujeres jóvenes las más afectadas, con un 30.2% en comparación con el 22.9% de los hombres.; aunado a ello, el 23% de la población encuestada evidencia signos de tristeza patológica y desesperanza; mientras que el 5.6% ha tenido pensamientos respecto al suicidio o autolesiones. Por otro lado, el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2022) señaló que ha habido un aumento del 30% al 40% en casos de síntomas depresivos en niños y adolescentes, debido no solo a la pandemia, sino también a problemas psicosociales derivados de esta, como la disfuncionalidad familiar, la adaptación a la enseñanza remota y el aislamiento social. Un segundo informe de la misma entidad en el año anterior indica que los problemas emocionales en la población infanto-juvenil son cada vez más comunes, con un promedio del 8.6% habiendo experimentado un episodio depresivo y un 5.8% relacionado con autolesiones y conductas impulsivas; estima que, uno de cada ocho adolescentes sufre o sufrirá algún trastorno del ánimo (INSM, 2023).

Un aspecto relevante a considerar es que, las autolesiones se definen como un tipo de violencia llevadas a cabo de forma deliberada en las que un individuo se hace daño a sí mismo o atenta en contra de su propia integridad; sin embargo, no necesariamente con intenciones de suicidio (Faura et al., 2021). Este daño corporal suele manifestarse principalmente a través de cortes, aunque también puede incluir quemaduras, pinchazos, golpes, raspaduras y otras formas (Castro & Kirchner, 2018). Además, varios autores enfatizan que la autolesión no es una enfermedad mental en sí, sino un método disfuncional que el individuo utiliza para manejar emociones intensas (Ulloa et al., 2020). Siendo importante resaltar que, a pesar de sus distintas clasificaciones, el comportamiento autolesivo se trataría de un tipo violencia autoinfligida que puede dejar secuelas tanto físicas como emocionales (Guzmán, 2022).

Por otro lado, los síntomas depresivos hacen referencia a una serie de indicadores específicos que permiten la identificación de dicha patología emocional, la cual incluye tanto aspectos fisiológicos y psicológicos, estando entre los principales indicadores depresivos las alteraciones del estado de ánimo y sueño;

así como la disposición ejecutar actividades cotidianas, incluyendo aquellas que antes se consideraban placenteras (Agis et al., 2021).

En otro orden de ideas, referido por distintos autores la problemática estaría vinculada a la existencia de factores de riesgo predisponentes como lo pueden ser el sexo, consumir o depender de una sustancia, siendo uno de los más reiterados el ambiente familiar disfuncional, centrado en aspectos como el contar con una relación problemática con los progenitores, la falta de comunicación o ser víctima de maltrato (Albarracín y González, 2019).

En este sentido, se ha encontrado que tanto niños como adolescentes que presentan conductas autolesivas suelen mostrar una alta prevalencia de síntomas depresivos (Peña et al., 2019; Flores et al., 2018). Mientras que, Weaver et al. (2019) señalan que el incremento en las autolesiones y en los síntomas depresivos ocurre de manera simultánea, de modo que la reducción en uno de estos aspectos tiende a acompañar la disminución del otro. Además, se sugiere que las autolesiones no suicidas (ANS) pueden ir desensibilizando de forma gradual al individuo haciendo que la ejecución de este pase de no suicida a letal, requiriendo que sea necesaria su identificación temprana, antes de alcanzar dicho punto crítico (Obando et al., 2019). Asimismo, es un tema de interés dentro del campo científico, debido a que la depresión es considerada un factor predisponente de las conductas autolesivas (Morales y Arrieta, 2022).

Al explorar investigaciones anteriores, se identifican aspectos que revelan vacíos de conocimiento que han restringido su alcance. Entre estos aspectos se incluye el uso de muestras pequeñas que no lograron representar adecuadamente a la población adolescente estudiada, destacando la escasez de estudios actuales sobre esta temática en el contexto posterior a la pandemia (Ressett y González, 2020). Además, se ha observado de manera empírica que la investigación de ambas variables rara vez ha considerado la inclusión de un factor de riesgo como la disfuncionalidad familiar, siendo este uno de los más referidos. Por otra parte, existe un debate sobre la prevalencia de la conducta autolesiva según el sexo, sugiriendo que las mujeres son quienes más frecuentemente recurren a este tipo de violencia dirigida contra sí mismas en comparación con los hombres, aunque

también hay estudios que no encuentran estas diferencias (Bousoño et al., 2019; Jerez et al., 2023).

Por consiguiente, se buscará dar respuesta a la formulación del problema de investigación: *¿En qué medida la sintomatología depresiva predice las autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar pertenecientes a colegios estatales de Comas en 2024?*

En consecuencia, la realización del presente estudio se lleva a cabo debido a su aporte teórico, metodológico, práctico y social. Siendo en primer lugar a nivel teórico; puesto que, es una relación que se presenta a modo que las personas que presentan patologías en el estado anímico como lo es la depresión, existe una fuerte tendencia a ejecutar la violencia autoinflingida como un modo de regularse emocionalmente, siendo considerado como un indicador temprano de dicha alteración (Gratz et al., 2018). Asimismo, el estudio se va a orientar en aportar nuevos conocimientos que amplíen los ya existentes concernientes a ambas variables, sustentadas a través de una base teórica subyacente; lo que en sí mismo brinda datos actualizados ante un vacío de conocimiento observado en una población específica y puede incentivar a generar nuevas investigaciones que profundizan o complementan la temática abordada, al ser constructos psicológicos con una alta prevalencia y que repercuten sobre la salud mental (Ríos, 2017).

Desde una perspectiva metodológica, los aportes de la investigación también brindarán evidencias del funcionamiento psicométrico respecto a los instrumentos empleados para evaluación de las variables de estudio, por medio de análisis y procesos de comprobación científica que permitirán obtener datos fiables y certeros que contribuirán al trabajo (Álvarez, 2020).

También cuenta con relevancia práctica, la cual se obtiene por parte de los resultados obtenidos y la importancia que poseen al poder ser tomados en cuenta para la elaboración de talleres de prevención y/o concientización respecto al impacto que poseen las autolesiones en la salud mental y el avance de indicadores depresivos en adolescentes (Arias, 2020).

Asimismo, también posee aporte social dado que se estudiará una problemática social latente, el cual se ha visto un incremento del 30% al 40% en población adolescente a nivel nacional con respecto al reporte del Instituto Nacional

de Salud Mental (INSM, 2022). Asimismo, ayudará a disminuir las cifras de prevalencia sobre violencia autoinflingida y de forma indirecta el desarrollo de problemas anímicos como la depresión en adolescentes de familias disfuncionales (Fernández, 2020).

A partir de lo previamente descrito, se plantea como objetivo general de la investigación determinar la capacidad predictiva de la sintomatología depresiva sobre las autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar pertenecientes a colegios estatales de Comas en 2024. Mientras que, como objetivos específicos se establece: a) determinar la relación entre la sintomatología depresiva y las autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar; b) determinar la relación entre la sintomatología depresiva y las dimensiones de las autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar; c) determinar la relación entre las autolesiones y los componentes de la sintomatología depresiva en adolescentes con disfuncionalidad familiar; d) identificar las diferencias en la sintomatología depresiva respecto al sexo de los adolescentes con disfuncionalidad familiar; e) identificar las diferencias en las autolesiones respecto al sexo de los adolescentes con disfuncionalidad familiar; f) describir la sintomatología depresiva predominante en los adolescentes con disfuncionalidad familiar; y g) describir los niveles de autolesiones en los adolescentes con disfuncionalidad familiar.

Asimismo, para la presente investigación se formuló como hipótesis general existe influencia de la sintomatología depresiva sobre las autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar pertenecientes a colegios en Comas, 2024. Mientras que como hipótesis específica se contempla: a) existe una relación directa y significativa entre la sintomatología depresiva y las autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar; b) existe una relación directa y significativa entre la sintomatología depresiva y las dimensiones de las autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar; c) existe una relación directa y significativa entre las autolesiones y los componentes de la sintomatología depresiva en adolescentes con disfuncionalidad familiar; d) existen diferencias significativas en la sintomatología depresiva respecto al sexo de los adolescentes con disfuncionalidad familiar; e) existen diferencias significativas en las autolesiones respecto al sexo de los adolescentes con disfuncionalidad familiar.

II. MARCO TEÓRICO

Tras describir la situación problemática respecto a las variables de investigación y delimitar los objetivos del estudio, se procede a puntualizar aquellos trabajos previos en el cual se contempló la relación de dichas variables realizados en el contexto nacional, en donde no necesariamente emplearon los mismos instrumentos debido a que no se pudo identificar estudios previos donde lo hayan realizado, sin embargo lo que en realidad interesa es el constructo en sí, siendo así que se proceden a describir aquellos trabajos en el que utilizaron la misma variable de estudio y lo más importante que tengan el mismo rango de edad de la población a estudiar. Es importante destacar que la información respecto a las variables de estudio fue muy limitada; asimismo, todos los trabajos se encuentran indexados en revistas científicas y centran en un rango temporal de los últimos cinco años, siendo estos:

De la Cruz (2021) realizó un estudio en el que se evaluó las autolesiones en función a las características sociodemográficas de adolescentes provenientes de Lima Metropolitana. Para ello, tuvo la participación de 459 estudiantes de secundaria, compuesto por 201 hombres y 258 mujeres con las siguientes edades de 12 a 17 años, utilizando para ello el Cuestionario de autolesiones en español (SHQ-E). De acuerdo a los resultados descriptivos, se determinó que el 19.8% de los participantes incurre en conductas autolesivas, mientras que el 23.3% presentó pensamientos concernientes a la práctica de dichas conductas. Respecto al análisis de comparación, se determinó que existen diferencias estadísticas en las autolesiones respecto al sexo de los participantes ($U=23501.0$; $p=.029$), siendo el grupo de mujeres (Rango=239.0) quienes tuvieron una puntuación mayor con respecto al grupo de los hombres (Rango=220.1). Concluyendo que el sexo de los participantes aumenta el riesgo de incurrir en las autolesiones.

De igual modo, en el contexto internacional también se realizaron estudios donde se contempló la relación de las variables de investigación, Villar et al. (2022) investigaron las diferencias en la conducta autolesiva según el sexo de los adolescentes provenientes de una población de España. La ejecución de los análisis se rigió bajo un enfoque cuantitativo, contando con una muestra de 92 estudiantes de secundaria, 31 hombres y 61 mujeres, con edades que oscilaron

entre los 13 a 17 años; empleado para ello la Escala de personalidad de Millon (MACI) y la Escala de conducta suicida (SNSS). De acuerdo a los datos obtenidos, se registró que el 32.4% de los participantes se ha autolesionado en alguna ocasión; mientras que, para la comparación de dicho proceso, a través de la prueba *U* de Mann Whitney evidenció un nivel de significancia ($p < 0.001$) que denota la presencia de diferencia estadística entre el grupo de hombres (Mdn=38.5) y mujeres (Mdn=45.0), siendo este último grupo el que reportó la mayor tendencia respecto a la incidencia de la variable. Lo cual se puede interpretar que mayormente las mujeres incurren en estas conductas.

De otra parte, Serra et al. (2022) pusieron en curso una investigación enfocada en evaluar las diferencias en las conductas autolesivas y depresión de acuerdo al sexo en una población adolescente en Italia. Para dicho propósito se contó con la cooperación de 56 escolares de secundaria, siendo 39 mujeres y 17 hombres con edades entre los 11 a 17 años, empleando la Escala de ideación suicida (SIS) y síntomas depresivos (DSS). De acuerdo a los datos obtenidos, por medio de la prueba *t* de Student se evidencia que en la variable de síntomas depresivos no existen diferencias estadísticas entre ambos grupos ($p = .550$), debido a que el puntaje de las mujeres (Mdn=68.5) y los hombres (Mdn=66.1) tuvieron poca variabilidad. Sin embargo, se observó la presencia de diferencias estadísticas en las conductas autolesivas ($p < .001$), siendo las mujeres (Mdn=33.0) quienes reportaron puntajes más altos que los hombres (Mdn=9.0), implicando que el sexo del participante no hace más proclive que un individuo desarrollo sintomatología depresiva; mientras que en las conductas autolesivas existe una mayor tendencia a presentarse más en mujeres.

Entre tanto, Tang et al. (2022) emprendieron un estudio en donde se exploró la relación entre la depresión y las autolesiones no suicidas llevada a cabo en adolescentes provenientes de Taiwán. Dicho trabajo se basó en un enfoque cuantitativo, empleando una muestra de 2170 voluntarios, siendo 1127 varones y 1035 mujeres de 11 a 17 años, empleando el Inventario de depresión (KDI) y de conductas autolesivas (NSSI). De acuerdo a los datos obtenidos, se reportó que el 24% de los participantes han incurrido alguna vez en autolesiones; igualmente, se halló una relación directa moderada y significativa ($r = .38$; $p < .001$) implicando que a

medida que el nivel de depresión sea más elevado, habrá mayor tendencia a incurrir en conductas autolesivas no suicidas.

De la misma manera, Ying et al. (2021) ejecutaron un estudio en donde se exploró la relación entre la depresión con las conductas autolesivas en población adolescente proveniente de China. Los estudios se efectuaron sobre una muestra de 9638 escolares tanto hombres y mujeres de 12 a 16 años de edad, utilizando para ello la Escala de autoevaluación de depresión (SDS) y el Cuestionario de conducta autolesiva (SBQ). Según los resultados, se comprobó que el 22.1% de la muestra ha incurrido en al menos una ocasión en conductas autolesivas, mientras que el 34.5% se ubica en una categoría de depresión moderada, implicando una presencia moderada de dichas variables sobre la muestra. Asimismo, se reportó una relación directa baja entre dichas variables ($r_s=.241$; $p<.001$), contando con un tamaño del efecto pequeño ($r^2=.058$), implicando que mientras mayor sea el nivel de depresión, va a aumentar el riesgo de que se produzcan las autolesiones.

Igualmente, Valencia et al. (2019) realizaron una investigación centrada en establecer la relación entre la conducta autolesiva y la depresión llevado a cabo sobre una población de adolescentes en Colombia. La ejecución de los análisis se rigió bajo un enfoque cuantitativo y empleó una muestra de 44 estudiantes de secundaria, 26 hombres y 18 mujeres, con edades que fluctuaron entre los 12 a 16 años; asimismo, los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de autolesión (SHQ-E) y el de depresión infantil (CDI). De acuerdo a los principales hallazgos, se evidenció que el 20.4% de la muestra posee indicadores de depresión; mientras que el 29.5% lleva a cabo conductas autolesivas. Con respecto a las correlaciones, se evidenció una correlación directa moderada entre ambas variables ($r= .360$; $p= .016$) determinando que mientras mayor sea la sintomatología depresiva, más elevada será la probabilidad de incurrir en conductas autolesivas.

Por último, Lan et al. (2019) llevaron a cabo un estudio centrado en analizar la relación entre la depresión y las autolesiones no suicidas sobre una población de estudiantes de secundaria residentes en China. Contando para ello, con una muestra de 1210 adolescentes con edades entre los 11 a 19 años, siendo 589 mujeres y 621 varones, mientras que los instrumentos utilizados fueron la Escala de estudio epidemiológico de depresión para adolescentes (ESDS-C) y el Inventario

de autolesión deliberada (DSHI). En efecto refieren una relación directa moderada entre la depresión y la práctica de conducta autolesiva ($r_s=.342$; $p<.001$), implicando que mientras más elevado sea el grado de depresión, también lo será la frecuencia de conductas autolesivas.

Posterior a la presentación de los trabajos previos de la investigación, se procede con la descripción teórica subyacente de cada variable, siendo idóneo describir la teoría base que las engloba, siendo en este caso el enfoque cognitivo conductual (CC), en donde se plantea que la visión que se tiene sobre lo que acontece o afecta a un individuo, influye en el estado de ánimo; dicha teoría postula que las personas tienden a interpretar de manera automática la realidad pudiendo ser un aspecto que pudiera influir e inclusive convertirse en un predictor del estado anímico y la tendencia a la depresión (Puerta y Padilla, 2011). Dichas interpretaciones se pueden presentar sobre tres aspectos importantes, siendo estos: sobre uno mismo, sobre el mundo y el futuro. Cuando es negativa respecto a uno mismo, siendo generalmente polarizada y extrema, en donde predomina la culpa, crítica, auto exigencia, perfeccionismo y la baja autoestima; asimismo, cuando la visión negativa es respecto al mundo, lo suelen percibir de modo amenazante, tanto a los demás y las situaciones; por último, cuando la visión negativa recae hacia el futuro, siendo este un aspecto en común que resalta entre las personas con un estado de ánimo deprimido, en donde predomina la desesperanza y la imposibilidad de cambio, sobre sí mismo y/o las situaciones adversas que les atañen (Toro et al., 2016).

No obstante, se argumenta que, frente a factores desencadenantes como la disfuncionalidad familiar, es posible experimentar estados de ánimo negativos, dado que la familia como grupo primario ejerce una fuerte influencia sobre la mayoría de individuos, considerándose un factor de riesgo psicosocial cuando existe una dinámica disfuncional. Desde la perspectiva de la terapia cognitivo-conductual (TCC), las autolesiones se interpretan como estrategias utilizadas para resolver conflictos emocionales y problemas relacionados con el apoyo social (Suarez et al., 2016). Por consiguiente, se resume que el estado emocional de un individuo afectado por la disfuncionalidad familiar puede predisponer al desarrollo gradual de síntomas depresivos. A medida que este estado alterado persiste o se

agrava, algunos individuos enfrentan estas emociones displacenteras recurriendo a métodos disfuncionales como las autolesiones, las cuales reducen la carga emocional negativa, pero a su vez refuerzan sentimientos de incapacidad para resolver conflictos y culpabilidad (Navarro y López, 2013; Guibert y Torres, 2001).

Respecto a la primera variable de estudio, los síntomas depresivos pueden definirse como aquella lista de indicadores que apuntan a la presencia de dicha patología, la cual viene a ser una enfermedad mental recurrente y que genera malestar clínicamente significativo respecto al estado de ánimo de la persona afectada (Nicolini, 2020).

Como breve reseña histórica se destaca que, a inicios de los años 90, un psiquiatra estadounidense llamado Adolf Meyer, propuso cambiar el término melancolía que era la forma de referirse en esa época a la depresión, debido a que este segundo término cubría un campo fenomenológico más amplio que el primero, el cual hace referencia a ello que no se posee (Bordone y Semeniuk, 2021). Por otro lado, también destaca que a inicios del siglo XX la depresión era de los padecimientos mentales más frecuentes entre la población adolescente y adulta joven (Botto et al., 2014).

Respecto a la teoría base de la variable, este se postula a partir del modelo cognitivo sostenido por Beck, en donde se infiere que la forma en que se recepciona la información es un aspecto fundamental que aumenta el riesgo de desarrollar depresión, la teoría se centra en explicar los procesos internos que experimenta la persona depresiva; siendo que surge en la mayoría de casos producto de una interpretación errónea de uno mismo lo cual se denominó como distorsión de la autopercepción (Possel y Smith, 2020). Dicha distorsión al centrarse sobre sí mismo, conlleva a presentar sentimientos de inferioridad, resaltar sus defectos y carecer de un sentido vida hacia el futuro, percibiendo como algo hostil y aversivo al que no pueden hacer frente, lo que promueve un marcado aislamiento social que agrava el problema (Vásquez et al., 2000).

Por otro lado, al ser la percepción hacia el futuro uno de los aspectos más afectados en las personas con depresión, suele atribuirse la culpa de las experiencias negativas que le pueden acontecer; ante ello, surge un fenómeno denominado como indefensión, haciendo que la persona no desee exponerse a

escenarios en los que asume no podrá dominar o controlar, reforzando de forma paralela el concepto de incapacidad (Beck, 2010).

Respecto a la segunda variable, siendo esta las autolesiones, se define etimológicamente contemplándose en la antigüedad como autoflagelo, siendo una palabra que se compone de dos términos, el primero proveniente del griego “*autos*” que alude a aquello que es ejercido por uno mismo; mientras que el segundo término se deriva del latín “*flagellare*” lo cual significa castigo u azote cometido; por ende, la unión de ambos se interpreta como aquel castigo o azote que uno inflige sobre sí mismo, de acuerdo a la especificación brindada en el Diccionario etimológico de Chile (2022).

A continuación, la Asociación Americana de Psicología (APA, 2020) define las conductas autolesivas como una afección o indicador asociado al diagnóstico de otras alteraciones de salud mental, más no una patología por sí mismas. Además, las autolesiones también pueden entenderse como todas aquellas acciones que se centran en causar daño a la propia integridad física sin tener la intención exclusiva de causar la muerte. La gran cantidad de los casos emplean este método disfuncional de gestionar el estrés elevado o la presencia de emociones intensamente desagradables, las cuales son ejecutadas mayoritariamente por medio de cortes o moretones (Mosquera, 2008). Sin embargo, es importante puntualizar que las autolesiones forman parte de la línea de violencia debido a que está considerada como una forma de agresión que la persona ejerce sobre sí misma mediante el uso intencional de la fuerza, puesto que, atenta contra la integridad tanto física, dado a las evidentes secuelas y marcas que deja sobre la piel; y emocional, atribuido a la sensación de culpa y rechazo que genera, según refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021). Además, se puede inferir que se trata de una forma de hostilidad reprimida que en muchos casos se manifiesta a través de muestras de agresividad hacia los demás, mientras que en otros casos se dirige hacia uno mismo en forma de autoagresión (Barrionuevo, 2023).

A modo de reseña histórica, se puede mencionar que, hacia el final del siglo XIX, los casos de autolesiones en pacientes eran usualmente asociados con enfermedades graves o individuos con alta disfuncionalidad. Además, se creía que

estas autolesiones se originaban en el abuso físico o la violencia familiar, y se pensaba que eran prácticas principalmente realizadas por mujeres, quienes se pinchaban los dedos con agujas de coser (Millán y Sánchez, 2021). Con el tiempo, hacia mediados de los años 90, se documentaron casos que mostraban que también los hombres participaban en estas conductas; siendo un aspecto revelador que la mayoría de los casos de autolesiones se daban en adolescentes de entre 12 y 16 años (García y Boira, 2018).

Una de las teorías más utilizadas para explicar las autolesiones es la denominada teoría del comportamiento, también conocida como el modelo de las cuatro funciones, en donde se postula que dichas conductas se sostienen en el tiempo debido a modos de refuerzo, dividiéndose cada uno a su vez en dos componentes dicotómicos (Nock y Prinstein, 2004), siendo estos:

- Refuerzo negativo intrapersonal o automático: explicado a modo que tiene la capacidad de disminuir la respuesta emocional negativa o sensaciones displacenteras.
- Refuerzo positivo intrapersonal o automático: explicado a modo que tiene la capacidad de aumentar la respuesta emocional positiva o estimulantes.
- Refuerzo negativo interpersonal o social: las conductas autolesivas permiten rehuir a situaciones sociales.
- Refuerzo positivo interpersonal o social: las conductas autolesivas permiten adquirir atención o recepcionar la ayuda por parte de otras personas.

Dicho de otro modo, las autolesiones pueden desarrollarse al caer en algunos de los componentes antes descritos, aplicando un proceso denominado condicionamiento operante, en el que las autolesiones brindan una sensación liberadora o reduzcan la intensidad de emociones displacenteras (Villaruel et al., 2013).

Con respecto a la variable de control, la disfuncionalidad familiar posee múltiples definiciones, muchas de las cuales se otorgan de forma subjetiva a cada autor; por lo tanto, una de las más completas y que engloba diferentes aspectos es la brindada por Sutanto y Soetikno (2021) quienes definen el término como un estado en el que se etiqueta a una familia cuando no consigue cumplir satisfactoriamente los roles y funciones de cada miembro; así como fallar al intentar

instaurar reglas, solucionar conflictos y/o desacuerdos dentro del círculo familiar; conllevando en la ejecución de patrones de comportamiento y rutinas disfuncionales para uno o varios de sus miembros. Mientras que Enríquez et al. (2021) lo contemplan como el fallo al intentar disciplinar o controlar los comportamientos inadecuados, incurriendo en métodos ineficientes o que conllevan a consecuencias negativas a mediano o largo plazo; así como la presencia de problemas de conducta, comunicación, en la gestión de los impulsos y en la búsqueda de soluciones.

Según Garrido y Gil (1993), las familias disfuncionales se caracterizan por la falta de respeto entre sus miembros, la aplicación de castigos severos, la ausencia o incumplimiento de normas, y la inmadurez de las figuras de autoridad al enfrentar conflictos. Estas familias presentan cuatro dimensiones: primero, el amalgamiento, que implica la falta de normas de convivencia y respeto, y la invasión de la privacidad y la individualidad de los miembros; segundo, la rigidez, donde se imponen reglas de manera unilateral sin que, quien las establece las cumpla; tercero, la sobreprotección, donde los padres resuelven todas las dificultades, impidiendo que los hijos desarrollen habilidades para enfrentar problemas; y cuarto, la evitación del conflicto, donde se ignoran los problemas mediante el silencio o la indiferencia.

Una de las teorías que aborda la disfuncionalidad familiar es la teoría ecológica, en la que se contempla que los diversos factores psicosociales provenientes tanto de los sistemas familiares y escolares pueden influir de forma directa en el individuo, conllevando a que se propicie la ejecución de conductas inadecuadas. Dicha teoría se funda en la idea que, para entender íntegramente la interacción socioemocional de los niños, se debe tener en cuenta la forma en que las características del niño interactúan con el entorno en donde se desenvuelve; considerando dicho entorno como una secuencia de estructuras arraigadas, que se extienden desde la familia pasando por otros contextos en los que los hijos pasan su vida, como la escuela o el vecindario, llegando hasta lo más remoto de la cultura; sin embargo, el hogar sigue siendo el primer subsistema que tiene un potente impacto en el buen desarrollo físico y emocional de los hijos (Pinto, 2021; Erazo et al., 2022). Sin embargo, los autores de Escala APGAR apuntan a que una de los

aspectos teóricos del cual se apoyaron fue en el modelo estructural familiar plantado por Salvador Minuchin, en donde se interpreta que la composición de la estructura familiar se da en base a los patrones de interrelación que comparten entre sí, patrones que se pueden evaluar por medio de: coaliciones, alianzas, subsistemas y los límites. Bajo dicho modelo se contempla que los subsistemas llegan a darse cuando existe un fuerte grado de cercanía y/o confianza con uno más miembros de la familia, siendo este un primer punto que se emplea para determinar los agentes que más influyen sobre el individuo ya sea positiva o negativamente. Luego están las alianzas, denotando un grado de cercanía en donde existe un objetivo común o amparo recíproco. Asimismo, la coalición se presenta cuando entre los miembros de un núcleo familiar se juntan para estar en contra de uno o más miembros, siendo un predictivo que se relaciona con los problemas internos en la dinámica familiar; como último aspecto están los límites, los cuales comprenden aquel grupo de normativas enfocadas en la conducta de los miembros de un grupo familiar, una de las características que ayudan a determinar si hay problemas con este aspecto es si dichos límites son difusos, no modifican ni corrigen los problemas de conducta (Guzmán, 2019; Díaz, 2012).

Desde el aspecto filosófico, dicha relación se aborda desde lo expuesto por Le Breton (2010) quien infiere que un individuo puede incurrir en acciones de autocastigo que dañen su integridad a través de distintas instancias, otorgándoles distintos significados, ya sea como una práctica ritualista enfocada en aliviar el sufrimiento de la propia existencia que percibe como insoportable; así como un medio de transmitir un mensaje sobre el propio sentir del aspecto inconsciente de la mente humana, conllevando a una forma de cambiar el cuerpo cuando no se puede cambiar el mundo; asimismo, las heridas corporales en la mayoría de casos suelen reflejar un estado de sufrimiento ejecutado desde la lucidez, siendo de ese modo un comportamiento que no se asocia a la locura, sino como una forma particular de exponer la lucha interna de un individuo ante la sensación de hundimiento vital.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación: Según la intención de estudio que concierne a esta investigación es de nivel básico y enfoque cuantitativo, puesto que, se realizará

a través de un método ordenado de recojo de información, además se estudiará la correlación de ambas variables de estudio (Sánchez et al., 2018, p. 80).

Diseño de investigación: El siguiente estudio pertenece a un método no experimental de corte transversal, debido a que se observarán los acontecimientos de forma natural en su contexto, sin manipulación alguna; asimismo se aplicará un instrumento en un determinado momento (Ato, López y Benavente 2013).

3.2. Variables y Operacionalización

Variable 1: Sintomatología Depresiva (Variable - Exógena)

- **Definición conceptual:**
La depresión es un desconcierto psíquico serio y un fenómeno entendido por miles de adolescentes, siendo incapaces de experimentar gusto por las actividades que antes solían disfrutar; afectando todas las áreas del ejercicio humano, en especial comportamentales, emocionales y cognitivos (Ugarriza y Escurra, 2002).
- **Definición Operacional:**
Medición de la variable por medio del cuestionario EDAR de Reynolds (1988), la versión adaptada por Nelly Ugarriza & Miguel Escurra en el 2002.
- **Factores:**
 - I Desmoralización, tiene (11)
 - II Expresiones Emocionales, tiene (6)
 - III Anhedonia, tiene (3)
 - IV Baja Autoestima, tiene (4)
 - V Somato – vegetativo, tiene (5)
 - VI Ansiedad escolar, tiene (1)
- **Escala:** Likert ordinal

Variable 2: Autolesiones (variable - Endógena)

- **Definición conceptual:** Se refiere a acciones que infligen daño corporal de manera deliberada, pero sin el objetivo de suicidio, mediante el uso de

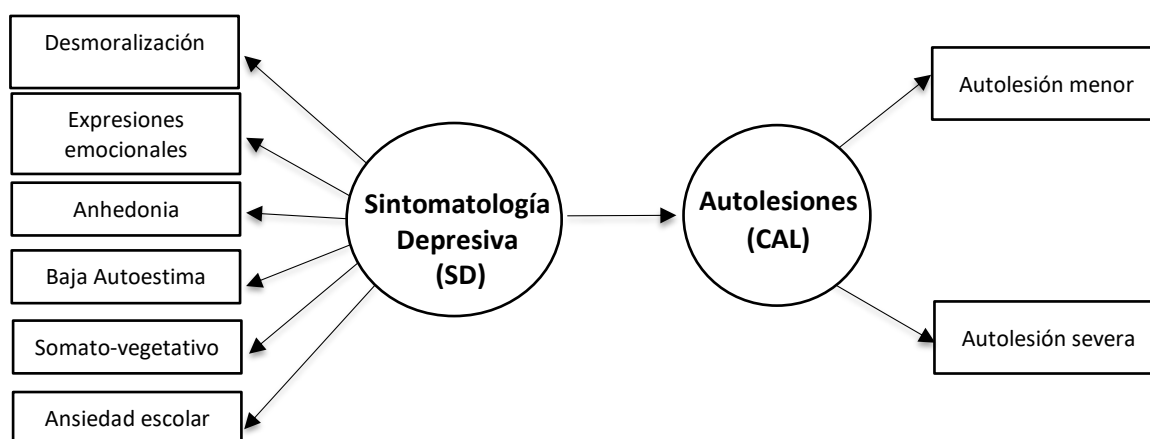
métodos como golpes o rasguños, entre otros, y tienen como finalidad proporcionar un alivio emocional (Marín, 2013).

- **Definición operacional:** Se medirá mediante la Cédula de Autolesiones de Marín (2013), desarrollada en México y validada en el Perú por Cano et al. (2021), consta de dos dimensiones y tiene como propósito evaluar si se cometen autolesiones y la frecuencia de estas conductas.
- **Dimensiones:** el instrumento cuenta con dos componentes: autolesión menor que incluye a los ítems 1, 2, 4, 8, 11 y 12, y la autolesión severa que implica a los ítems 3, 5, 6, 7, 9 y 10.
- **Indicadores:** cortes, heridas, pinchazos en la piel, mordeduras, uso de sustancias, golpes, sangrado y quemaduras.
- **Escala de medición:** Nominal, dicotómica que permite evaluar si existen conductas autolesivas a partir de las opciones: sí y no.

Diagrama

Figura 1

Propuesta de regresión estructural del estudio



Variable 3: Disfuncionalidad familiar (Variable para caracterizar la muestra)

- **Definición conceptual:** La disfuncionalidad familiar se manifiesta cuando una familia no logra satisfacer adecuadamente las necesidades emocionales, sociales y físicas de sus integrantes en conjunto (Smilkstein, 1978).

- **Definición operacional:** La medición de la variable se realizará gracias a la escala APGAR Familiar (Smilkstein, 1978), validada en Perú por Castilla et al. (2014), que cuenta con una estructura unidimensional y evalúa la disfuncionalidad y funcionalidad familiar, por lo que puntajes bajos o insuficientes indican una disfunción en la estructura familiar.
- **Dimensiones:** Unidimensional
- **Indicadores:** Adaptabilidad, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos.
- **Escala de medición:** Likert, ordinal

3.3. Población, muestra y muestreo

Población

La población estuvo compuesta por adolescentes de nivel secundario provenientes de 2 colegios estatales del distrito de Comas, la primera institución contó con 789 estudiantes matriculados (400 hombres y 389 mujeres); mientras que la segunda institución fue de 699 alumnos (376 hombres y 323 mujeres), por lo que la población contó con 1488 estudiantes, siendo 776 hombres y 712 mujeres, según cifras brindadas por la Estadística de la calidad educativa ESCALE del Ministerio de Educación (MINEDU, 2023). Asimismo, se funden criterios para la selección de los participantes.

Criterios de inclusión:

- Adolescentes entre 13 a 17 años.
- Matriculados en el ciclo lectivo actual y que estudien de 2do a 5to de secundaria en colegios del distrito de Comas.
- Adolescentes con autorización de sus padres o tutores legales.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes que no puedan responder los cuestionarios debido a limitaciones cognitivas.
- Estudiantes matriculados que ya no asistan a clases.
- Alumnos que se encuentren sancionados disciplinariamente y por ende estén impedidos de formar parte de actividades extra curriculares.

Tabla 1*Distribución de la población*

Categorías	Institución 1		Institución 2		Total	Total %	
	f	%	f	%	f	%	
Sexo	Hombres	400	26.9%	376	25.3%	776	52.2%
	Mujeres	389	26.1%	323	21.7%	712	47.8%
	Total	789	53%	699	47%	1488	100%

Nota: f=frecuencia; %=porcentaje

Muestra

La cantidad de la muestra se adquirió mediante la aplicación del programa G*power en su versión 3.1.9.4, dicho programa permite el cálculo del tamaño del efecto, la potencia estadística y la muestra necesaria, el cual se consideró un margen de error de 0.5 y la potencia estadística de .90%, obteniendo como resultado una cantidad mínima de 258 adolescentes para la siguiente investigación (Cárdenas y Arancibia, 2014). Puesto que se asume que la muestra es el subconjunto de la población seleccionada con la finalidad de obtener resultados eficaces (López y Facheli, 2017). Sin embargo, para este estudio se trabajó con una cantidad de participantes total de 358.

Tabla 2*Distribución de la muestra de estudio*

Categorías	Institución 1		Institución 2		Total	Total %	
	f	%	f	%	f	%	
Sexo	Hombres	87	24.3%	72	20.1%	159	%
	Mujeres	117	32.7%	82	22.9%	199	%
	Total	204	57%	154	43%	358	100%

Nota: f=frecuencia; %=porcentaje

Muestreo

El estudio empleó un muestreo no probabilístico; puesto que el investigador seleccionará directa e intencionalmente a los adolescentes pertenecientes a los colegios estatales del Distrito de Comas. (Otzen y Mantareola, 2017).

Unidad de análisis: Adolescentes estudiantes de nivel secundaria.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para el recojo de datos se aplicará una encuesta de acuerdo a la finalidad de nuestra investigación, esto con el objetivo de conseguir y poder analizar la información de manera competente (Casas et al., 2003).

Instrumentos:

Dentro de este marco, apreciamos como primer instrumento la Escala de depresión adolescente de Reynolds – EDAR, diseñada por William Reynolds en 1988, el cual estudia los diversos niveles de depresión que muestran los adolescentes; está conformado por 30 ítems distribuidos en 6 factores de sintomatología depresiva delineados por el manual de diagnóstico y estadística para los trastornos mentales (DSM); de modo que, cada uno de los factores tiene sus respectivos ítems; desmoralización (11), Expresiones Emocionales (6), anhedonia (3), de baja autoestima (4), de somático-vegetativo (5) y finalmente ansiedad escolar (1). Su aplicación es individual y colectiva, en un tiempo de 10 a 15 minutos; entendiendo también que se puede aplicar para población adulta; además la escala utiliza una estructura de respuesta tipo Likert de cuatro alternativas: casi nunca, rara vez, algunas veces y casi siempre. Estos reactivos se califican de modo inverso es decir la respuesta de “casi nunca”: recibe un puntaje de (4), “rara vez”: (3) puntos, “algunas veces”: (2) puntos y “casi siempre”: (1) punto. De ese modo, Reynolds Adolescent Depression Scale (EDAR), es un instrumento psicométrico que se utiliza para evaluar los niveles de depresión en adolescentes. Fue desarrollada con el objetivo de proporcionar una herramienta para los expertos en la salud mental que necesiten diagnosticar y tratar de manera efectiva la depresión en este grupo. A lo largo de los años, la escala ha sido objeto de diversas adaptaciones

y validaciones en diferentes contextos culturales y geográficos, lo que ha contribuido a su amplia aceptación y uso en la comunidad científica.

Por consiguiente, las propiedades psicométricas originales de la EDAR de Reynolds cuentan con las siguientes características y datos normativos. Los resultados obtenidos fueron altos tanto en consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach=0,83) como de estabilidad temporal (las correlaciones test-retest oscilaron entre 0,60 y 0,72 para tres subgrupos diferentes de la muestra total). Seguidamente, con respecto a la versión de la escala EDAR adaptada en Perú por Ugarriza y Escurra (2002) en escolares de secundaria de Lima Metropolitana, en una muestra de 1.963 estudiantes adolescentes, se hallaron resultados de confiabilidad por encima de .87, presenta una estructura interna favorable, asimismo se empleó el coeficiente KMO (.927) y un índice de discriminación (>.40), CFI (.961), TLI (.956), GFI (0.99), AGFI (0.99), RMSEA (.063) y SRMR (.045).

Se realizó un estudio piloto con 201 participantes, encontrando valores de asimetría y curtosis entre +/-1.5, IHC y comunalidades superiores a .30, ID significativos y se descartó multicolinealidad. En el AFC se puso a prueba el modelo original, encontrando valores de: $\chi^2/gf=1.54$, CFI=.924, TLI=.914, NFI=.935, GFI=.959, RMSEA=.052 y SRMR=.081, también se analizó un modelo reespecificado que retira el ítem 2 perteneciente al factor 6 y tuvo los índices de ajuste: $\chi^2/gf=1.71$, CFI=.907, TLI=.896, NFI=.938, GFI=.960, RMSEA=.060 y SRMR=.082. La confiabilidad para la escala total fue de $\alpha=.892$ [IC 95%= .870; .912] y $\omega=.895$ [IC 95%=.875; .916].

Como segundo instrumento, tenemos la **Cédula de Autolesión (CAL)**, diseñada por Marín (2013) en territorio mexicano. Este instrumento de evaluación psicológica se creó con el objetivo de analizar acciones de autolesión que no tienen como meta el suicidio, facilitando la identificación de factores predictivos relacionados con dichas conductas, lo cual es crucial para la implementación de intervenciones terapéuticas de enfoque cognitivo-conductual en alumnos de nivel secundario. Los ítems del instrumento abordan distintas manifestaciones de autolesión y se evalúan mediante dos

dimensiones, la primera dimensión corresponde autolesión leve y la segunda severa, permitiendo diferenciar a los individuos que cometen autolesiones, a partir de las alternativas sí y no, el desarrollo de la escala es de aproximadamente cinco minutos. En cuanto a sus propiedades psicométricas originales, el instrumento se sometió a evaluación en una cohorte de 455 alumnos de una institución educativa pública en México. Las edades de los colaboradores variaron entre los 12 y 16 años, con una media de 13.9 años y una desviación estándar de .95, donde el 50.3% eran mujeres. Los análisis de correlación del instrumento con otras pruebas revelaron asociaciones significativas con variables como la ansiedad ($r=.378$, $p<.05$), depresión ($r=.466$, $p<.05$), desregulación emocional ($r=.438$, $p<.05$) e impulsividad ($r=.341$, $p<.05$).

Por otro lado, en Perú, Cano et al. (2021) llevaron a cabo un estudio que examinó la escala en un grupo de 417 estudiantes, con edades comprendidas entre 11 y 18 años, de los cuales el 47.1% eran varones. Para evaluar la estructura interna del instrumento, se emplearon el coeficiente de KMO (.873) y la prueba de Bartlett ($p<.001$). Estos indicadores permitieron avanzar en el AFE, utilizando el método de componentes principales y la rotación varimax. Se identificó un modelo bifactorial que justifica el 54.02% de la varianza total, con cargas factoriales que superan el valor de .534 y un coeficiente de confiabilidad alfa de .893.

Se realizó un estudio piloto con 201 participantes, encontrando valores de asimetría y curtosis entre ± 1.5 , excepto en los ítems 1, 4, 8, 11 y 12, IHC y comunalidades superiores a .30, excepto en los ítems 1 y 8, ID significativos y se descartó multicolinealidad. En el AFC se puso a prueba el modelo original, encontrando valores de: $\chi^2/gf=.93$, CFI=.1.00, TLI=1.00, NFI=.904, GFI=.966, RMSEA=.000 y SRMR=.070. La confiabilidad para la escala total fue de $\alpha=.773$ [IC 95%= .727; .814] y $\omega=.790$ [IC 95%=.747; .833].

Finalmente, el tercer instrumento utilizado es el **APGAR familiar** fue diseñado en 1978 por Gabriel Smilkstein, fue uno de los estudiantes de la universidad de Washington, de profesión médico, quién trabajó en la atención

primaria de un hospital de Estados Unidos; es por ello que, surge el interés por estudiar el funcionamiento familiar; construyendo así el APGAR con la finalidad de percibir la satisfacción que tiene el individuo con respecto a su familia. Dicho cuestionario tiene el propósito de evaluar la disfuncionalidad y funcionalidad familiar. Dado que, fundamentaron que la salud de la persona se debe en gran parte al funcionamiento de la familia. Además, el nombre "APGAR" surgió en base a que era fácil de recordar, debido a que estaba relacionado con el cuestionario que emplean en el análisis de neonatos, afirmado por Virginia Apgar. Smilkstein, consiguió que el nombre del cuestionario fuera de un acrónimo que hace referencia a sus siglas, compuesto por cinco indicadores de la función familiar: Adaptabilidad, Participación, Ganancia, Afectividad y Capacidad resolutive. El cuestionario es de tipo likert de 5 opciones (0=Nunca - 4=Siempre), dicho resultado es: Disfunción grave= 0-10, disfunción moderada= 11-11 y funcionalidad familiar= 15-20.

La escala del APGAR familiar, según sus características psicométricas se describen un Alfa de Cronbach = .86, el KMO de .82 y el análisis factorial exploratorio 61.9% de varianza en los reactivos, asimismo se evidenciaron coeficientes de correlación intraclase de los 5 ítems, los cuales resultaron mayores a (.55) y la correlación ítem escala varió del .61 al .71, el análisis factorial se evidencia el nivel de varianza de 55.6% mostrando buen resultado de consistencia interna y elaborada por un solo factor siendo el instrumento fiable y aplicable para diversos estudios de interés. (Smilkstein, 1978). Asimismo, en el contexto peruano estudiaron la escala teniendo como resultado el análisis psicométrico que incluyó 256 adolescentes de Lima, de 11 a 18 años (M=10). En el análisis de ítems se identificaron valores de ritc entre .505 a .643, mientras que para la validez se calcularon los valores de KMO (.792) y test de Bartlett ($p < .001$) que al ser adecuados aseguraron la viabilidad del AFE, descubriendo un 54.1% de varianza total en un factor que retiene los 5 ítems de la escala, con cargas factoriales entre .677 a .800, de la misma manera se halló un CFI (>.991), GFI (.988), NNFI (.967), RMSEA (.055), $X^2 = 208.324$. Finalmente, la confiabilidad fue de $\alpha = .785$ (Castilla, et al. 2014).

Se realizó un estudio piloto con 201 participantes, encontrando valores de asimetría y curtosis entre +/-1.5, IHC y comunalidades superiores a .30, ID significativos y se descartó multicolinealidad. En el AFC se puso a prueba el modelo original, encontrando valores de: $\chi^2/gf=1.63$, CFI=.997, TLI=.994, NFI=.998, GFI=.999, RMSEA=.056 y SRMR=.020. La confiabilidad para la escala total fue de $\alpha=.856$ [IC 95%= .822; .885] y $\omega=.858$ [IC 95%=.827; .889].

3.5. Procedimientos

Se gestionó las autorizaciones pertinentes con los autores de los instrumentos de medición que se van a utilizar. Adicionalmente, se elaboró una misiva formal dirigida a las entidades administrativas de los centros educativos en Comas, emitida a través de la Escuela de Psicología de la UCV. El propósito de esta comunicación escrita fue para obtener el consentimiento para la administración y aplicación de las escalas evaluativas. En este contexto, se efectuaron visitas programadas a los jóvenes de las instituciones seleccionadas, donde se aplicaron cuestionarios que abarcan escalas para la evaluación de síntomas depresivos, conductas autolesivas y dinámica familiar. Asimismo, se proporcionó un documento de consentimiento y asentimiento informado, contribuyendo así a la integridad del estudio y la confidencialidad de los datos recabados. La fase de recolección de datos se concretó a través de visitas presenciales a los establecimientos educativos, específicamente durante las horas de tutoría, en el siguiente periodo de marzo y abril del año 2024, logrando el tamaño muestral adecuado. Posterior a ello, se traspasó los datos en físico a una hoja de cálculo en Excel, donde se codificó las respuestas en formato numérico, lo que permitió llevar a cabo un proceso de depuración, en el que se eliminaron aquellos participantes que no completaron sus datos sociodemográficos o no respondieron en su totalidad los ítems de las escalas; para finalmente, importar la base de datos a los programas estadísticos para su análisis.

3.6. Método de análisis de datos

Para la evaluación de los resultados se utilizó el software de uso libre Jamovi en su versión 2.3.28; mientras que, para la tabulación se hizo en una hoja de cálculo de Microsoft Excel. Dicho procesamiento de datos inició con la realización de un análisis de la distribución de las puntuaciones utilizando la prueba de Shapiro-Wilk, en función de su potencia estadística (Ghasemi & Zahediasl, 2012). Posteriormente, para el modelo de regresión estructural se empleó el paquete de base SEM, teniendo como índices de ajuste dentro de los parámetros de aceptación ($\chi^2/gl < 3$, y si los valores de CFI, TLI y NFI eran mayores a .90, y si los valores de RMSEA y SRMR eran menores a .80 (Escobedo et al., 2016). Luego, se procedió a investigar las correlaciones y comparaciones, las cuales se determinaron en función al análisis de normalidad. Al contar con datos que no se ajustaron a una curva de distribución normal, se trabajó con el coeficiente Rho de Spearman para la ejecución de las correlaciones; mientras que, la prueba U de Mann Whitney se empleó para las comparaciones respectivamente (Flores-Ruíz et al., 2017). Para el tamaño del efecto, se reportó el coeficiente de determinación, cuyos valores variaban de .10 a .14 para efectos pequeños, de .15 a .24 para efectos medianos y eran de .25 o mayores para efectos grandes (Cohen, 1992). Para las comparaciones se usó épsilon al cuadrado, siendo que los tamaños del efecto oscilaron de .10 a .29 para efectos pequeños, de .30 a .49 para efectos medianos y de .50 o más para efectos grandes (Domínguez-Lara, 2017). Por último, para los objetivos de estadística descriptiva, se utilizaron tablas de frecuencias y porcentajes.

3.7. Aspectos éticos

El presente estudio se adhirió rigurosamente a las normativas y protocolos establecidos por la Asociación Psicológica Americana (APA, 2019) con el fin de garantizar el cumplimiento de los criterios éticos. En este contexto, se solicitó autorización a los autores para utilizar las escalas de evaluación de las variables estudiadas. Además, se proporcionó a los estudiantes una exposición detallada y precisa sobre los objetivos de la investigación y la confidencialidad de la información recopilada.

Es crucial enfatizar que, dado que la investigación se llevó a cabo en territorio peruano, se siguieron las directrices establecidas por el Colegio de Psicólogos del Perú (2017). Estas directrices tuvieron como objetivo asegurar el bienestar psicológico de los adolescentes de la institución educativa donde se desarrolló la investigación, permitiéndoles decidir de manera libre y voluntaria su participación en el estudio.

Asimismo, en este escenario de estudio se aplicaron meticulosamente los principios bioéticos fundamentales. Estos incluyeron el respeto por la autonomía individual, aseverando que la participación en la investigación fuera voluntaria y basada en un consentimiento y asentimiento informados. Además, se trabajó bajo el principio de beneficencia, asegurando que la investigación contribuyera al conocimiento científico sin causar daño a los participantes. Se implementó también el principio de justicia, garantizando una selección equitativa y libre de sesgos discriminatorios en la inclusión de participantes. Por último, se preservó la confidencialidad y el anonimato de la información recopilada para proteger la privacidad de los adolescentes involucrados en el estudio (Siurana, 2010).

III. RESULTADOS

Tabla 3

Evaluación de la distribución de datos univariada

Variable	M	D.E	Shapiro- Wilk	p
Sintomatología depresiva	75.3	13.4	.975	< .001
Desmoralización	26.4	5.74	.962	< .001
Expresiones emocionales	15.8	3.50	.979	< .001
Anhedonia	8.38	2.29	.956	< .001
Baja autoestima	9.05	2.93	.956	< .001
Somato-vegetativo	12.5	2.81	.970	< .001
Ansiedad escolar	3.11	1.00	.779	< .001
Autolesiones	3.24	3.32	.860	< .001
Autolesión menor	1.68	1.85	.825	< .001
Autolesión mayor	1.56	1.63	.849	< .001

Nota: M=Media, DE=Desviación Estándar, p=significancia

Conforme a los datos expuestos en la Tabla 2, se aplicó el test de Shapiro-Wilk para evaluar la normalidad de los datos, seleccionado por su elevada eficacia estadística, de acuerdo con las recomendaciones del estudio de Ghasemi y Zahediasl (2012). Los niveles de significancia alcanzados fueron inferiores a .001, evidenciando así una desviación de la normalidad en el conjunto de datos, en consecuencia, para los análisis subsiguientes se optó por el uso de métodos estadísticos no paramétricos, siguiendo las directrices propuestas por Flores-Ruiz et al. (2017).

A continuación, se presentarán los resultados en función de la secuencia de los objetivos

Para el objetivo general: Determinar la capacidad predictiva de la sintomatología depresiva sobre las autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar pertenecientes a colegios estatales de Comas 2024.

Tabla 4

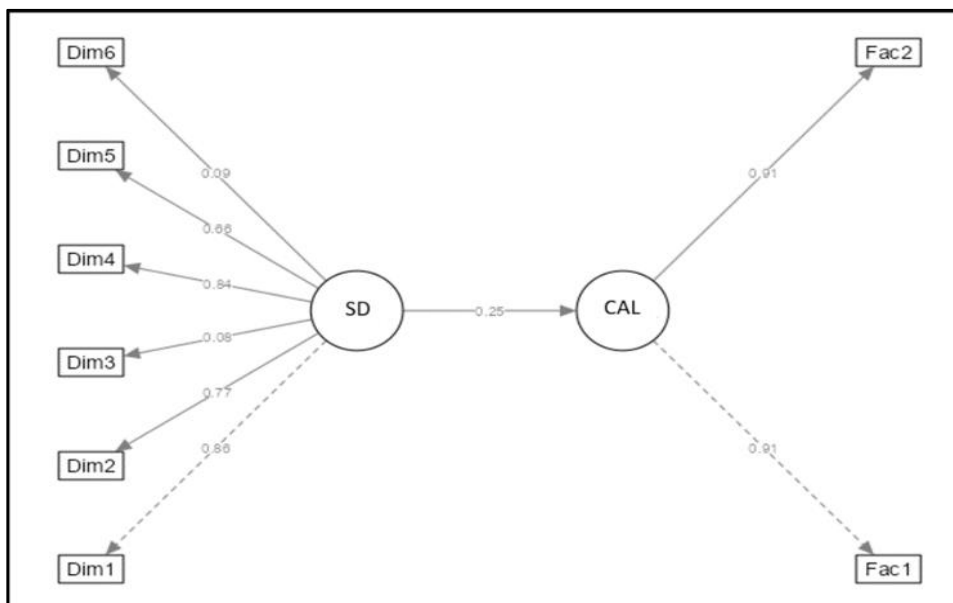
Índices de ajuste del modelo propuesto

	X²/gl	CFI	TLI	SRMR	RMSEA	NNFI
Modelo	2.6	.976	.965	.057	.067	.965

Para el objetivo general, el modelo propuesto revela que la sintomatología depresiva tiene un efecto significativo en las autolesiones, como lo demuestra un índice de chi cuadrado relativo, señalando un ajuste óptimo ($X^2/gl < 3$) (Escobedo et al., 2016 y Ruiz et. al 2010). En consonancia, los indicadores de bondad de ajuste, incluido el índice de ajuste comparativo, lograron ajustes propicios (CFI, TLI y NNFI $> .90$ y $>.95$) (Ruiz et al., 2010 y Escobedo et. al, 2016). Asimismo, los valores obtenidos para la medida de la razón de los residuos cuadráticos promedio y la raíz cuadrada media de los residuos estandarizados se situaron dentro de los intervalos previstos (SRMR $< .080$) (Cho et al., 2020), considerándose esto como adecuado. De manera similar, el RMSEA cumple con los criterios establecidos ($<.080$) (Cho et al., 2020), evidenciando que el modelo se alinea correctamente con los datos recopilados.

Figura 2

Modelo estructural del estudio



Nota: SD=sintomatología depresiva, Dim1=desmoralización, Dim2=Expresiones Emocionales, Dim3= Anhedonia, Dim4= Baja Autoestima, Dim5= Somato Vegetativo, Dim6= Ansiedad Escolar. CAL=autolesiones, Fac1=Autolesión menor, Fac2=Autolesión severa.

Adicionalmente en la tabla 5 se observa que:

Tabla 5

Análisis de regresión

Criterio	Predictor	Estimate	SE	95% Intervalos de confianza		β	z	p
				Lower	Upper			
CAL	SD	.086	.020	.045	.127	.253	4.16	<.001

Nota: CAL=autolesiones, SD=sintomatología depresiva, β =coeficiente de regresión, z=puntuación z, p=significancia. Estimate=estimación, SE=Standard Error

De igual forma, para el objetivo general determinar la capacidad predictiva de la sintomatología depresiva sobre las autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar pertenecientes a colegios estatales de Comas en 2024, como se visualiza en la tabla 5, la sintomatología depresiva (SD) es predictora significativa de las autolesiones (CAL) con $\beta = .253$ y $p < .001$, siendo de influencia mínima necesaria.

Para el objetivo específico a) determinar la relación entre la sintomatología depresiva y las autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar

Tabla 6

Análisis de correlación entre la sintomatología depresiva y las autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar

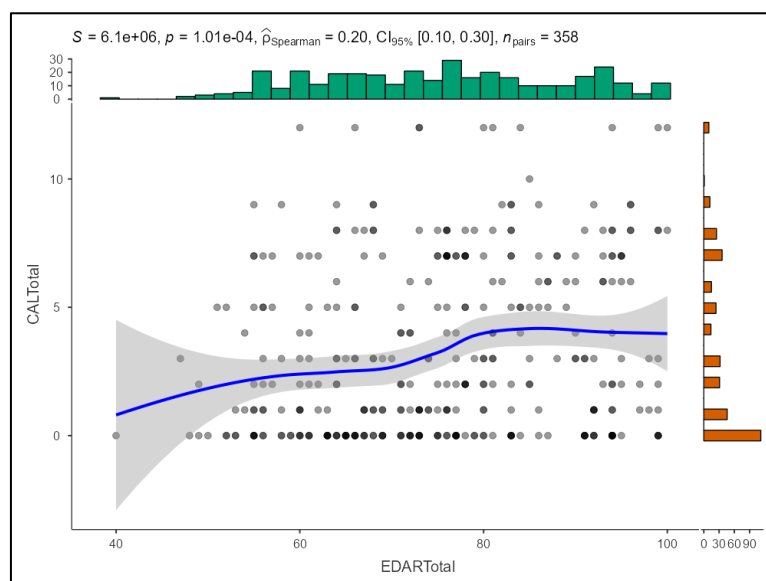
	Sintomatología depresiva (SD)					
	Rho	IC 95%		TE	p	n
		Lower	Upper			
Autolesiones (CAL)	.204	.10	.30	.041	<.001	358

Nota: TE=tamaño de efecto, p=significancia, n=muestra

Los datos de la tabla 6 revelan una relación significativa y positiva entre las variables ($r=.204$, $p<.001$). La fuerza de esta correlación se clasifica como moderada, situándose en el intervalo de .11 a .50, conforme a la categorización establecida por Mondragón (2014). Sin embargo, el tamaño del efecto se evaluó como insignificante, al no superar el umbral de .10, de acuerdo con los criterios establecidos por Cohen (1988). Esto indica que, conforme aumentan los síntomas depresivos, también lo hacen las autolesiones.

Figura 3

Correlación entre la sintomatología depresiva y las autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar



Para el objetivo específico b) determinar la relación entre la sintomatología depresiva y las dimensiones de las autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar

Tabla 7

Análisis de correlación entre la sintomatología depresiva y las dimensiones de las autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar

	Sintomatología depresiva (SD)					n
	Rho	IC 95%		TE	p	
		Lower	Upper			
Autolesión menor	.192	.09	.30	.036	<.001	358
Autolesión mayor	.190	.09	.29	.036	<.001	358

Nota: TE=tamaño de efecto, p=significancia, n=muestra

Los datos mostrados en la tabla 7 revelan una relación significativa y positiva entre las variables. La fuerza de estas correlaciones se clasifica como moderadas, situándose en el intervalo de .11 a .50, conforme a la categorización establecida por Mondragón (2014). Sin embargo, los tamaños del efecto se evaluaron como insignificantes, al no superar el umbral de .10, de acuerdo con los criterios establecidos por Cohen (1988). Esto indica que, conforme aumentan los síntomas depresivos, también lo hacen las autolesiones menores y mayores.

Para el objetivo específico: c) determinar la relación entre las autolesiones y los componentes de la sintomatología depresiva en adolescentes con disfuncionalidad familiar.

Tabla 8

Análisis de correlación entre las autolesiones y los componentes de la sintomatología depresiva en adolescentes con disfuncionalidad familiar

Componentes (SD)	Autolesiones (CAL)					n
	Rho	IC 95%		TE	p	
		Lower	Upper			
Desmoralización	.200	.11	.32	.040	<.001	358
Expresiones emocionales	.151	.03	.24	.023	.004	358
Anhedonia	-.138	-.25	-.04	.019	.009	358
Baja autoestima	.229	.11	.31	.052	<.001	358
Somato-vegetativo	.181	.07	.28	.033	<.001	358
Ansiedad escolar	.128	.05	.25	.016	.016	358

Nota: TE=tamaño de efecto, p=significancia, n=muestra

Los datos mostrados en la tabla 8 revelan una relación significativa y positiva entre las variables, excepto en la dimensión anhedonia, donde la relación fue inversa. La fuerza de estas correlaciones se clasifica como moderadas, situándose en el intervalo de .11 a .50, conforme a la categorización establecida por Mondragón (2014). Sin embargo, los tamaños del efecto se evaluaron como insignificantes, al no superar el umbral de .10, de acuerdo con los criterios establecidos por Cohen (1988). Esto indica que, conforme aumentan las autolesiones, también lo hacen la desmoralización, las expresiones emocionales, la baja autoestima, el somato-vegetativismo y la ansiedad escolar, mientras que disminuye la anhedonia.

Para el objetivo específico d) identificar las diferencias en la sintomatología depresiva respecto al sexo de los adolescentes con disfuncionalidad familiar

Tabla 9

Análisis comparativo de la sintomatología depresiva respecto al sexo de los adolescentes con disfuncionalidad familiar

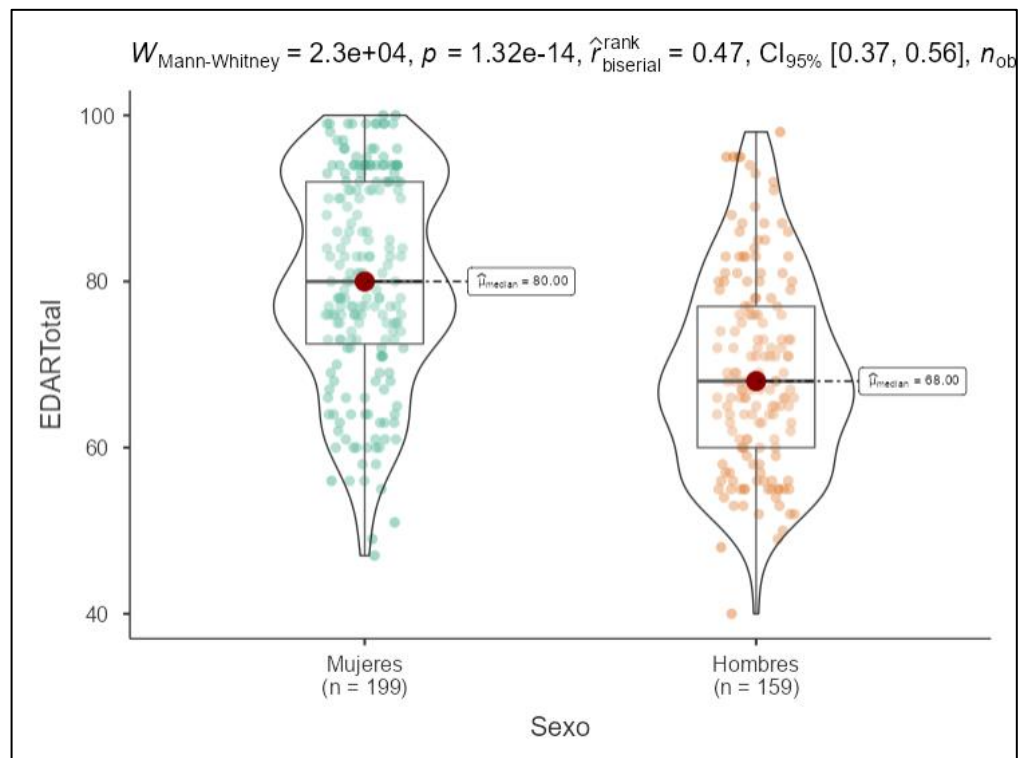
	Sexo	n	Media	Prueba	r_{bis}
Sintomatología depresiva (SD)	Mujeres	199	80.1	U=8328 p<.001	.474
	Hombres	159	69.1		

Nota: r_{bis} =correlación biserial, n=muestra

La tabla 9 revela la existencia de diferencias significativas en la sintomatología depresiva entre géneros ($p<.001$), con las mujeres presentando una puntuación promedio superior ($M=80.1$). Además, se determinó que el tamaño del efecto es de magnitud media, al situarse en el rango de .30 a .49, según lo indicado por Domínguez-Lara (2017).

Figura 4

Gráfico comparativo de la sintomatología depresiva en adolescentes con disfuncionalidad familiar según sexo



Para el objetivo específico e) identificar las diferencias en las autolesiones respecto al sexo de los adolescentes con disfuncionalidad familiar

Tabla 10

Análisis comparativo de las autolesiones respecto al sexo de los adolescentes con disfuncionalidad familiar

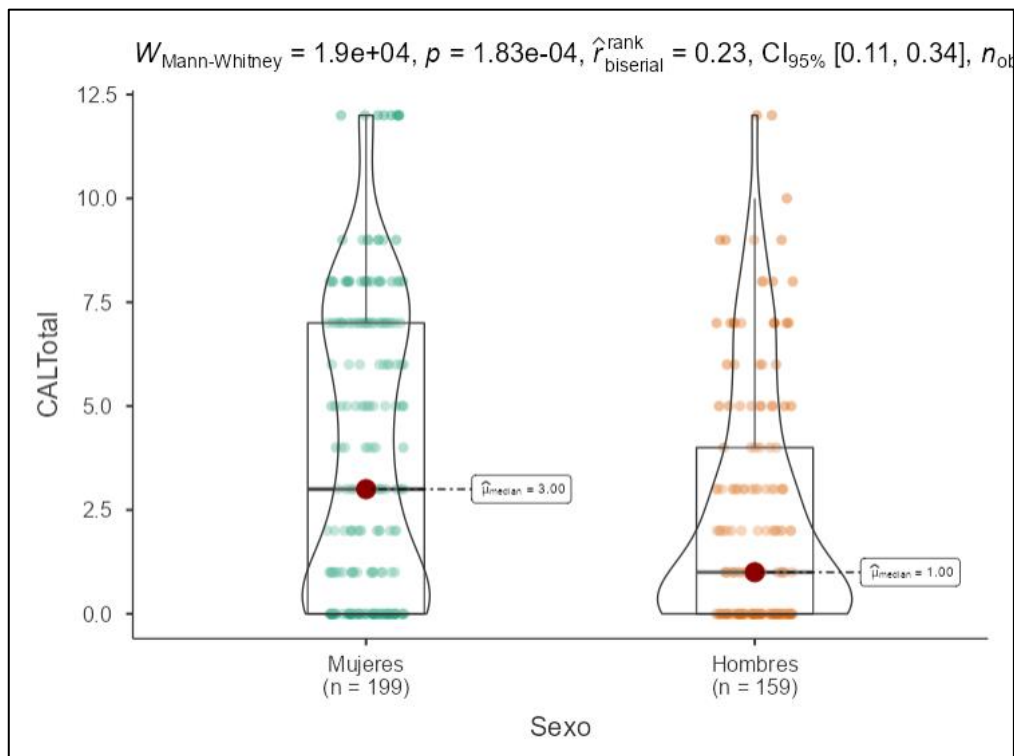
	Sexo	n	Media	Prueba	r_{bis}
Autolesiones (CAL)	Mujeres	199	3.88	U=12247	.226
	Hombres	159	2.43	p<.001	

Nota: r_{bis} =correlación biserial, n=muestra

La tabla 10 revela la existencia de diferencias significativas en las autolesiones entre géneros ($p<.001$), con las mujeres presentando una puntuación promedio superior ($M=3.88$). Además, se determinó que el tamaño del efecto es de magnitud pequeña, al situarse en el rango de .10 a .29, según lo indicado por Domínguez-Lara (2017).

Figura 5

Gráfico comparativo de las autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar según sexo



Para el objetivo específico f) describir la sintomatología depresiva predominante en los adolescentes con disfuncionalidad familiar

Tabla 11

Predominancia de la sintomatología depresiva en los adolescentes con disfuncionalidad familiar

Dimensiones (SD) Sintomatología Depresiva	Media	Desviación estándar
Desmoralización	26.4	5.7
Expresiones emocionales	15.8	3.5
Anhedonia	8.38	2.3
Baja autoestima	9.05	2.9
Somato-vegetativo	12.5	2.8
Ansiedad escolar	3.11	1.0

La tabla 11 muestra que para la sintomatología depresiva predomina la desmoralización (M=26.4), seguida de las expresiones emocionales (M=15.8), Somato-vegetativo (M=12.5), baja autoestima (M=9.05), anhedonia (M=8.38) y ansiedad escolar (M=3.11).

Para el objetivo específico g) describir los niveles de autolesiones en los adolescentes con disfuncionalidad familiar

Tabla 12

Análisis descriptivo de las autolesiones en los adolescentes con disfuncionalidad familiar

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Alto	48	13.4%
Medio	89	24.9%
Bajo	221	61.7%

La tabla 12 muestra que para las autolesiones predomina el nivel bajo con el 61.7% de casos, seguido del nivel medio con el 24.9% y el nivel alto con el 13.4%.

V. DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó siguiendo la línea de violencia, tomando en cuenta que la importancia de la sintomatología depresiva radica en su impacto significativo en la salud mental y el bienestar general de las personas que la experimentan (Sánchez et al., 2023). Además, se destaca que la sintomatología depresiva es un factor predictivo importante de las autolesiones en adolescentes que enfrentan disfuncionalidad familiar (Rivera et al., 2018). Habiéndose observado que cuando los síntomas depresivos coinciden con un entorno familiar disfuncional, puede incrementar aún más el riesgo de autolesiones (Jeréz et al., 2023).

La decisión de llevar a cabo la investigación en una muestra de estudiantes de secundaria provenientes de un entorno familiar disfuncional se basó en varias razones, una de las cuales es que la disfuncionalidad familiar puede ser un factor de riesgo importante para el desarrollo de problemas de salud mental en los adolescentes. Además, aunque los estudiantes no tengan historial de problemas de salud mental o autolesiones, la presencia de disfuncionalidad familiar puede aumentar su vulnerabilidad a desarrollar estos problemas. Por otro lado, tomando en cuenta que el estudio de las autolesiones en población adolescente con disfuncionalidad familiar (Ancajima y Cortéz, 2022) y con sintomatología depresiva (Rivera et al., 2018) es un tópico que se ha estudiado, estos estudios se han centrado unilateralmente en una sola variable o en la relación entre ambas variables, sin considerar el contexto familiar para segmentar la muestra de estudio. Por lo tanto, investigar la relación entre la sintomatología depresiva y las autolesiones en este grupo específico podría ayudar a identificar factores de riesgo únicos asociados con dicho contexto, lo que proporcionaría información valiosa para la prevención y la intervención temprana.

Concerniente al objetivo general del estudio enfocado en determinar la capacidad predictiva de la sintomatología depresiva sobre las autolesiones llevado a cabo en adolescentes que experimentan disfuncionalidad familiar; en base a ello, se evidenció que el modelo sugerido indica un impacto notable de la sintomatología depresiva en las autolesiones reflejando dicha adecuación a partir de los índices de ajuste obtenidos (CFI=.976; TLI=.965; RMSEA=.067; SRMR=.057); asimismo, los valores del análisis de regresión determinaron que la sintomatología depresiva es

predictora significativa de las autolesiones ($\beta=.253$ y $p<.001$), verificando con ello la hipótesis general del investigador.

Los datos obtenidos, son concordantes a lo obtenido por Olvido et al. (2016) quienes ejecutaron una investigación similar conformada por 251 estudiantes de secundaria provenientes de Chile-Chillán ($\beta=.481$; $p<.001$), determinando que la sintomatología depresiva posee capacidad predictiva respecto a la conducta autolesiva; así como en el estudio de Solís et al. (2022) llevado a cabo en una muestra de 94 adolescentes mexicanos del Estado de Morelos con edades entre los 12 a 17 años ($\beta=.63$; $p<.001$), quienes explicaron que la presencia de síntomas depresivos conlleva a un incremento del riesgo de conducta autolesiva a largo plazo. Es relevante destacar que no se han identificado estudios adicionales que vayan en contra de los hallazgos encontrados en la investigación.

En ambos estudios se evidencia que la sintomatología depresiva puede predecir las autolesiones en adolescentes vulnerados por algún factor psicosocial como lo puede ser la disfuncionalidad familiar, al contribuir al malestar emocional, limitar los recursos de afrontamiento y fomentar la utilización de las autolesiones como un mecanismo de escape emocional.

Por otro lado, dichos resultados guardan relación con la Teoría de la auto destructividad, la cual infiere que la sintomatología depresiva puede predisponer a las personas a involucrarse en comportamientos autolesivos como un modo de hacer frente a su malestar emocional y regular sus emociones intensas (Castro et al., 2014). De acuerdo a esta teoría, las autolesiones se interpretan como un intento de mitigar o controlar emociones negativas intensas, como la tristeza o frustración que suelen acompañar a la depresión; por ende, se sugiere que algunas personas pueden tener una inclinación intrínseca hacia el comportamiento autodestructivo pudiendo manifestarse de diversas formas, como las autolesiones (Quiroga y Cryan, 2005).

Respecto al primer objetivo específico, enfocado a determinar la relación entre la sintomatología depresiva y las autolesiones en adolescentes, se evidenció que ambas variables poseen una relación directa baja con significancia estadística ($r=.204$; $p<.001$); además de reportar un tamaño del efecto pequeño ($r^2=.041$), estos resultados se interpretan de modo que, a medida que aumentan los síntomas

depresivos, también lo hace la incidencia o la gravedad de las autolesiones, y viceversa. Sin embargo, esta relación es relativamente débil en términos de fuerza; lo sugiere que, si bien la depresión puede aumentar el riesgo de autolesiones, hay otros factores que pueden tener un impacto más significativo en la probabilidad de que una persona se involucre en comportamientos autolesivos.

Lo que se asemeja con el estudio realizado por Tang et al. (2022) quienes trabajaron con una muestra de 2170 estudiantes de secundaria provenientes de Taiwán con edades comprendidas entre los 11 a 17 años, obteniendo una correlación directa baja entre ambas variables ($r=.38$; $p<.001$), determinando que las autolesiones podrían ser utilizadas por los adolescentes como un método de castigo personal ante las situaciones adversas y/o dificultades emocionales que pudieran experimentar. También coincidiendo con la investigación de Ying et al. (2021) ejecutada en población adolescente proveniente de China, reportando una relación directa baja ($r=.241$; $p<.001$), quienes añadieron que en más de la mitad de los casos de estudiantes que se autolesionaban, su utilidad estaba contemplada como un mecanismo de escape para aliviar temporalmente el malestar emocional. Otro estudio con el que guarda relación es el realizado por Valencia et al. (2019) en Latinoamérica, llevado a cabo en una muestra de 44 estudiantes de secundaria procedentes de Colombia, reportando una relación directa baja y significativa ($r=.360$; $p=.016$), destacando que el uso de las autolesiones como estrategia mal adaptativa de regulación emocional.

Un aspecto importante tener en cuenta es que, tanto en el presente estudio como en los trabajos previos, existe una relación directa baja entre la sintomatología depresiva y las autolesiones, esto no significa que todas las personas con depresión se autolesionen ni que todas las personas que se autolesionan necesariamente tengan depresión. La relación entre estos dos factores puede ser compleja y multifacética, y puede variar según las características individuales de cada persona y su contexto social y emocional.

Una de las teorías que abordan dicha relación es la denominada Teoría del escape emocional propuesta por Nock (2009), según esta teoría, las personas recurren a las autolesiones, suelen emplearlas como un mecanismo para interrumpir o inhibir los pensamientos y sentimientos negativos. Asimismo, las

experiencias previas de autolesión pueden fortalecer la asociación entre la conducta autolesiva y el alivio emocional, lo que conlleva a un patrón de comportamiento repetido, haciendo que sea más probable que recurran a este comportamiento en el futuro cuando enfrenten emociones negativas similares (Selby et al., 2012).

Respecto al segundo objetivo específico, en el que se planteó evaluar la relación entre la sintomatología depresiva y las dimensiones de las autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar. El análisis de las puntuaciones obtenidas evidenció que la sintomatología depresiva posee una relación inversa baja y significativa tanto con las autolesiones menores ($r=.192$; $p<.001$) como con las autolesiones severas ($r=.190$; $p<.001$), reportando un tamaño del efecto pequeño en cada caso. La interpretación de estos resultados infiere que los síntomas depresivos están relacionados con las dimensiones que componen las autolesiones, pero la relación no es lo suficientemente fuerte como para predecir con certeza la presencia o severidad de las autolesiones; sin embargo, al contar con significancia estadística, implica que no es un resultado al azar, existiendo una conexión genuina entre estos dos fenómenos, aunque esta sea débil.

Datos que son concordantes con lo reportado en el estudio realizado por Ferro et al. (2020) quienes exploraron esta misma relación en una muestra de 44 adolescentes escolarizados de 10 a 17 años, procedentes de Colombia - ciudad de Pereira, evidenciando una relación directa baja con las autolesiones severas ($r=.336$; $p=.026$) y autolesiones menores ($r=.323$; $p=.033$), interpretándolo de modo que, dependiendo de la intensidad de los síntomas depresivos, la gravedad y la frecuencia de las conductas autolesivas pueden variar.

Los datos obtenidos, coincide a lo expuesto por diferentes autores, quienes han identificado que los adolescentes con síntomas depresivos de larga duración tienden a involucrarse en autolesiones más graves y potencialmente peligrosas, como cortarse profundamente o quemarse, en comparación con aquellos con síntomas depresivos menos graves (Linehan et al., 1991). Esto puede reflejar un nivel más profundo de malestar emocional y una búsqueda más intensa de alivio o expresión emocional a través de las autolesiones (Lewis et al., 2011).

Respecto al tercer objetivo específico, se evaluó la relación entre las autolesiones y los componentes de la sintomatología depresiva en adolescentes con disfuncionalidad familiar, evidenciando una relación directa baja con las dimensiones de desmoralización ($r=.200$; $p<.001$), expresiones emocionales ($r=.151$; $p=.004$), baja autoestima ($r=.229$; $p<.001$), somato-vegetativo ($r=.181$; $p<.001$) y ansiedad escolar ($r=.128$; $p=.016$); asimismo, se obtuvo una relación inversa baja con la dimensión de anhedonia ($r=-.138$; $p=.009$). Estos resultados sugieren que los adolescentes que experimentan mayor desmoralización, expresiones emocionales intensas, baja autoestima, síntomas físicos relacionados con la depresión y ansiedad en el contexto escolar pueden ser más propensos a involucrarse en autolesiones como una forma de afrontar o expresar su malestar emocional. Por otro lado, se encontró una relación inversa baja entre las autolesiones y la dimensión de anhedonia. Lo que puede sugerir que los adolescentes que experimentan una menor anhedonia pueden de igual forma poseer una menor tendencia a recurrir a las autolesiones como una forma de hacer frente a su malestar emocional.

Los datos obtenidos son concordantes a lo reportado por Tang et al. (2022) quienes de igual manera determinaron una relación directa baja con la dimensión de baja autoestima ($r=.381$; $p<.001$); mientras que Ying et al. (2021) evidenció una relación directa baja con la ansiedad escolar ($r=.311$; $p<.001$); asimismo, en el estudio de Lan et al. (2019) se observó esta misma relación con las reacciones somáticas ($r=.281$; $p<.001$) y expresión emocional ($r=.338$; $p<.001$). Posterior a una búsqueda exhaustiva, no se han encontrado estudios previos donde se hayan reportado datos que contradigan lo antes descrito.

A modo de síntesis, estos resultados subrayan la compleja relación entre las autolesiones y los componentes de la sintomatología depresiva en adolescentes con disfuncionalidad familiar. Si bien se encontró una relación significativa, la baja magnitud de estas relaciones resalta la importancia de considerar otros factores contextuales y psicológicos en la comprensión y abordaje de las autolesiones en este grupo de adolescentes.

Como cuarto objetivo específico, se llevó a cabo en análisis comparativo de la sintomatología depresiva en función al sexo de los adolescentes con

disfuncionalidad familiar, los resultados evidenciaron que existe diferencias significativas entre ambos grupos ($p < .001$), siendo las mujeres ($M=80.1$) quienes reportaron una puntuación más elevada que los hombres ($M=69.1$), pudiendo interpretarse modo que las adolescentes mujeres reportaron una puntuación promedio más alta en la sintomatología depresiva en comparación con los adolescentes hombres.

Dichos resultados discrepan, de los obtenido por Serra et al. (2022) quienes evidenciaron que no existen diferencias estadísticas ($p=.550$), habiendo un mínimo cambio en las puntuaciones tanto de mujeres ($Mdn=68.5$) y de hombres ($Mdn=66.1$), lo que puede interpretarse de modo que el sexo de los participantes no predispone a que se pueda experimentar mayor o menor sintomatología depresiva.

Estos resultados guardan relación con la Teoría del estrés crónico y la sensibilización emocional, dicha teoría sugiere que las mujeres y los hombres pueden experimentar el mismo nivel de estrés, pero las mujeres pueden ser más vulnerables a desarrollar síntomas depresivos debido a factores psicológicos y sociales específicos relacionados con el sexo (Moscoso, 2011); asimismo, sugiere que las mujeres pueden ser más sensibles a las experiencias emocionales negativas y más propensas a rumiar sobre los problemas.

Como quinto objetivo específico, se llevó a cabo en análisis comparativo de las autolesiones en función al sexo de los adolescentes con disfuncionalidad familiar, los resultados evidenciaron que existe diferencias significativas entre ambos grupos ($p < .001$), siendo las mujeres ($M=3.88$) quienes reportaron una puntuación más elevada que los hombres ($M=2.43$), pudiendo interpretarse de forma que las mujeres tienden a reportar o manifestar un mayor número de autolesiones en comparación con los hombres, lo que a su vez puede sugerir diferencias en la forma en que hombres y mujeres enfrentan o expresan su malestar emocional.

Dichos resultados son concordantes a los reportados por De la Cruz (2021) en su estudio a nivel nacional, en el que se trabajó con una muestra de 459 estudiantes de secundaria, quienes también encontraron que existían diferencias

de acuerdo al sexo, siendo las mujeres ($M=239.0$) quienes tuvieron una puntuación mayor con respecto al grupo de los hombres ($Rango=220.1$); sin embargo, se puntualiza que la prevalencia de autolesiones por medio de cortes es más elevada en mujeres, mientras que los hombres incurren más a métodos como golpearse. A nivel internacional, también poseen semejanza con el trabajo de Villar et al. (2022) quienes contaron con una muestra de 92 estudiantes de secundaria provenientes de España. Evidenciando la presencia de diferencias estadística entre el grupo de hombres ($Mdn=38.5$) y mujeres ($Mdn=45.0$), siendo este último grupo el que reportó la mayor tendencia respecto a la incidencia de autolesiones.

Una teoría que podría explicar dichos resultados sería la Teoría del refuerzo social, de acuerdo a esta teoría, las autolesiones pueden ser más frecuentes en mujeres debido a las diferencias en el refuerzo social y la atención que reciben por estas conductas. Es decir, las mujeres pueden recibir más atención, compasión y apoyo emocional cuando muestran signos de malestar emocional, incluidas las autolesiones (Sánchez et al., 2018). Esta atención y apoyo pueden actuar como un refuerzo positivo para la conducta autolesiva, aumentando la probabilidad de que las mujeres recurran a estos comportamientos como una forma de buscar atención y aliviar el malestar emocional (Castro, 2014).

La relevancia de identificar las diferencias entre hombres y mujeres en términos de autolesiones se debe a que proporciona información valiosa sobre los factores de riesgo y protección específicos para cada sexo; ayudando a desarrollar intervenciones más efectivas y dirigidas que aborden las necesidades únicas de cada grupo, reduciendo así la incidencia y la gravedad de las autolesiones.

Como sexto objetivo específico, se analizó cual fue la sintomatología depresiva predominante en los adolescentes con disfuncionalidad familiar, siendo esta la desmoralización ($M=26.4$; $DE=5.7$), mientras que la menos predominante fue la ansiedad escolar ($M=3.11$; $DE=1.0$), lo que puede interpretarse de forma que la desmoralización, caracterizada por una sensación persistente de apatía, desinterés y falta de esperanza en el futuro, es más prominente en los adolescentes expuestos a condiciones adversas de conflicto intrafamiliar.

Esta predominancia se ve reafirmada por medio de la Teoría del estrés familiar planteada por McCubbin et al. (1980), según esta teoría, los adolescentes

que experimentan ambientes familiares disfuncionales están expuestos a un mayor estrés psicosocial, explicando que la desmoralización puede ser predominante en este tipo de población debido a varios factores. En primer lugar, la disfuncionalidad familiar puede generar un ambiente estresante y caótico, donde los jóvenes se sienten constantemente expuestos a conflictos, tensiones y falta de seguridad emocional (Darling et al., 2012). Lo que puede socavar su autoestima y confianza en sí mismos, lo que contribuye a sentimientos de desesperanza y desmoralización (Maguire, 2012).

Aunado a ello, también se explica que la falta de modelos positivos de afrontamiento y resiliencia en el ámbito familiar puede dejar a los adolescentes desorientados y sin recursos para enfrentar los desafíos de la vida (Ruano y Serra, 2000). La carencia de apoyo emocional adecuado puede generar una sensación de soledad y desamparo, aumentando su vulnerabilidad a la desmoralización y la depresión (Conger et al., 1992).

A modo de síntesis se puede mencionar que la desmoralización puede tener una mayor prevalencia sobre otros síntomas depresivos en adolescentes con disfuncionalidad familiar debido a que representa una adaptación psicológica específica a un entorno adverso. Por otro lado, la importancia de este objetivo versa en comprender qué síntomas son más prominentes para el diseño de intervenciones y programas de tratamiento específicos, lo que a su vez puede incluir una atención más personalizada y centrada en las necesidades individuales de cada adolescente.

Como parte del séptimo y último objetivo específico, se detallaron los niveles de conductas autolesivas en adolescentes provenientes de entornos familiares disfuncionales. Observando que el nivel bajo predominó en el 61.7% de la muestra (n=221), mientras que la categoría alta fue la que menos participantes registró, representando solo el 13.4% de los participantes (n=48). Estos resultados sugieren que la incidencia de conductas autolesivas en este grupo es mayormente baja, lo que podría indicar una capacidad relativamente saludable para manejar el estrés y las tensiones asociadas con su entorno familiar. No obstante, es importante destacar que un bajo nivel de conductas autolesivas no necesariamente implica una

ausencia total de problemas emocionales; también podría reflejar una falta de expresión externa de estos problemas (Serna et al., 2020).

Estos resultados, también se han obtenido en el estudio a nivel nacional de Añezco y Mendoza (2021) quienes emplearon una muestra de 139 estudiantes de secundaria con edades entre los 12 a 17 años procedentes de la región de Amazonas, evidenciando que el 7.9% de los participantes fueron catalogados con familias disfuncionales, de los cuales solo el 1.4% incurre en comportamientos autolesivos, siendo la principal motivación en dichos casos la defectuosa relación con los padres.

Al ahondar en un fundamento teórico que podría explicar por qué algunos adolescentes con disfuncionalidad familiar muestran un nivel bajo de conductas autolesivas, se destaca la Teoría del afrontamiento planteada por Lazarus y Folkman (1986) la cual sugiere que las personas enfrentan el estrés y las adversidades de diversas maneras, utilizando estrategias cognitivas y conductuales para lidiar con las situaciones estresantes, que a su vez pueden influir en su propensión a incurrir en conductas autolesivas. Entre las que destacan la reevaluación positiva, implicando reinterpretar la situación familiar de manera más positiva, centrándose en aspectos como el crecimiento personal, la resiliencia o las oportunidades de aprendizaje que surgen de la adversidad (Castaño y León, 2010); apoyo social, los adolescentes podrían contar con un sistema de apoyo externo sólido, como amigos, maestros o figuras comunitarias, que les brinde un entorno seguro y afectuoso fuera del hogar (Yarnoz, 2002); resiliencia, en algunos casos puede existir una mayor capacidad de resiliencia, lo que les permite enfrentar las adversidades familiares de manera adaptativa y salir fortalecidos de las experiencias difíciles (Piera y Desfilis, 2000). Por otro lado, la teoría también sugiere que los adolescentes que muestran un nivel bajo de conductas autolesivas pueden estar empleando estrategias de afrontamiento menos saludables, como puede ser la negación de sus problemas emocionales o el uso de la evitación como mecanismo para lidiar con el estrés producto de un entorno familiar disfuncional (Marsollier y Aparicio, 2011).

A modo de apreciación subjetiva, se puede añadir que, aunque un nivel bajo de conductas autolesivas puede ser un signo positivo, es fundamental realizar

una evaluación continua de la salud mental de estos adolescentes, debido a que posible estén experimentando malestar emocional de otras formas que no se reflejen en conductas autolesivas, por lo que es importante estar atentos a otros síntomas de problemas emocionales, como la depresión o la ansiedad.

Después de exponer de manera organizada los resultados obtenidos y de analizar las similitudes y diferencias entre los diversos estudios encontrados, es crucial identificar las dificultades y limitaciones que surgieron durante el desarrollo de la investigación. Es importante destacar que estas dificultades no impidieron que el estudio alcanzara cada uno de los objetivos propuestos. Una de las limitaciones fue la escasez de estudios que abordaran ambas variables o la variable de segmentación, lo que resultó en una limitada disponibilidad de investigaciones en revistas científicas relevantes. En cuanto a las dificultades, dado que era esencial que los participantes estuvieran en un contexto familiar disfuncional, fue necesario filtrar a un número considerable de participantes que no cumplían con este requisito, lo que a su vez llevó a la necesidad de reclutar más participantes para alcanzar el tamaño de muestra requerido. A pesar de estos desafíos, se logró cumplir con la muestra necesaria para el estudio.

Por último, se debe destacar que toda la información se recolectó a través de encuestas, cuyos datos al ser cuantificados denotaron una consistencia interna adecuada y validez por estructura interna, tanto en sus versiones originales como en el estudio piloto ejecutado. Asimismo, este estudio también brindó la oportunidad de analizar las variables en un grupo donde esté presente la disfuncionalidad familiar, considerada como una variable psicosocial relevante, dado que ha sido poco explorada en investigaciones previas en términos de criterio sociodemográfico.

IV. CONCLUSIONES

PRIMERA: Se determinó que la sintomatología depresiva puede anticipar la aparición de autolesiones en adolescentes con características por circunstancias psicosociales adversas, como la disfuncionalidad familiar. Esto sugiere una relación compleja entre el estado emocional y la conducta autodestructiva.

SEGUNDA: Se evidenció que existe una relación directa entre la sintomatología depresiva y las autolesiones; no obstante, esta relación es débil, lo que sugiere que no todos los adolescentes que experimentan síntomas depresivos van a incurrir en conductas autolesivas, incluso si provienen de un entorno familiar disfuncional.

TERCERA: Se halló que la sintomatología depresiva mantiene una relación directa baja y significativa con las dimensiones de autolesiones tanto menores como severas en adolescentes con disfuncionalidad familiar, lo que implica una relación significativa entre estos aspectos, aunque no lo bastante fuerte para prever con certeza la presencia o gravedad de las autolesiones.

CUARTA: Se observó una correlación directa baja entre las autolesiones y los síntomas depresivos, lo que sugiere que otros factores pueden influir significativamente en la conducta autolesiva. Además, se reportó una relación inversa baja con la anhedonia, lo cual sugiere que dicho componente podría funcionar como un factor protector, reduciendo la inclinación hacia estas conductas destructivas.

QUINTA: Se evidencia que existen diferencias significativas en los síntomas depresivos respecto al sexo de los adolescentes, determinando que hay una mayor incidencia en las mujeres en comparación con los adolescentes varones, implicando que pueden experimentar niveles más altos de tristeza, desesperanza o falta de interés en actividades, entre otros síntomas característicos de la depresión al encontrarse en un contexto con disfuncionalidad familiar.

SEXTA: Se determinó que existen diferencias significativas en las autolesiones en función al sexo de los adolescentes, evidenciando que las mujeres poseen una mayor propensión a autolesionarse en comparación con los adolescentes varones.

SÉPTIMA: Se identificó que la desmoralización es la sintomatología depresiva predominante en los adolescentes con disfuncionalidad familiar, lo que sugiere que este contexto puede influir notablemente en su salud mental, lo que se refleja en la manifestación de desmoralización como respuesta emocional prevalente.

OCTAVA: Se evidenció que la incidencia de conductas autolesivas en este grupo con disfuncionalidad familiar es mayormente baja, lo que podría indicar una capacidad relativamente saludable para manejar el estrés y las tensiones familiares o reflejar una falta de expresión externa de dichos problemas.

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se sugiere detectar y examinar otros factores que puedan aumentar la sintomatología depresiva y el riesgo de comportamientos autolesivos en adolescentes, estos factores adicionales podrían abarcar la ausencia de apoyo social o experiencias previas de trauma, a fin de obtener una comprensión más completa de ambos fenómenos.

SEGUNDA: Se recomienda que futuras investigaciones utilicen un enfoque de muestreo probabilístico estratificado para garantizar la representatividad de la población estudiada. Esto se debe a que, al depender de un método de muestreo no probabilístico, no se pueden generalizar los resultados obtenidos y existe la posibilidad latente de sesgar la medición de los fenómenos de estudio.

TERCERA: Se recomienda llevar a cabo análisis comparativos que abarquen otras variables sociodemográficas que podrían influir tomando en cuenta su marco teórico, como la edad, nivel socioeconómico, nivel educativo y estado civil; permitiendo una exploración más exhaustiva de la relación entre ambos constructos.

CUARTA: Tomar en consideración los hallazgos obtenidos en la investigación sobre adolescentes con disfuncionalidad familiar para el desarrollo de programas de intervención y prevención con el objetivo es reducir la prevalencia de la sintomatología depresiva con énfasis en la desmoralización de los adolescentes y las conductas autolesivas en dicha población.

QUINTA: Llevar a cabo un estudio de monitoreo constante de ambas variables a lo largo del tiempo en una muestra que sea representativa de la población de interés, posibilitando la identificación de relaciones causales o direccionales entre ellas.

REFERENCIAS

- Agis, R., López, D., Bermúdez, V., Maya, E., y Guzmán, E. (2020). Frecuencia de sintomatología depresiva y tratamiento en adultos mayores con acceso a servicios de salud. *Horizonte sanitario*, 19(3), 365-373. <https://doi.org/10.19136/hs.a19n3.3786>
- Albarracín, L., y González, L. (2019). Vínculos afectivos familiares en mujeres adolescentes con conductas autolesivas no suicidas. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 19(1), 1-18. <https://doi.org/10.18270/chps.v19i1.2977>
- Álvarez, A. (2020). *Antecedentes de investigación*. Universidad de Lima, Facultad de Ciencias Empresariales y Económicas, Carrera de Negocios Internacionales. <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/10819>
- American Psychological Association. (APA, 2020). *Publication manual of the American Psychological Association*. (7a ed.). <https://www.ucentral.edu.co/sites/default/files/inline-files/guia-normas-apa-7-ed-2019-11-6.pdf>
- Ancajima, B., y Cortez, M. (2022). Conductas Autolesivas en Estudiantes del Nivel Secundario de una Institución Educativa Pública. *Revista de Investigación Psicológica*, 1(28), 53-66. <https://doi.org/10.53287/sdhk5564oc21f>
- Arias, J. (2020). *Proyecto de Tesis. Guía para la elaboración*. Paidós. https://www.researchgate.net/publication/350072280_Proyecto_de_Tesis_guia_para_la_elaboracion
- Asociación Americana de Psicología (APA, 2020). *Suicidio y autolesión*. <https://www.psychiatry.org/patients-families/la-salud-mental/suicidio-y-autolesion>
- Asociación de Psicólogos Americanos. (2019). Guía de citación y referenciación (7ª. ed.). https://www.revista.unam.mx/wp-content/uploads/3_Normas-APA-7-ed-2019-11-6.pdf

- Asociación Española de Pediatría (AEP, 2022). *La pandemia ha provocado un aumento de hasta el 47 % en los trastornos de salud mental en los menores.* https://www.aeped.es/sites/default/files/20220407_np_salud_mental_infancia_y_adolescencia.pdf
- Ato, M., López, JJ y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29 (3), 1038-1059 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043>
- Barrionuevo, J. (2023). *Patologías del acto en la adolescencia: Aportes desde el psicoanálisis.* Letra Viva. <https://www.letravivalibros.com/producto/patologias-del-acto-en-la-adolescencia-aportes-desde-el-psicoanalisis/>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Teoría Cognitiva de la depresión.* (19° Edición). Desclée de Brower. <https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/DAB/article/view/3162>
- Bordone, E., y Semeniuk, B. (2021). Depresión y melancolía. *Medicina*, 81(6), 86-93. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802021000801093&lng=es&tlng=es.
- Botto, A., Acuña, J., y Jiménez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1297-1305. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>
- Bousoño, M., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz, E., Galván, G., García, L., Velasco, Á., Rodríguez, J., Wasserman, C., Carli, V., Hoven, C., Sarchiapone, M., Wasserman, D., Bousoño, M., García, M., Iglesias, C., Sáiz, P., y Bobes, J. (2019). Consumo de alcohol y factores de riesgo de conductas autolesivas en adolescentes españoles. *Adicciones*, 2(1), 37-41. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1239>
- Cano, J., García, E., Prado, R., y Robles, N. (2021). Adaptación de la Cédula de Autolesión (CAL): Propiedades psicométricas y resultados en una muestra de adolescentes. *AVFT–Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(5), 42-47. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5459512>

- Cárdenas, M. y Arancibia, H. (2014). Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G*Power: Complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación a la psicología. *Salud y Sociedad*, 5(2), 210-224. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2014.0002.00006>
- Casas, J., Labrador, J., Campos, J., Repullo, J., y Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención primaria*, 31(8), 527-538. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)70728-8](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70728-8)
- Castaño, E., y León, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 10(2), 245-257. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56017095004.pdf>
- Castro, J. (2014). Autolesión no suicida en adolescentes peruanas: Una aproximación diagnóstica y psicopatológica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(4), 226-235. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972014000400005
- Castro, K., & Kirchner, T. (2018). Coping and Psychopathological Profile in Nonsuicidal Self-Injurious Chilean Adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 74(1), 147–160. <https://doi.org/10.1002/jclp.22493>
- Castro, K., Kirchner, T. y Planellas, I. (2014). Predicción de conducta autodestructiva en adolescentes mediante tipologías de afrontamiento. *Universitas Psychologica*, 13(1), 121-133. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672014000100011&lng=en&tlng=es.
- Cho, G., Hwang, H., Sarstedt, M. y Ringle, C. (2020). Cutoff criteria for overall model fit indexes in generalized structured component analysis. *J Market Anal*, 8, 189–202. <https://doi.org/10.1057/s41270-020-00089-1>
- Cohen, J. (1992). Statistical Power Analysis. *Association for Psychological Science*, 1(1), 98-101. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783>

- Colegio de Psicólogos del Perú. (2017). *Código de ética y deontología*.
https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf
- Conger, R., Elder, G., Lorenz, F., Conger, K., Simons, R., Whitebeck, L., Huck, S. & Melby, J. (1992). Linking economic hardship to marital quality and instability. *Journal of Marriage and Family*, 52(2), 643-656.
<https://doi.org/10.2307/1131344>
- Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica (2020) *Guía práctica para la formulación y ejecución de proyectos de investigación y desarrollo (i+d)*.
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1423550/GU%C3%8DA%20PR%C3%81CTICA%20PARA%20LA%20FORMULACI%C3%93N%20Y%20EJECUCI%C3%93N%20DE%20PROYECTOS%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N%20Y%20DESARROLLO-04-11-2020.pdf>
- Darling, C., Senatore, N. & Strachan, J. (2012). Fathers of children with disabilities: stress and life satisfaction. *Stress and health*, 1(28), 269-278.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22281940/>
- De la Cruz, N. (2021). Autolesiones no suicidas y variables sociodemográficas en adolescentes limeños. *Avances en Psicología*, 29(1), 59-77.
<https://doi.org/10.33539/avpsicol.2021.v29n1.2350>
- De los Santos-Roig, M. y Pérez, C. (2014). Análisis de ítems y evidencias de fiabilidad de la Escala sobre Representación Cognitiva de la Enfermedad (ERCE). *Anales de psicología*, 30(2), 438-449.
https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v30n2/psico_clinica7.pdf
- Díaz, I. (2012). La investigación en terapia familiar. *En-claves del pensamiento*, 6(11), 163-196.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2012000100010&lng=es&tlng=es.
- Diccionario Etimológico de Chile (2022). *Definición etimológica de autoflagelar*.
<https://etimologias.dechile.net/?autoflagelar>
- Domínguez-Lara, S. (2017). Magnitud del efecto, una guía rápida. *Educ. Med.*, 19(4), 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.002>

- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2022). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/4233597-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2022>
- Enríquez, R., Pérez, R., Ortiz, R., Cornejo, Y., y Chumpitaz, H. (2021). Disfuncionalidad familiar y depresión del adolescente: una revisión sistemática entre los años 2016-2020. *Conrado*, 17(80), 1-6. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1990-86442021000300277&script=sci_arttext&tling=pt
- Erazo, C., Ceballos, A., y Matabanchoy, J. (2022). Mirada ecológica en la construcción del proyecto de vida de jóvenes rurales. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 20(1), 303-327. <https://doi.org/10.11600/rllcsnj.20.1.5255>
- Escobedo, M., Hernández, J., Estebané, V. y Martínez, G. (2016). Modelos de Ecuaciones Estructurales: Características, Fases, Construcción, Aplicación y Resultados. *Revista Ciencia & Trabajo*, 18(55), 16-22. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cyt/v18n55/art04.pdf>
- Faura, J., Calvete, E., y Orue, I. (2021). Autolesión no suicida: conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante. *Papeles del Psicólogo*, 42(3), 207-214. <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol.2964>
- Fernández Bedoya, V. H. (2020). Tipos de justificación en la investigación científica. *Espíritu Emprendedor TES*, 4(3), 65–76. <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/10819>
- Fernández, V. (2020). Tipos de justificación en la investigación científica. *Espíritu Emprendedor TES*, 4(3), 65–76. <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/10819>
- Ferro, L., Maya, J., Cubillos, G., Suárez, L., y Moreno, M. (2019). Relación entre conductas autolesivas con fines no suicidas y depresión en población adolescente escolarizada. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 19(2), 1-25. <https://doi.org/10.18270/chps.v19i2.3145>

- Flores, M., Cancino, M., y Figueroa, M. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Rev. Cubana Salud Pública*, 44(4), 200-216. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21458870016>
- Flores-Ruiz, E., Miranda-Navales, M., & Villasís-Keever, M. (2017). El protocolo de investigación VI: cómo elegir la prueba estadística adecuada. *Estadística inferencial. Revista Alergia México*, 64(3), 364–370. <https://doi.org/10.29262/ram.v64i3.30>
- Fondo de las Unidas para la Infancia (UNICEF, 2019). *Más del 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales*. <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/m%C3%A1s-del-20-de-los-adolescentes-de-todo-el-mundo-sufren-trastornos-mentales>
- Fundación ANAR (2023). La conducta suicida, principal motivo de consulta de los/as menores de edad por primera vez en casi 30 años de las Líneas de Ayuda ANAR. <https://www.anar.org/la-fundacion-anar-informa-sobre-senales-de-riesgo-y-recomendaciones-para-la-prevencion-de-la-conducta-suicida-en-adolescentes/>
- García, G. y Boira, S. (2018). Comportamientos de autolesión en jóvenes con medida de internamiento en medio cerrado. *Escritos de Psicología*, 11(2), 92-100. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2018.0108>
- Garrido, L., y Gil, E. (1993). *Estrategias familiares*. Alianza Editorial.
- Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: A guide for non-statisticians. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, 10(2), 486-489. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3693611/>
- Gratz, K., Tull, M., Dixon, K., Turner, B., y Chapman, A. (2018). ¿La asociación entre la autolesión deliberada y el alivio emocional es estable o depende del contexto emocional? *Revista de Terapia Conductual y Psiquiatría Experimental*, 60(1), 61-68. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.03.003>
- Guerrero, S., y Melo, O. (2017). Una metodología para el tratamiento de la multicolinealidad a través del escalamiento multidimensional. *Ciencia en Desarrollo*, 8(2), 9-24. <http://www.scielo.org.co/pdf/cide/v8n2/0121-7488-cide-8-02-00009.pdf>

- Guibert, W., y Torres, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 452-460. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500008&lng=es&tlng=es.
- Guzmán, M. (2022). Capítulo 1. La violencia como fenómeno humano. Teorías y factores. En J. L. Rojas-Solís (Ed.), *Investigación, prevención e intervención en la violencia de pareja hacia la mujer. Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Puebla*, 2(1), 5-11. <https://www.concytep.gob.mx/publicaciones/libro-c-l2022-03-23-investigacion-prevencion-e-intervencion-en-la-violencia-depareja-hacia-la-mujer#48>
- Guzmán, P. (2019). Terapia estructural aplicada a una familia de la ciudad de la Paz. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 17(2), 462-476. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612019000200011&lng=es&tlng=es
- Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2022). *Entre 40 y 30 % de jóvenes de 19 y 26 años en el Perú presentaron síntomas de ansiedad y depresión tras la llegada de la pandemia de la COVID-19*. <https://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/entre-40-y-30-de-jovenes-de-19-y-26-anos-en-el-peru-presentaron-sintomas-de-ansiedad>
- Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2023). *Unos de cada ocho niños o adolescentes presentarán algún problema de salud mental*. <https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2012/011.html>
- Jerez, M., Jiménez, S., González, P., White, R., González, A., y Díaz, F. (2023). Evaluación de conductas de cutting en una muestra de adolescentes atendidos en Salud Mental Infanto-Juvenil. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 40(3), 24-37. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n3a4>

- Kalkbrenner, M. (2021). Alpha, Omega, and H Internal Consistency Reliability Estimates: Reviewing These Options and When to Use Them. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 14(1), 77-88. <https://doi.org/10.1080/21501378.2021.1940118>
- Kraus, L., Schmid, M., & In-Albon, T. (2020). Anti-Suicide Function of Nonsuicidal Self-Injury in Female Inpatient Adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 11(2), 490-511. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00490>
- Lan, T., Jia, X., Lin, D. & Liu, X. (2019). Stressful Life Events, Depression, and NonSuicidal Self-Injury Among Chinese Left-Behind Children: Moderating Effects of Self-Esteem. *Frontiers in Psychiatry*, 10(1), 25-37. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00244>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. (M. Zaplana, Trad.). Ediciones Martínez Roca. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=222981>
- Le Breton, D. (2010). *La piel y la marca. Acerca de las autolesiones*. Topia. <https://www.topia.com.ar/articulos/piel-y-marca-acerca-autolesiones>
- Leiva, M., Indacochea, S., Cano, L., y Medina, M. (2022). Asociación entre ansiedad y depresión en estudiantes de Medicina de la Universidad Ricardo Palma durante el año 2021. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 22 (4), 735-742. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v22i4.4842>
- Lewis, S., Heath, N., St Denis, J., y Noble, R. (2011). El alcance de las autolesiones no suicidas en YouTube. *Pediatría*, 127(3), 552-557. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2317>
- Linehan, M., Armstrong, H., Suárez, A., Allmon, D. y Heard, H. (1991). Tratamiento cognitivo-conductual de pacientes límite crónicamente parasuicidas. *Archivos de psiquiatría general*, 48(12), 1060-1064. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>
- Liu, J., Gao, Y., Liang, C., & Liu, X. (2022). The potential addictive mechanism involved in repetitive nonsuicidal self-injury: The roles of emotion dysregulation and impulsivity in adolescents. *J Behav Addict*, 11(4), 953-962. <http://dx.doi.org/10.1556/2006.2022.00077>

- Lloret-Segura, S., Ferreres, A., Hernández, A. y Tomás, M. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Revista Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16731690031.pdf>
- López, P. (2004). Población muestra y muestreo. *Punto Cero*, 09(08), 69-74. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012&lng=es&tlng=es.
- López-Roldán, P.; Fachelli, S. (2017). El diseño de la muestra. En P. López-Roldán y S. Fachelli, *Metodología de la Investigación Social Cuantitativa*. Bellaterra. (Cerdanyola del Vallès): Dipòsit Digital de Documents, Universitat Autònoma de Barcelona. Capítulo II.4. <https://ddd.uab.cat/record/185163>
- Maguire, K. (2012). *Stress and coping in families*. Malden: Polity Press.
- Marín, M. (2013). *Desarrollo y evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan*. Universidad Nacional Autónoma de México. <http://132.248.10.225:8080/xmlui/handle/123456789/78>
- Marsollier, R., y Aparicio, M. (2011). El bienestar psicológico en el trabajo y su vinculación con el afrontamiento en situaciones conflictivas. *Psicoperspectivas*, 10(1), 209-220. <http://zdx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol10-Issue1-fulltext-125>
- McCubbin, H., Joy, C., Cauble, E., Comeau, J., Patterson, J. & Needle, R. (1980). Family stress and coping: a decade review. *Journal of Marriage and Family*, 42(4), 855-871. <https://doi.org/10.2307/351829>
- Millán, M., y Sánchez, D. (2021). Evolución del concepto de autolesión en ciencias de la salud. *Revista de Historia de los Cuidadores Profesionales y de las Ciencias de la Salud*, 8(18), 33-42. <https://www.revistaegle.com/index.php/eglerev/article/view/131>
- Ministerio de Educación. (MINEDU, 2023). *Estadística de la Calidad Educativa – ESCALE*. <http://escale.minedu.gob.pe/web/inicio/padron-de-iiiee>
- Ministerio de salud del Perú (MINSA, 2022). MINSA: Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de-300-milcasos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el>

- Mondragón, M. (2014). Uso de la correlación de Spearman en un estudio de intervención en fisioterapia. *Movimiento científico*, 8(1), 98–104. <https://doi.org/10.33881/2011-7191.mct.08111>
- Morales, I., y Arrieta, M. (2022). Cuadro depresivo con conductas autolesivas agravado por la situación de pérdida en pandemia en una adolescente de 17 años. *Medicine*, 13(61), 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.med.2022.08.009>
- Moscoso, S. (2011). El Estrés Crónico y la medición psicométrica del Distrés Emocional en Medicina y Psicología de la Salud. *Liberabit*, 17(1), 67-76. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272011000100008&lng=pt&tlng=es.
- Mosquera, D. (2008). *La autolesión el lenguaje del dolor*. Pléyades. https://www.academia.edu/37500498/Mosquera_Dolores_La_autolesi%C3%B3n_El_lenguaje_del_dolor
- Naranjo, M., (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 171-190. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44012058011>
- Navarro, M., y López, M. (2013). Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 33-44. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7031>
- Nicolini, H. (2020). Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19. *Cirugía y cirujanos*, 88(5), 542-547. <https://doi.org/10.24875/ciru.m20000067>
- Nock, M., & Prinstein, M. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
- Nock, M. (2009). Why Do People Hurt Themselves? *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78–83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
- Obando, D., Trujillo, Á., y Prada, M. (2019). Conducta autolesiva no suicida en adolescentes y su relación con factores personales y contextuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3), 189. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.21278>

- Olvido, D., Gómez, L., Guerra, F., Vargas, C., y Mora, C. (2016). *Autolesiones, sintomatología depresiva e ideación suicida en estudiantes de enseñanza media, Chillán*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Adventista de Chile. <https://sibunach.unach.cl/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=2282020>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021). *Suicide prevention* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. <https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/La-carga-de-los-trastornos-mentales-en-la-Regi%C3%B3n-de-las-Am%C3%A9ricas-2018.pdf>
- Otzen, T y Mantareola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Peña, E., Mejía, K., Ruíz, A., Monsiváis, R. & Álvarez, C. (2019). Scale of cognitive symptoms in depression (EsADFUN). *Arch Neurocién*, 24(4), 14-22. <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2019/ane194b.pdf>
- Pérez, E., y Medrano, L. (2010). Análisis factorial exploratorio: bases conceptuales y metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(1), 58-66. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3161108>
- Piera, R., y Desfilis, E. (2000). Estrategias de afrontamiento en familias con hijos adolescentes. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 16(2), 199-206. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/29401>
- Pinto, P. (2021). Una mirada sistémica ecológica a las interacciones entre niveles, el éxito académico y la función institucional universitaria. *Interciencia*, 46(4), 177-181. <https://www.redalyc.org/journal/339/33967692007/html/>
- Pössel, P. y Smith, E. (2020). Integrating Beck's cognitive theory of depression and the hopelessness model in an adolescent sample. *J Abnorm Child Psychol*, 48(3), 435–51. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00604-8>

- Puerta, J., y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>
- Quiroga, S. y Cryan, G. (2005). Adolescentes con conducta antisocial y autodestructiva: estudio epidemiológico y nuevas técnicas terapéuticas. *Anuario de Investigaciones*, 12(1), 25-32. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139941001.pdf>
- Resett, S., y González, P. (2020). Predicción de autolesiones e ideación suicida en adolescentes partir de la victimización de pares. *Summa Psicológica*, 17(1), 20-29. <https://doi.org/10.18774/0719-448.x2020.17.453>
- Reynolds, W. M. (1987). Reynolds Adolescent Depression Scale – 2nd Edition. In M. Hersen, D. L. Segal & M. Hilsenroth (Eds.). *Comprehensive handbook of psychological assessment, Volume 2: Personality assessment and psychopathology* (pp 224-236). https://www.researchgate.net/profile/William-Reynolds3/publication/229579050_Reynolds_Adolescent_Depression_Scale/links/60539b15458515e834559b00/Reynolds-Adolescent-Depression-Scale.pdf
- Reynolds, W. M., & Mazza, J. J. (1998). Reliability and validity of the Reynolds Adolescent Depression Scale with young adolescents. *Journal of School Psychology*, 36(3), 295-312. [https://doi.org/10.1016/S0022-4405\(98\)00010-7](https://doi.org/10.1016/S0022-4405(98)00010-7)
- Ríos, R. (2017). *Metodología para la investigación y redacción*. (Grupo de investigación eumed.net de la Universidad de Málaga. (eds.). Servicios Académicos Intercontinentales. <https://www.eumed.net/librosgratis/2017/1662/index.html>
- Rivera, C., Arias, W., y Cahuana, M. (2018). Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 56(2), 117-126. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272018000200117>
- Rojas-Torres, L. (2020). Robustez de los índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio a los valores extremos. *Rev.Mate.Teor.Aplic.*, 27(2), 383–404. <https://doi.org/10.15517/rmta.v27i2.33677>

- Ruano, R. y Serra, E. (2000). Estrategias de afrontamiento familiar en familias con hijos adolescentes. *Anales de Psicología*, 16(2), 199-206. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16716209.pdf>
- Ruiz, MA, Pardo, A., & San Martín, R. (2010). MODELOS DE ECUACIONES ESTRUCTURALES. *Papeles del Psicólogo*, 31 (1), 34-45. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77812441004.pdf>
- Sánchez, H., Reyes, C., y Mejía, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística*. (1ª ed.). Business Support Aneth S.R.L. <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf>
- Sánchez, O., Méndez, F., y Marín, F. (2023). Sexo, edad y sintomatología depresiva en la adolescencia. *Psicología Conductual*, 31(2), 227-246. <https://doi.org/10.51668/bp.8323201s>
- Sánchez, T. (2018). Autolesiones en la adolescencia: significados, perspectivas y prospección para su abordaje terapéutico. *Revista de psicoterapia*, 29(110), 185-209. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6527198>
- Selby, E., Bender, T., Gordon, K., Nock, M., & Joiner, T. (2012). Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: A preliminary study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(2), 167–175. <https://doi.org/10.1037/a0024405>
- Serna, D., Terán, C., Vanegas, A., Medina, Ó., Blandón, O., y Cardona, D. (2020). Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(5), 78-86. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2020000600016&script=sci_arttext
- Serra, M., Presicci, A., Quaranta, L., Caputo, E., Achille, M., Margari, F., Croce, F., Marzulli, L., & Margari, L. (2022). Assessing Clinical Features of Adolescents Suffering from Depression Who Engage in Non-Suicidal Self-Injury. *Children (Basel)*, 4(9), 201-212. <https://doi.org/10.3390/children9020201>
- Smilkstein G. (1978). The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *The Journal Of Family Practice*, 6(6), 1231-1239 <https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1978->

[volume_6-7/JFP_1978-06_v6_i6_the-family-apgar-a-proposal-for-a-family.pdf](#)

- Solís, M., Mancilla, J., y Vázquez, R. (2022). Suicidio: autolesión e insatisfacción corporal en adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 22(1), 1-15. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8540360>
- Suárez, L., Hurtado, I., y Betancurt, L. (2016). Revisión de la literatura sobre el papel del afrontamiento en las autolesiones no suicidas en adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16(1), 41-56. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5855292>
- Sutanto, F., & Soetikno, N. (2021). Family Dysfunction and Frustration on Adolescence. *Advances in Social Science*, 655(1), 1617-1621. <https://dx.doi.org/10.2991/assehr.k.220404.261>
- Tang, W., Lin, M., Wu, J., Lee, Y. & You, J. (2022). Mediating role of depression in the association between alexithymia and nonsuicidal self-injury in a representative sample of adolescents in Taiwan. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 16(1), 43-51. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00477-8>
- Toro, R., Grajales, F., y Sarmiento, J. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichán*, 16(4), 473-486. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.6>
- Ugarriza, N. y Ecurra, M. (2002). Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Persona*, (5), 83-130 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118132004>
- Ulloa, R., Villa, P., de la Peña, F., Cruz, L., y Figueroa, G. (2020). Lesiones autoinfligidas con fines no suicidas según el DSM-5 en una muestra clínica de adolescentes mexicanos con autolesiones. *Revista colombiana de psiquiatría*, 49(1), 39-43. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.04.002>
- Valencia, L., Maya, J., Cubillos, G., Suárez, L., & Moreno, M. (2019). Relación entre conductas autolesivas con fines no suicidas y depresión en población adolescente escolarizada. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 19(2), 1-25. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8457248>

- Vásquez, F., Muñoz, R. y Becoña, L. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo xx. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf
- Villar, F., Lombardini, F., Sánchez, B., Vila, M., & Esnaola, E. (2022). Gender differences in adolescents with suicidal behaviour Personality and psychopathology. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. Vol. 9. nº. 2-pp 16-25 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8453553>
- Villarroel, G., Jerez, C., Montenegro, M., Montes, A., y Silva, I. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 38-45. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000100006>
- Weaver, L., Marshall, S. & Svensson. (2019). Depressive symptoms and non-suicidal self-injury during adolescence: Latent patterns of short-term stability and change. *Journal of Adolescence*, 75(1), 163–174. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.07.013>
- Yarnoz, A. (2002). Análisis empírico del concepto de afrontamiento. *Enfermería clínica*, 12(1), 29-38. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2889194>
- Ying, Z., Yanqiu, W., Jun, W., Minmin, J., Jing, W. & Yuelong, J. (2021). Relationship between self-harm with depression and anxiety in college students. *Chin. J. Sch. Health*, 42(1), 92-95. <http://dx.doi.org/10.16835/j.cnki.1000-9817.2021.01.022>
- Young, P., Yeo, J., Yeon, K., Si-Won, K., Su-Yeon, P., Kyeong-Ji, K., Ji-Yoon, L. & Da-Bin, C. (2022). Mediating the effects of depression in the relationship between university students' attitude toward suicide, frustrated interpersonal needs, and non-suicidal self-injury during the COVID-19 pandemic. *Archives of Psychiatric Nursing*, 37(1), 25-32. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.11.005>

ANEXOS

Anexo1: Matriz de Consistencia

PROBLEMA	HIPÓTESIS	OBJETIVOS	VARIABLES E ITEMS		MÉTODO
¿En qué medida la sintomatología depresiva predice las autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar pertenecientes a colegios estatales de Comas en 2024?	General	General	Variable 1: Sintomatología depresiva		Diseño: No experimental de corte transversal, enfoque cuantitativo
			Factores	Ítems	
			Desmoralización	1 al 30	Nivel: Básico - correlacional.
			Expresiones Emocionales		
			Anhedonia		POBLACIÓN-MUESTRA N= 358 Piloto n= 201
			Baja autoestima		
			Somato – vegetativo		Instrumentos
			Ansiedad escolar		
	Específicos	Específicos	Variable 2: Autolesiones		EDAR CAL APGAR
			Dimensiones	Ítems	
			Autolesión menor	1 al 12	Disfuncionalidad familiar
			Autolesión severa		
			Dimensiones		Ítems
			Unidimensional	1 al 5	

Anexo 2: Operacionalización de las variables

Operacionalización de la variable Sintomatología Depresiva

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FACTORES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA
Sintomatología Depresiva	La depresión se caracteriza por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, demostrando incapacidad para experimentar gusto por las actividades que antes solían disfrutar; afectando todas las áreas del funcionamiento humano, en especial comportamentales, emocionales y cognitivos (Ugarriza y Ecurra, 2002)	Medición de la variable por medio del cuestionario EDAR de Reynolds (1988), la versión adaptada por Nelly & Miguel Ecurra (2002), conformado por 30 ítems con opciones de Respuesta tipo Likert. mide síntomas asociados con la depresión.	Desmoralización desesperanza y sentirse no apreciado	<ul style="list-style-type: none"> - Desaprobarse a sí mismo. - No apreciado - Bajo merito escolar. - Devaluado por los padres. - Abatimiento. - Daño a sí mismo. - Disforia. - Desesperanza - Soledad. - Llanto. - Valía personal. - Compasión de sí mismo 	20, 9, 12, 4, 13, 14, 1, 30, 3, 8, 5.	Ordinal
			Expresiones emocionales de cólera, irritabilidad, tristeza, aburrimiento y fatiga	<ul style="list-style-type: none"> - Cólera - Irritabilidad - Aburrimiento - Tristeza - Preocupado - Pesimismo Fatiga 	22, 16, 28, 7, 26, 18.	
			Anhedonia	<ul style="list-style-type: none"> - Anhedonia general - Anhedonia pares - Reducción de la comunicación 	25, 10, 23	
			Baja autoestima, desvalorización de sí mismo y aislamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Autoreproche. - Autoestima. - Compasión de sí mismo. - Aislamiento 	19, 15, 21, 6.	
			Somato-vegetativo, relacionado con alteraciones del sueño, del apetito y físicas	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones del sueño. - Queja somática. - Queja somática. - Trastorno del apetito. 	24, 11, 17, 29, 27.	
			Ansiedad escolar	- Ansiedad escolar	2	

Operacionalización de la variable Autolesiones

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	ÍTEMS	ESCALA	VALOR FINAL
Autolesiones	Se refiere a acciones que infligen daño corporal de manera deliberada, pero sin el objetivo de suicidio, mediante el uso de métodos como golpes o rasguños, entre otros, y tienen como finalidad proporcionar un alivio emocional (Marín, 2013)	La variable se medirá a través de la Cédula de Autolesiones de Marín (2013), desarrollada en México y validada en el Perú por Cano et al. (2021), cuenta con dos dimensiones.	Autolesión menor	1, 2, 4, 8, 11, 12	Dicotómica	Evaluar si se cometen autolesiones.
			Autolesión severa	3, 5, 6, 7, 9, 10		

Operacionalización de la variable de segmentación Disfuncionalidad Familiar

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA	VALOR FINAL
Disfuncionalidad Familiar	La disfuncionalidad familiar se manifiesta cuando una familia no logra satisfacer adecuadamente las necesidades emocionales, sociales y físicas de sus integrantes en conjunto (Smilkstein, 1978).	La variable escala de APGAR familiar de Smilkstein (1978), en la adaptación peruana de Castilla et al. (2016) compuesto por cinco dimensiones y 5 ítems, con opciones de Respuesta tipo Likert.	Unidimensional	Adaptabilidad	1	Ordinal	Determina la funcionalidad y la disfuncionalidad familiar
				Participación	2		
				Ganancia	3		
				Afecto	4		
				Recursos	5		

Anexo 3: Instrumentos

3.1 variable 1

“SOBRE MÍ MISMO”

Reynolds (1988), adaptado por Ugarriza & Ecurra (2002)

A continuación, se presenta una lista de oraciones sobre cómo te sientes. Lee cada una y decide sinceramente cuán a menudo te sientes así: **Casi nunca, Rara vez, Algunas veces o Casi siempre**. Marca el recuadro que está al costado de la respuesta que mejor describe cómo te sientes realmente. Recuerda, que no hay respuestas correctas ni equivocadas. Sólo escoge la respuesta que dice cómo te sientes generalmente.

	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre
1. Me siento feliz				
2. Me preocupa el colegio				
3. Me siento solo				
4. Siento que mis padres no me quieren				
5. Me siento importante				
6. Siento ganas de esconderme de la gente				
7. Me siento triste				
8. Me siento con ganas de llorar				
9. Siento que no le importo a nadie				
10. Tengo ganas de divertirme con los compañeros				
11. Me siento enfermo				
12. Me siento querido				
13. Tengo deseos de huir				
14. Tengo ganas de hacerme daño				
15. Siento que no les gusta a los compañeros				
16. Me siento molesto				
17. Siento que la vida es injusta				
18. Me siento cansado				
19. Siento que soy malo				
20. Siento que no valgo nada				
21. Tengo pena de mí mismo				
22. Hay cosas que me molestan				
23. Siento ganas de hablar con los compañeros				
24. Tengo problemas para dormir				
25. Tengo ganas de divertirme				
26. Me siento preocupado				
27. Me dan dolores de estómago				
28. Me siento aburrido				
29. Me gusta comer				
30. Siento que nada de lo que hago me ayuda				

3.2 Variable 2

ESCALA CAL

Miguel Marín (2013), adaptación por Cano, et al. (2021)

Marca con una X en el recuadro que presente su situación: SI o NO

N°	Preguntas	SI	NO
1	Cortarte hasta lastimarte/sangrar la piel		
2	Rayar, marcar, pinchar tu piel (SIN sangrar)		
3	Quemarte (con cigarros u otro objeto)		
4	Impediste que sanaran tus heridas		
5	Sacarte sangre		
6	Estrellaste tu cabeza o alguno de tus miembros contra un objeto/pared para lastimarte		
7	Te golpeaste con las manos o con un objeto hasta dejarte un moretón o cicatriz		
8	Te mordiste al grado de hacer que sangrara tu piel		
9	Frotaste tu piel con objetos punzantes (vidrios, fichas)		
10	Usaste ácido u otra sustancia agresiva para frotar tu piel		
11	Hiciste cualquier otra cosa para lastimarte a propósito		
12	Necesitaste tratamiento por alguna de estas conductas		

3.3 Variable 3

ESCALA APGAR FAMILIAR

Smilkstein (1978), adaptación por Castilla, et al. (2014)

Instrucciones: Aquí te vamos a presentar unas frases que te permitirán pensar acerca de tu forma de ser. Deseamos que contestes a cada una de las siguientes preguntas con una X la casilla que mejor represente la frecuencia con que actúas, de acuerdo con la siguiente escala:

0: Nunca **1:** Casi nunca **2:** Algunas veces
3: Casi siempre **4:** Siempre

N	PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa.	0	1	2	3	4
2	Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo.	0	1	2	3	4
3	Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida.	0	1	2	3	4
4	Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de amor y tristeza.	0	1	2	3	4
5	Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos.	0	1	2	3	4

Anexo 4: Ficha sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

ELABORADO POR: FERNÁNDEZ Y FABIAN (2024)

SEXO: FEMENINO () MASCULINO ()

EDAD: _____ **GRADO:** 3°__ 4°__ 5°__ **SECCIÓN:** “__”

COLEGIO:

VIVE CON:

AMBOS PADRES__ MAMÁ__ PAPÁ__

APODERADO__ SOLO__ OTROS__

CONDICIÓN CIVIL DE LOS PADRES:

CASADOS__ CONVIVIENTES__ SEPARADOS__

¡MUCHAS GRACIAS!

Anexo 5: Cartas de presentación de la escuela firmadas para el piloto y la muestra de estudio.



"Año De La Unidad La Paz Y El Desarrollo"

Los Olivos, 11 de Octubre de 2023

CARTA INV. N° 1386 -2023/EP/PSI. UCV LIMA-LN

Sr.
EDSON MANUEL BARRANCA PILLMAN
Director.
Sra.
MIRIAM LOURDES ISABEL SALAS QUISPE
Sub Directora.
I.E "RAMON CASTILLA"
Psje Sta. Cruz 224 Urb Retablo - Comas.



Presente. -

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitar autorización para las Srtas. **FABIAN BAUTISTA STEFANY CAROLINA** con DNI N°**77737371** estudiante de la carrera de psicología, con código de matrícula N° **7000996549** y **FERNANDEZ FERNANDEZ EVELY YOHANA** con DNI N°**70564098** estudiante de la carrera de psicología, con código de matrícula N° **6700285201** quienes desean realizar su trabajo de investigación para optar el título de licenciado en Psicología titulado: **"Sintomatología depresiva y autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar en colegios estatales de Comas, 2024"** Este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizara una investigación.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para el uso del instrumento en mención, para sólo fines académicos, y así prosiga con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

Mg. Sandra Patricia Céspedes Vargas Machuca
Jefe de Escuela Profesional de Psicología
Filial Lima - Campus Lima Norte



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

"Año De La Unidad La Paz Y El Desarrollo"

Los Olivos, 11 de Octubre de 2023

CARTA INV. N° 1384 -2023/EP/PSI. UCV LIMA-LN

Sra.
MARÍA ELIZABETH LEÓN TORRES
Directora.
I.E COMERCIO 62 "ALMIRANTE MIGUEL GRAU"
Jr. León Pinedo 230 2da etapa Huaquillay Comas.

Presente. -

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitar autorización para las Srtas. **FABIAN BAUTISTA STEFANY CAROLINA** con **DNI N°77737371** estudiante de la carrera de psicología, con código de matrícula **N° 7000996549** y **FERNANDEZ FERNANDEZ EVELY YOHANA** con **DNI N°70564098** estudiante de la carrera de psicología, con código de matrícula **N° 6700285201** quienes desean realizar su trabajo de investigación para optar el título de licenciado en Psicología titulado: **"Síntomatología depresiva y autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar en colegios estatales de Comas, 2024"** Este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizara una investigación.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para el uso del instrumento en mención, para sólo fines académicos, y así prosiga con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



I.E. COMERCIO N° 62 "AMG"
MESA DE PARTES
FECHA DE INGRESO 12-10-23 HORA 1:16 p
EXPEDIENTE 541 FOLIO 1
FIRMA

Mg. Sandra Patricia Céspedes Vargas Machuca
Jefe de Escuela Profesional de Psicología
Filial Lima - Campus Lima Norte

Anexo 6: Cartas de respuesta de los colegios firmadas para el piloto y la muestra de estudio.



I. E. COMERCIO 62 ALMIRANTE MIGUEL GRAU
UGEL - 04
Jr. León Pinedo 230 2da etapa Huaquillay - Comas.

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

Comas, 12 de octubre del 2023

Srtas.

Fernández Fernández Evely Yohana
Fabian Bautista, Stefany Carolina

Tesista (s) de Psicología

Universidad Cesar Vallejo

Presente. -

Es grato dirigirme a ustedes y hacerles llegar mis saludos en nombre de la Institución Educativa "Comercio 62 Almirante Miguel Grau", para dejar en conocimiento que, cuentan con las facilidades para que realicen su trabajo de investigación para optar el título de licenciado en Psicología, titulado: "Sintomatología depresiva y autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar en colegios estatales de Comas, 2024".

Sin otro particular, quedo de ustedes.

Atentamente,



I.E. Comercio 62
"Almirante Miguel Grau"
Mag. José R. Cuzalega Arriola
DIRECTOR



I. E. "RAMON CASTILLA"
UGEL - 04
Psje. Sta. Cruz 224 Urb. Retablo – Comas

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

Comas, 12 de octubre del 2023

Srtas.

Fernández Fernández Evely Yohana
Fabian Bautista, Stefany Carolina

Tesista (s) de Psicología

Universidad Cesar Vallejo

Presente. -

Es grato dirigirme a ustedes y hacerles llegar mis saludos en nombre de la Institución Educativa "Ramón Castilla", para dejar en conocimiento que, cuentan con las facilidades para que realicen su trabajo de investigación para optar el título de licenciado en Psicología, titulado: "Sintomatología depresiva y autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar en colegios estatales de Comas, 2024".

Sin otro particular, quedo de ustedes.

Atentamente,


Moncda Waga Marla
Moncda Waga Marla
DIRECTORA

Anexo 7: Autorización de los autores para el uso de los instrumentos

Variable 1:

Sintomatología depresiva

E-mail

Giuliana Grimaldo Ugarriza

Activo

UCV

STEFANY CAROLINA FABIAN BAUTISTA <scfabianf@ucvvirtual.edu.pe> para giulianagrimaldougarriza

mié, 18 oct, 14:44

Estimada Dra. **Ugarriza**, quienes escribimos somos las alumnas Fernandez Fernandez Evely Yohana & Stefany Carolina Fabian Bautista de la escuela de Psicología cursando el X ciclo en la Universidad César Vallejo; actualmente nos encontramos realizando nuestro Proyecto de Tesis, en el cual nuestro tema de investigación es el siguiente: Sintomatología depresiva y autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar en colegios de comas, 2024, es por ello, que recurrimos a Ud. para solicitar nos OTORGUE el permiso para poder utilizar la Escala EDAR - Escala de depresión adolescente de Reynolds; manifestándole que la escala sólo se utilizará con fines académicos.

Muchas gracias
Quedo de Ud. atenta a su respuesta.

Giuliana Grimaldo Ugarriza <giulianagrimaldougarriza@gmail.com> para mí

mié, 18 oct, 15:18

Estimada Stefany:

Mis felicitaciones por el proyecto de investigación que vienen trabajando, me da mucha satisfacción estén interesados en la prueba Edar para ser utilizada con fines académicos, cuya autoría es de mi madre, quien en vida fuera, la Dra Nelly **Ugarriza** Chávez.

Para poder darte la autorización, en su representación, te pido deposites 100 soles a esta cuenta:

Mi número de cuenta BCP Soles es 19432677917095.
Mi número de cuenta Interbancaria es 00219413267791709598.

A mi nombre: **Giuliana** Rocío **Grimaldo Ugarriza** o por yape a mi celular 937006348. Me confirmas por favor por esta vía o por Whatsapp para coordinar la entrega de la autorización.

Carta de Autorización del autor para el uso del instrumento SD

Autorización de uso de Prueba

19 de octubre de 2023

Mediante el presente documento, yo Giuliana Rocío Grimaldo Ugarriza, con DNI 10552605, hija de quien en vida fuera, la Doctora Nelly Raquel Ugarriza Chávez, otorgo la autorización formal en su representación, a la señorita Stefany Carolina Fabián Bautista, con DNI 77737371; y a la señorita Evely Yohana Fernández Fernández, con DNI 70564098, para la utilización de la adaptación de la Escala de depresión de adolescentes de Reynolds EDAR, de autoría de la Doctora Ugarriza, para que la aplique en la investigación ("Sintomatología depresiva y autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar en colegios de comas, 2024.") que viene realizando en la actualidad.

Abog, Giuliana Rocío Grimaldo Ugarriza

DNI 10552605

Variable 2: Autolesiones

http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/25866

AVFT – Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica

Hogar / Archivo / Acerca de

Problema actual

Información

Para lecturas

Para autores

Para bibliotecarios

Sistemas de revistas abiertas

Idioma

Español (España)

Inglés

Publicado: 2023-03-30

Cómo citar

Cano Quevedo, J., García García, E., Torres Prado, R., & Cuervo Robles, N. (2023). Adaptación de la Cédula de Autolesión (CAL): Propiedades psicométricas y resultados en una muestra de adolescentes. *AVFT – Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40 (2). Recuperado de http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/25866

Más formatos de citas

Abstracto

El objetivo del presente estudio fue evaluar las propiedades psicométricas de la adaptación del Certificado de Autolesiones (CAL) que explora las dimensiones de autolesiones graves y autolesiones menores. La investigación fue de tipo aplicada, con un diseño no experimental, la muestra estuvo compuesta por 417 estudiantes de secundaria de un colegio estatal del norte de Lima, 221 mujeres y 196 hombres; de 11 a 18 años. Como resultado, el análisis factorial exploratorio (AFE) y el confirmatorio (AFC) proyectaron un modelo con dos factores (autolesión grave y autolesión menor) con adecuados índices de bondad de ajuste y una confiabilidad de consistencia interna aceptable (0.88). En conclusión, los resultados indican que el cuestionario es útil para evaluar aspectos relevantes de la autolesión.

Palabras clave: autolesiones, adolescentes, análisis factorial confirmatorio, valor de constructo, confiabilidad.

Descargas

Referencias

Suyemoto, K. Las funciones de la automatización. 1989. Recuperado: 16 de junio del 2015, de Pergamon Sitio web <http://www.brian.uk.com/links/suyemoto2.pdf>.

Martín, M. Desarrollo y evaluación de una terapia cognitiva conductual para adolescentes que se autolesionan. Universidad Nacional Autónoma de México. 2013. <http://132.248.10.226/8001/vml/uhandoc/1124567897>

Yoon, H. Cultura y construcción de la responsabilidad. *Estadística*

creative commons

QUIENES SOMOS QUÉ HACEMOS LICENCIAS Y HERRAMIENTAS BLOG APOYARNOS

CC BY-NC-ND 4.0 ESCRITURA

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

[Ver el código legal](#)

Eres libre de:

- Compartir: copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.

El licenciente no puede revocar estas libertades siempre que cumpla con los términos de la licencia.

Bajo los siguientes términos:

- Atribución:** debe dar el crédito correspondiente, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de ninguna manera que sugiera que el licenciente lo respalde o su uso.
- No comercial:** no puede utilizar el material con fines comerciales.
- Sin derivados:** si remezcla, transforma o construye sobre el material, no podrá distribuir el material modificado.

Sin restricciones adicionales: no puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permite.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material que sean de dominio público o donde su uso esté permitido por una excepción o limitación aplicable.

No se dan garantías. Es posible que la licencia no le otorgue todos los permisos necesarios para el uso previsto. Por ejemplo, otros derechos como **publicidad, privacidad o derechos morales** pueden limitar la forma en que utiliza el material.

is:starred

Activo

UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

8 de 27

PERMISO DE INSTRUMENTO Recibidos x

S STEFANY CAROLINA FABIAN BAUTISTA <cfabian@ucvvirtual.edu.pe> para JAQUELIN

mar, 10 oct, 12:39

Buenas tardes

Estimada. Jaquelin Kory Cano Quevedo , quienes escribimos somos las alumnas Fernandez Fernandez Evelyn Yohana & Stefany Carolina Fabian Bautista de la escuela de Psicología cursando el X ciclo en la Universidad César Vallejo; LIMA - PERÚ actualmente nos encontramos realizando nuestro Proyecto de Tesis, en el cual nuestro tema de investigación es el siguiente: Sintomatología depresiva y autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar en colegios de comas, 2024; es por ello, que recurrimos a Ud. para solicitar nos OTORGUE el permiso para poder utilizar Adaptación psicométrica de la Adaptación de la Cedula de Autolesion (CAL) manifestándole que la escala sólo se utilizará con fines académicos.

Muchas gracias

Quedo de Ud. atenta a su respuesta.

S JAQUELIN KORY CANO QUEVEDO <jcanoq@ucvvirtual.edu.pe> para mí

13 oct 2023, 10:41

Estimadas estudiantes, buen día, tienen el permiso para hacer uso de la adaptación del instrumento CAL.

Atentamente,

Dra. Jaquelin Kory Cano Quevedo

Variable 3:

APGAR Familiar de Smilkstein

PERMISO PARA USAR LA ESCALA DE PERCEPCION DEL FUN. FAMILIAR



EVELY YOHANA FERNANDEZ FERNANDEZ <efernandezf2@ucvvirtual.edu.pe>

22:01 (hace 8 minutos)



para tomas.caycho

Buenas tardes

Estimado Dr. Tomás Caycho Rodríguez, quienes escribimos somos las alumnas Fernandez Fernandez Evely Yohana & Stefany Carolina Fabian Bautista de la escuela de Psicología cursando el X ciclo en la Universidad César Vallejo; actualmente nos encontramos realizando nuestro Proyecto de Tesis, en el cual nuestro tema de investigación es el siguiente: Sintomatología depresiva y autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar; es por ello, que recurrimos a Ud. para solicitar nos OTORGUE el permiso para poder utilizar la Escala de APGAR (PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR) en Adolescentes; manifestando que la escala sólo se utilizará con fines académicos.

Muchas gracias

Quedo de Ud. atenta a su respuesta.



Tomas Pedro Pablo Caycho Rodriguez

8:35 (hace 13 horas)



para mi

Tiene permiso

Obtener [Outlook para Android](#)

From: EVELY YOHANA FERNANDEZ FERNANDEZ <efernandezf2@ucvvirtual.edu.pe>

Sent: Monday, October 9, 2023 1:27:52 AM

To: Tomas Pedro Pablo Caycho Rodriguez <tomas.caycho@upn.pe>

Subject: Fwd: PERMISO PARA USAR LA ESCALA DE PERCEPCION DEL FUN. FAMILIAR

...



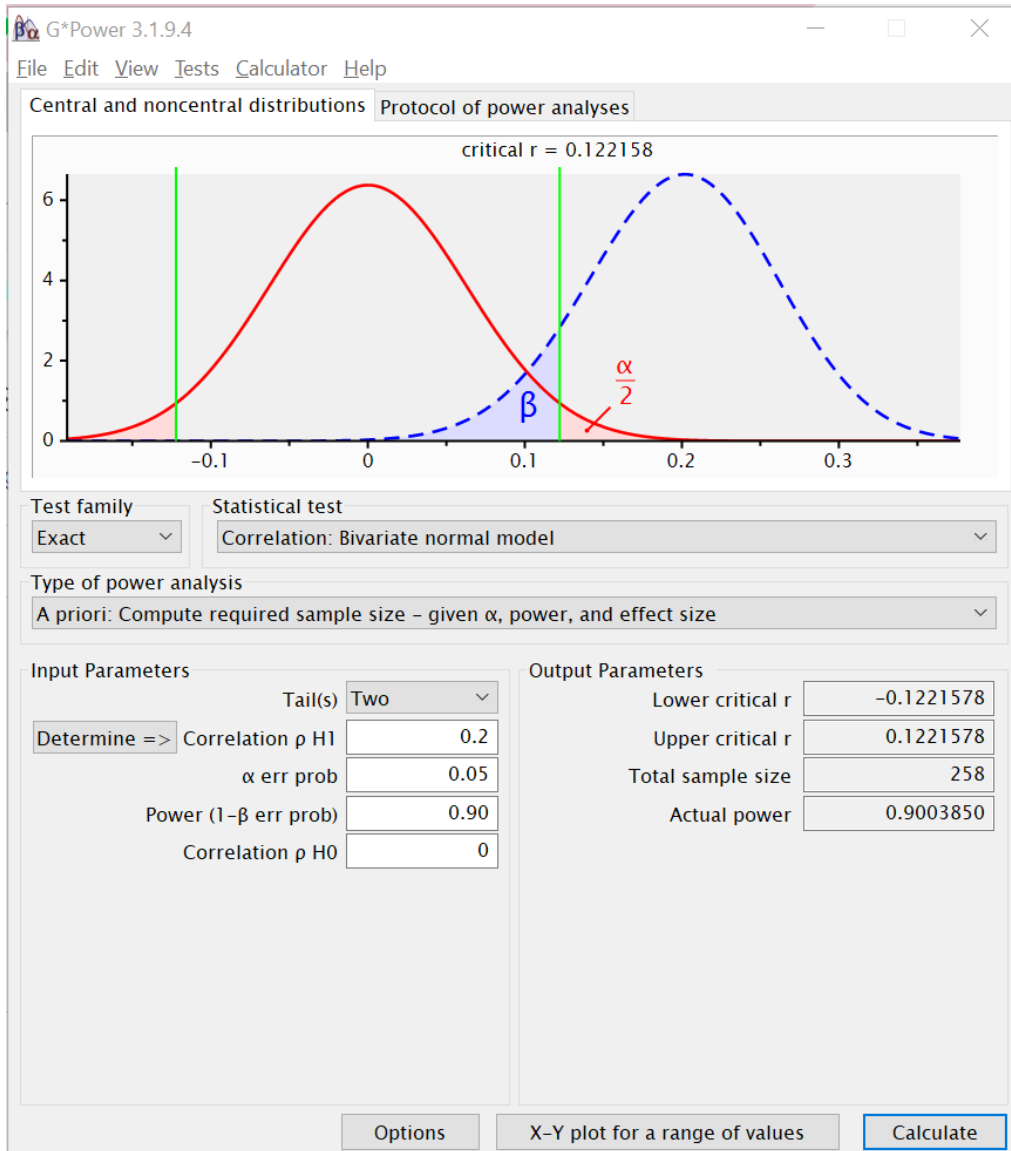
Foto añadida por [Richard Pittman](#)

Dr Gabriel Smilkstein

NACIMIENTO	11 Jun 1924
DEFUNCIÓN	17 Sep 1995 (de 71 años de edad)
SEPULTURA	Forest Lawn Memorial Park Covina, Los Angeles County, California, EE. UU.
PARCELA	Cherished Memory, Map 18, Lot 5429, Space 3
ID DEL	94404207 · Ver fuente

Anexo 8: Cálculo del Tamaño de la muestra

G*Power 3.1



Anexo 9: Consentimiento Informado

Consentimiento Informado del Apoderado**

Título de la investigación: Sintomatología depresiva y autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar en colegios de Comas, 2024

Investigadoras: Evely Yohana Fernández Fernández

Stefany Carolina Fabian Bautista

Propósito del estudio

Se le invita a participar en la investigación titulada "Sintomatología depresiva y autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar en colegios de Comas, 2024.", cuyo objetivo es determinar la relación entre la sintomatología depresiva y las autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar en colegios de Comas, 2024. Esta investigación es desarrollada por dos estudiantes de pregrado de la carrera profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo del campus Lima Norte, aprobado por la autoridad correspondiente de la Universidad y con el permiso de la institución.

Tras obtener un resultado empírico que asegura y cuantifica la problemática, se pueden establecer estrategias de intervención acorde a las necesidades de la población beneficiaría, ayudando a saber la Sintomatología depresiva y autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar en colegios de Comas, 2024.

Procedimiento

Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente (enumerar los procedimientos del estudio):

1. Se realizará una encuesta o entrevista donde se recogerán datos personales y algunas preguntas sobre la investigación titulada: "Sintomatología depresiva y autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar en colegios de Comas, 2024".
2. Esta encuesta tendrá un tiempo aproximado de 15 minutos y se realizará en la hora de Tutoría en el aula de clases correspondiente, de la institución.

Las respuestas al cuestionario o guía de entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Participación voluntaria (principio de autonomía):

Puede hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir si desea participar o no, y su decisión será respetada. Posterior a la aceptación no desea continuar puede hacerlo sin ningún problema.

Riesgo (principio de No maleficencia):

Indicar al participante la existencia que NO existe riesgo o daño al participar en la investigación. Sin embargo, en el caso que existan preguntas que le puedan generar incomodidad. Usted tiene

la libertad de responderlas o no.

Beneficios (principio de beneficencia):

Se le informará que los resultados de la investigación se le alcanzará a la institución al término de la investigación. No recibirá ningún beneficio económico ni de ninguna otra índole. El estudio no va a aportar a la salud individual de la persona, sin embargo, los resultados del estudio podrán convertirse en beneficio de la salud pública.

Confidencialidad (principio de justicia):

Los datos recolectados deben ser anónimos y no tener ninguna forma de identificar al participante. Garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente Confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador principal y pasado un tiempo determinado serán eliminados convenientemente.

Problemas o preguntas:

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con las investigadoras Evely Yohana Fernández Fernández, email: efernandezf2@ucvvirtual.edu.pe; Stefany Carolina Fabian Bautista, email: scfabianf@ucvvirtual.edu.pe
y Docente asesor Mg. Rosario Quiroz, Fernando Joel, email: rquirozf@ucv.edu.pe

Consentimiento

Después de haber leído los propósitos de la investigación autorizo participar en la investigación antes mencionada.

Nombre y apellidos:

Fecha y hora:

Anexo 10: Asentimiento informado

Asentimiento Informado

Título de la investigación: Sintomatología depresiva y autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar en colegios de Comas, 2024

Investigadoras: Evely Yohana Fernández Fernández

Stefany Carolina Fabian Bautista

Propósito del estudio

Se le invita a participar en la investigación titulada “Sintomatología depresiva y autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar en colegios de Comas, 2024.”, cuyo objetivo es determinar la relación entre la sintomatología depresiva y las autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar en colegios de Comas, 2024. Esta investigación es desarrollada por dos estudiantes de pregrado de la carrera profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo del campus Lima Norte, aprobado por la autoridad correspondiente de la Universidad y con el permiso de la institución.

Tras obtener un resultado empírico que asegura y cuantifica la problemática, se pueden establecer estrategias de intervención acorde a las necesidades de la población beneficiaría, ayudando a saber la Sintomatología depresiva y autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar en colegios de Comas, 2024.

Procedimiento

Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente (enumerar los procedimientos del estudio):

3. Se realizará una encuesta o entrevista donde se recogerán datos personales y algunas preguntas sobre la investigación titulada: “Sintomatología depresiva y autolesiones en adolescentes con disfuncionalidad familiar en colegios de Comas, 2024”.
4. Esta encuesta tendrá un tiempo aproximado de 15 minutos y se realizará en la hora de Tutoría en el aula de clases correspondiente, de la institución.

Las respuestas al cuestionario o guía de entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Participación voluntaria (principio de autonomía):

Puede hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir si desea participar o no, y su decisión será respetada. Posterior a la aceptación no desea continuar puede hacerlo sin ningún problema.

Riesgo (principio de No maleficencia):

Indicar al participante la existencia que NO existe riesgo o daño al participar en la investigación. Sin embargo, en el caso que existan preguntas que le puedan generar incomodidad. Usted tiene

la libertad de responderlas o no.

Beneficios (principio de beneficencia):

Se le informará que los resultados de la investigación se le alcanzará a la institución al término de la investigación. No recibirá ningún beneficio económico ni de ninguna otra índole. El estudio no va a aportar a la salud individual de la persona, sin embargo, los resultados del estudio podrán convertirse en beneficio de la salud pública.

Confidencialidad (principio de justicia):

Los datos recolectados deben ser anónimos y no tener ninguna forma de identificar al participante. Garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente Confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador principal y pasado un tiempo determinado serán eliminados convenientemente.

Problemas o preguntas:

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con las investigadoras Evely Yohana Fernández Fernández, email: efernandezf2@ucvvirtual.edu.pe; Stefany Carolina Fabian Bautista, email: scfabianf@ucvvirtual.edu.pe
y Docente asesor Mg. Rosario Quiroz, Fernando Joel, email: rquirozf@ucv.edu.pe

Consentimiento

Después de haber leído los propósitos de la investigación autorizo participar en la investigación antes mencionada.

Nombre y apellidos:

Fecha y hora:

excepto en el ítem 14 (Pérez y Medrano, 2010). En cuanto al IHC, todos los valores resultaron por encima de .30, señalando una adecuada medida del rasgo latente (De los Santos-Roig y Pérez, 2014). Adicionalmente, las comunalidades fueron mayores a .30, indicando que los ítems recogen una proporción apropiada de varianza (Lloret-Segura et al., 2014). La discriminación de los ítems fue significativa ($p < .001$), señalando buena capacidad de diferenciación del rasgo medido. Finalmente, la correlación entre los ítems no encontró multicolinealidad al no superar el valor de .90 (Guerrero y Melo, 2017).

Tabla 14

Análisis estadístico de los ítems de la dimensión: Expresiones emocionales de cólera, irritabilidad, tristeza, aburrimiento y fatiga

Ítem	% de respuesta				M	DE	g ¹	g ²	IHC	Si se elimina el ítem		h ²	ID	Correlación entre ítems (policórica)							A				
	1	2	3	4						α	ω			7	16	17	18	22	26	28					
7	19.4	33.8	39.3	7.5	2.35	0.88	-0.07	-0.81	.51	.72	.72	.40	<.001	1										Sí	
16	28.9	32.8	26.9	11.4	2.21	0.99	0.29	-0.98	.42	.74	.74	.77	<.001	.38	1										Sí
17	25.9	29.4	33.3	11.4	2.30	0.98	0.10	-1.06	.53	.71	.72	.62	<.001	.36	.35	1									Sí
18	12.4	24.4	40.3	22.9	2.74	0.95	-0.33	-0.79	.51	.72	.72	.66	<.001	.44	.36	.34	1								Sí
22	10.0	22.9	46.3	20.9	2.78	0.89	-0.42	-0.49	.43	.74	.74	.59	<.001	.20	.32	.39	.37	1							Sí
26	17.4	28.4	34.3	19.9	2.57	1.00	-0.11	-1.03	.44	.73	.73	.67	<.001	.50	.21	.41	.38	.22	1						Sí
28	9.0	30.8	39.8	20.4	2.72	0.89	-0.18	-0.72	.48	.72	.73	.63	<.001	.35	.32	.46	.33	.41	.26	1					Sí

Nota: F: Frecuencia; M: Media; DE: Desviación estándar; g1: coeficiente de asimetría de Fisher; g2: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida; h2: Comunalidad; ID: Índice de discriminación. A: Aceptable

La tabla 14 muestra adecuada distribución de datos inferior al 80% de casos por alternativa de respuesta, se deduce que la distribución de los datos sigue la normalidad, puesto que la asimetría como la curtosis se sitúan dentro del intervalo de +/-1.5 (Pérez y Medrano, 2010). En cuanto al IHC, todos los valores resultaron por encima de .30, señalando una adecuada medida del rasgo latente (De los Santos-Roig y Pérez, 2014). Adicionalmente, las comunalidades fueron mayores a .30, indicando que los

ítems recogen una proporción apropiada de varianza (Lloret-Segura et al., 2014). La discriminación de los ítems fue significativa ($p < .001$), señalando buena capacidad de diferenciación del rasgo medido. Finalmente, la correlación entre los ítems no encontró multicolinealidad al no superar el valor de .90 (Guerrero y Melo, 2017).

Tabla 15

Análisis estadístico de los ítems de la dimensión: Anhedonia

Ítem	% de respuesta				M	DE	g ¹	g ²	IHC	Si se elimina el ítem		h ²	ID	Correlación entre ítems (policórica)			A
	1	2	3	4						α	ω			10	23	25	
10	45.8	36.8	10.0	7.5	1.79	0.90	1.04	0.33	.43	.47	.47	.60	<.001	1			Sí
23	31.3	36.8	19.4	12.4	2.13	1.00	0.50	-0.79	.37	.57	.57	.76	<.001	.37	1		Sí
25	52.2	31.8	11.4	4.5	1.68	0.85	1.11	0.48	.44	.46	.46	.58	<.001	.54	.37	1	Sí

Nota: F: Frecuencia; M: Media; DE: Desviación estándar; g¹: coeficiente de asimetría de Fisher; g²: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida; h²: Comunalidad; ID: Índice de discriminación. A: Aceptable

La tabla 15 muestra adecuada distribución de datos inferior al 80% de casos por alternativa de respuesta, se deduce que la distribución de los datos sigue la normalidad, puesto que la asimetría como la curtosis se sitúan dentro del intervalo de +/-1.5 (Pérez y Medrano, 2010). En cuanto al IHC, todos los valores resultaron por encima de .30, señalando una adecuada medida del rasgo latente (De los Santos-Roig y Pérez, 2014). Adicionalmente, las comunalidades fueron mayores a .30, indicando que los ítems recogen una proporción apropiada de varianza (Lloret-Segura et al., 2014). La discriminación de los ítems fue significativa ($p < .001$), señalando buena capacidad de diferenciación del rasgo medido. Finalmente, la correlación entre los ítems no encontró multicolinealidad al no superar el valor de .90 (Guerrero y Melo, 2017).

Tabla 16

Análisis estadístico de los ítems de la dimensión: Baja autoestima, desvalorización de sí mismo y aislamiento

Ítem	% de respuesta				M	DE	g ¹	g ²	IHC	Si se elimina el ítem		h ²	ID	Correlación entre ítems (policórica)				A	
	1	2	3	4						α	ω			6	15	19	21		
6	40.3	29.9	24.9	5.0	1.95	0.92	0.50	-0.88	.30	.64	.64	.85	<.001	1					Sí
15	37.8	31.8	21.9	8.5	2.01	0.97	0.55	-0.78	.50	.50	.56	.55	<.001	.36	1				Sí
19	36.8	32.8	21.9	8.5	2.02	0.96	0.54	-0.77	.36	.60	.61	.78	<.001	.14	.37	1			Sí
21	39.8	29.9	21.4	9.0	2.00	0.99	0.58	-0.81	.50	.49	.55	.52	<.001	.32	.51	.42	1		Sí

Nota: F: Frecuencia; M: Media; DE: Desviación estándar; g1: coeficiente de asimetría de Fisher; g2: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida; h2: Comunalidad; ID: Índice de discriminación. A: Aceptable

La tabla 16 muestra adecuada distribución de datos inferior al 80% de casos por alternativa de respuesta, se deduce que la distribución de los datos sigue la normalidad, puesto que la asimetría como la curtosis se sitúan dentro del intervalo de +/-1.5 (Pérez y Medrano, 2010). En cuanto al IHC, todos los valores resultaron por encima de .30, señalando una adecuada medida del rasgo latente (De los Santos-Roig y Pérez, 2014). Adicionalmente, las comunalidades fueron mayores a .30, indicando que los ítems recogen una proporción apropiada de varianza (Lloret-Segura et al., 2014). La discriminación de los ítems fue significativa ($p < .001$), señalando buena capacidad de diferenciación del rasgo medido. Finalmente, la correlación entre los ítems no encontró multicolinealidad al no superar el valor de .90 (Guerrero y Melo, 2017).

Tabla 17

Análisis estadístico de los ítems de la dimensión: Somato-vegetativo, relacionado con alteraciones del sueño, del apetito y físicas

Ítem	% de respuesta				M	DE	g ¹	g ²	IHC	Si se elimina el ítem		h ²	ID	Correlación entre ítems (policórica)				A	
	1	2	3	4						α	ω			11	17	24	29		
11	38.8	33.3	15.9	11.9	2.01	1.01	0.68	-0.67	.36	.38	.52	.69	<.001	1					Sí
17	25.9	29.4	33.3	11.4	2.30	0.98	0.10	-1.06	.32	.42	.45	.75	<.001	.36	1				Sí
24	28.9	25.9	18.9	26.4	2.43	1.16	0.13	-1.45	.38	.37	.47	.69	<.001	.36	.32	1			Sí
29	61.2	26.4	9.0	3.5	1.55	0.80	1.42	1.33	.15	.55	.55	.96	<.001	.14	.06	.23	1		Sí

Nota: F: Frecuencia; M: Media; DE: Desviación estándar; g1: coeficiente de asimetría de Fisher; g2: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida; h2: Comunalidad; ID: Índice de discriminación. A: Aceptable.

La tabla 17 muestra adecuada distribución de datos inferior al 80% de casos por alternativa de respuesta, se deduce que la distribución de los datos sigue la normalidad, puesto que la asimetría como la curtosis se sitúan dentro del intervalo de +/-1.5 (Pérez y Medrano, 2010). En cuanto al IHC, todos los valores resultaron por encima de .30, señalando una adecuada medida del rasgo latente, excepto en el ítem 29 (De los Santos-Roig y Pérez, 2014). Adicionalmente, las comunalidades fueron mayores a .30, indicando que los ítems recogen una proporción apropiada de varianza (Lloret-Segura et al., 2014). La discriminación de los ítems fue significativa (p<.001), señalando buena capacidad de diferenciación del rasgo medido. Finalmente, la correlación entre los ítems no encontró multicolinealidad al no superar el valor de .90 (Guerrero y Melo, 2017).

Tabla 18

Análisis estadístico de los ítems de la dimensión: Ansiedad escolar

Ítem	% de respuesta				M	DE	g ¹	g ²	A
	1	2	3	4					
2	5.0	13.4	48.8	32.8	3.09	0.81	-0.745	0.254	Sí

Nota: F: Frecuencia; M: Media; DE: Desviación estándar; g1: coeficiente de asimetría de Fisher; g2: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida; h2: Comunalidad; ID: Índice de discriminación. A: Aceptable.

La tabla 18 muestra adecuada distribución de datos inferior al 80% de casos por alternativa de respuesta, se deduce que la distribución de los datos sigue la normalidad, puesto que la asimetría como la curtosis se sitúan dentro del intervalo de +/-1.5 (Pérez y Medrano, 2010).

Tabla 19

Modelo reespecificado retirando el ítem 30 del Factor Ansiedad, puesto que contenía solo 1 ítem y mínimo se necesita 2 a 3 ítems. Evidencias de validez basada en la estructura interna mediante el AFC de la EDAR basado en 29 ítems.

Muestra total (n= 201)	Ajuste Absoluto				Ajuste Incremental		
	X ² /gl	RMSEA	SRMR	GFI	CFI	TLI	NFI
Modelo original	1.54	.052	.081	.959	.924	.914	.935
Modelo reespecificado	1.71	.060	.082	.960	.907	.896	.938
<i>Valores aceptables</i>	≤ 3	≤ .08	≤ .080	≥ .90	≥ .90	≥ .90	≥ .90

Nota: X²/gl= Chi-Cuadrado entre grados de libertad; RMSEA= Error de Aproximación cuadrático medio; SRMR= Raíz media estandarizada residual cuadrática; GFI= Índice de bondad de ajuste; CFI= Índice de bondad de ajuste comparativo; TLI= índice de Tucker-Lewis; NFI: Índice normado de ajuste.

En la tabla 19 se observa el análisis de estructura interna del modelo de seis factores, se trabajó siguiendo la estructura original del instrumento, identificando índices adecuados según lo propuesto en la literatura científica: $X^2/gl \leq 3$, $CFI \geq .90$, $TLI \geq .90$, $GFI \geq .90$, $NFI \geq .90$ y $RMSEA \leq .08$ (Escobedo et al., 2016; Rojas-Torres, 2020), salvo el SRMR que no fue inferior o igual a .80, aunque se conoce que en estructuras anidadas y muestras pequeñas este valor tiende a aumentar y se permiten resultados de hasta .90 (Cho et al., 2020).

Tabla 20*Confiabilidad de la EDAR y sus dimensiones*

Elementos	Confiabilidad	95% CI		
		Lower	Upper	
Escala general	α	.892	.870	.912
	ω	.895	.875	.916
Desmoralización desesperanza y sentirse no apreciado	α	.835	.799	.866
	ω	.839	.806	.872
Expresiones emocionales de cólera, irritabilidad, tristeza, aburrimiento y fatiga	α	.755	.699	.803
	ω	.757	.706	.808
Anhedonia	α	.600	.493	.687
	ω	.601	.507	.696
Baja autoestima, desvalorización de sí mismo y aislamiento	α	.632	.541	.708
	ω	.648	.569	.726
Somato-vegetativo, relacionado con alteraciones del sueño, del apetito y físicas	α	.512	.396	.610
	ω	.539	.434	.644
Ansiedad escolar	α	-	-	-
	ω	-	-	-

Nota: α : alfa; ω : Omega; Lower: Intervalo de confianza límite inferior; CI Upper: Intervalo de confianza límite superior

En la tabla 20 los valores de alfa y omega superaron el .70 para la escala total, lo que asegura que es confiable, mientras que, en sus factores, solo las dimensiones Desmoralización desesperanza y sentirse no apreciado y Expresiones emocionales de cólera, irritabilidad, tristeza, aburrimiento y fatiga, encontraron resultados favorables (Kalkbrenner, 2021).

Resultados del piloto de la CAL

Tabla 21

Análisis estadístico de los ítems de la dimensión: Autolesión menor

Ítem	% de respuesta		M	DE	g ¹	g ²	IHC	Si se elimina el ítem		h ²	ID	Correlación entre ítems (tetracóricas)						A	
	No	Sí						α	ω			1	2	4	8	11	12		
1	92.0	8.0	0.08	0.27	3.13	7.87	.19	.62	.64	.94	<.001	1.							Sí
2	72.1	27.9	0.28	0.45	1.00	-1.02	.42	.55	.56	.74	<.001	.32	1						Sí
4	80.1	19.9	0.20	0.40	1.52	0.31	.34	.58	.59	.81	<.001	.38	.38	1.					Sí
8	85.1	14.9	0.15	0.36	1.98	1.95	.24	.62	.63	.91	<.001	-.06	.48	.15	1				Sí
11	82.1	17.9	0.18	0.38	1.69	0.85	.49	.51	.52	.52	<.001	.42	.61	.50	.26	1			Sí
12	86.6	13.4	0.13	0.34	2.16	2.70	.43	.55	.55	.67	<.001	.24	.39	.50	.46	.69	1		Sí

Nota: F: Frecuencia; M: Media; DE: Desviación estándar; g1: coeficiente de asimetría de Fisher; g2: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida; h2: Comunalidad; ID: Índice de discriminación. A: Aceptable.

La tabla 21 muestra distribución de datos superior al 80% de casos por alternativa de respuesta, con tendencia a la alternativa No, se deduce que la distribución de los datos no sigue la normalidad, puesto que la asimetría como la curtosis se sitúan fuera del intervalo de +/-1.5 en los ítems 1, 4, 8, 11 y 12 (Pérez y Medrano, 2010). En cuanto al IHC, los valores resultaron por encima de .30, señalando una adecuada medida del rasgo latente, excepto en los ítems 1 y 8 (De los Santos-Roig y Pérez, 2014). Adicionalmente, las comunalidades fueron mayores a .30, indicando que los ítems recogen una proporción apropiada de varianza (Lloret-Segura et al., 2014). La discriminación de los ítems fue significativa ($p < .001$), señalando buena capacidad de diferenciación del rasgo medido. Finalmente, la correlación entre los ítems no encontró multicolinealidad al no superar el valor de .90 (Guerrero y Melo, 2017).

Tabla 22

Análisis estadístico de los ítems de la dimensión: Autolesión mayor

Ítem	% de respuesta		M	DE	g ¹	g ²	IHC	Si se elimina el ítem		h ²	ID	Correlación entre ítems (tetracóricas)						A	
	No	Sí						α				3	5	6	7	9	10		
								ω	ω										
3	98.0	2.0	0.02	0.14	6.93	46.40	.06	.59	.61	.99	<.001	1							Sí
5	90.5	9.5	0.09	0.29	2.79	5.86	.32	.52	.54	.81	<.001	.03	1						Sí
6	81.6	18.4	0.18	0.39	1.64	0.71	.41	.47	.49	.67	<.001	.09	.33	1					Sí
7	77.6	22.4	0.22	0.42	1.33	-0.22	.43	.46	.50	.70	<.001	.31	.59	.55	1				Sí
9	92.5	7.5	0.07	0.26	3.26	8.73	.42	.48	.50	.65	<.001	.09	.58	.72	.52	1			Sí
10	98.5	1.5	0.01	0.12	8.06	63.60	.22	.56	.56	.94	<.001	.69	.36	.51	.46	.41	1		Sí

Nota: F: Frecuencia; M: Media; DE: Desviación estándar; g1: coeficiente de asimetría de Fisher; g2: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida; h2: Comunalidad; ID: Índice de discriminación. A: Aceptable

La tabla 22 muestra distribución de datos superior al 80% de casos por alternativa de respuesta, con tendencia a la alternativa No, se deduce que la distribución de los datos no sigue la normalidad, puesto que la asimetría como la curtosis se sitúan fuera del intervalo de +/-1.5 en los ítems 3, 5, 6, 9 y 10 (Pérez y Medrano, 2010). En cuanto al IHC, los valores resultaron por encima de .30, señalando una adecuada medida del rasgo latente, excepto en los ítems 3 y 10 (De los Santos-Roig y Pérez, 2014). Adicionalmente, las comunalidades fueron mayores a .30, indicando que los ítems recogen una proporción apropiada de varianza (Lloret-Segura et al., 2014). La discriminación de los ítems fue significativa ($p < .001$), señalando buena capacidad de diferenciación del rasgo medido. Finalmente, la correlación entre los ítems no encontró multicolinealidad al no superar el valor de .90 (Guerrero y Melo, 2017).

Tabla 23

Evidencias de validez basada en la estructura interna mediante el AFC de la CAL

Muestra total (n= 201)	Ajuste Absoluto				Ajuste Incremental		
	X ² /gl	RMSEA	SRMR	GFI	CFI	TLI	NFI
Modelo original	.93	.000	.070	.966	1.00	1.00	.904
<i>Valores aceptables</i>	≤ 3	$\leq .08$	$\leq .080$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\geq .90$

Nota: X²/gl= Chi-Cuadrado entre grados de libertad; RMSEA= Error de Aproximación cuadrático medio; SRMR= Raíz media estandarizada residual cuadrática; GFI= Índice de bondad de ajuste; CFI= Índice de bondad de ajuste comparativo; TLI= índice de Tucker-Lewis; NFI: Índice normado de ajuste.

En la tabla 23 se observa el análisis de estructura interna del modelo de dos factores, se trabajó siguiendo la estructura original del instrumento, identificando índices adecuados según lo propuesto en la literatura científica: $X^2/gl \leq 3$, $CFI \geq .90$, $TLI \geq .90$, $GFI \geq .90$, $NFI \geq .90$, $RMSEA \leq .08$ y $SRMR \leq .08$ (Cho et al., 2020; Escobedo et al., 2016; Rojas-Torres, 2020), sal el SRMR que no fue inferior o igual a .80, aunque se conoce que en estructuras anidadas y muestras pequeñas este valor tiende a aumentar y se permiten resultados de hasta .90.

Tabla 24*Confiabilidad de la CAL*

Elementos	Confiabilidad	95% CI	
		Lower	Upper
Escala general	α .773	.727	.814
	ω .790	.747	.833
Autolesión menor	α .773	.727	.814
	ω .790	.747	.833
Autolesión mayor	α .619	.533	.692
	ω .636	.559	.714

Nota: α : alfa; ω : Omega; Lower: Intervalo de confianza límite inferior; CI Upper: Intervalo de confianza límite superior

En la tabla 24 los valores de alfa y omega superaron el .70 para la escala total, lo que asegura que es confiable, mientras que en solo la dimensión autolesión menor superó el umbral de .70 (Kalkbrenner, 2021).

Resultados del piloto de la APGAR-Familiar

Tabla 25

Análisis estadístico de los ítems de la APGAR-Familiar

Ítem	% de respuesta					M	DE	g ¹	g ²	IHC	Si se elimina el ítem		h ²	ID	Correlación entre ítems (policórica)					A			
	0	1	2	3	4						α	ω			1	2	3	4	5				
1	5.0	11.4	29.9	26.9	26.9	2.59	1.15	-0.42	-0.59	.67	.83	.83	.45	<.001	1							Sí	
2	9.5	16.4	27.9	28.9	17.4	2.28	1.21	-0.285	-0.79	.72	.81	.82	.36	<.001	.67	1							Sí
3	6.5	13.9	24.9	31.8	22.9	2.51	1.18	-0.457	-0.63	.60	.84	.85	.57	<.001	.55	.57	1						Sí
4	9.5	13.4	24.4	24.4	28.4	2.49	1.29	-0.432	-0.87	.70	.82	.82	.41	<.001	.59	.65	.54	1					Sí
5	8.5	15.4	22.9	20.9	32.3	2.53	1.31	-0.414	-1	.67	.83	.83	.45	<.001	.59	.62	.53	.67	1				Sí

Nota: F: Frecuencia; M: Media; DE: Desviación estándar; g1: coeficiente de asimetría de Fisher; g2: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida; h2: Comunalidad; ID: Índice de discriminación. A: Aceptable.

La tabla 25 muestra adecuada distribución de datos inferior al 80% de casos por alternativa de respuesta, se deduce que la distribución de los datos sigue la normalidad, puesto que la asimetría como la curtosis se sitúan dentro del intervalo de +/-1.5 (Pérez y Medrano, 2010). En cuanto al IHC, todos los valores resultaron por encima de .30, señalando una adecuada medida del rasgo latente (De los Santos-Roig y Pérez, 2014). Adicionalmente, las comunidades fueron mayores a .30, indicando que los ítems recogen una proporción apropiada de varianza (Lloret-Segura et al., 2014). La discriminación de los ítems fue significativa ($p < .001$), señalando buena capacidad de diferenciación del rasgo medido. Finalmente, la correlación entre los ítems no encontró multicolinealidad al no superar el valor de .90 (Guerrero y Melo, 2017).

Tabla 26*Evidencias de validez basada en la estructura interna mediante el AFC de la APGAR-Familiar*

Muestra total (n= 201)	Ajuste Absoluto				Ajuste Incremental		
	X ² /gl	RMSEA	SRMR	GFI	CFI	TLI	NFI
Modelo original	1.63	.056	.020	.999	.997	.994	.998
<i>Valores aceptables</i>	≤ 3	≤ .08	≤ .080	≥ .90	≥ .90	≥ .90	≥ .90

Nota: X²/gl= Chi-Cuadrado entre grados de libertad; RMSEA= Error de Aproximación cuadrático medio; SRMR= Raíz media estandarizada residual cuadrática; GFI= Índice de bondad de ajuste; CFI= Índice de bondad de ajuste comparativo; TLI= índice de Tucker-Lewis; NFI: Índice normado de ajuste.

En la tabla 26 se observa el análisis de estructura interna del modelo de un factor, se trabajó siguiendo la estructura original del instrumento, identificando índices adecuados según lo propuesto en la literatura científica: X²/gl ≤ 3, CFI ≥ .90, TLI ≥ .90, GFI ≥ .90, NFI ≥ .90, RMSEA ≤ .08 y SRMR ≤ .08 (Cho et al., 2020; Escobedo et al., 2016; Rojas-Torres, 2020).

Tabla 27*Confiabilidad de la APGAR-Familiar*

Elementos	Confiabilidad	95% CI		
		Lower	Upper	
Escala general	α	.856	.822	.885
	ω	.858	.827	.889

Nota: α: alfa; ω: Omega; Lower: Intervalo de confianza límite inferior; CI Upper: Intervalo de confianza límite superior

En la tabla 27 los valores de alfa y omega superaron el .70 para la escala total, lo que asegura que es confiable (Kalkbrenner, 2021).

Tabla 28

Categorización de familia funcional y disfuncional

Percentiles	Puntajes directos	Categorías Diagnósticas
1 a 33	0 a 10	Familia con grave disfunción
34 a 66	11 a 14	Familia moderadamente disfuncional
67 a 99	15 a 20	Familia muy funcional

Nota: 0-14 familia disfuncional y de 15-20 familia funcional

Tabla 29

Predominancia de la sintomatología depresiva por sexo en los adolescentes con disfuncionalidad familiar

Dimensiones (SD) Sintomatología Depresiva	Mujeres	Hombres
	M (DE)	M (DE)
Desmoralización	28.6 (5.5)	23.6 (4.8)
Expresiones emocionales	17.0 (3.4)	14.4 (3.0)
Anhedonia	8.2 (2.1)	8.7 (2.5)
Baja autoestima	10.1 (2.9)	7.8 (2.4)
Somato-vegetativo	13.4 (2.6)	11.3 (2.7)
Ansiedad escolar	3.1 (1.1)	3.1 (0.9)

Nota: M=media; DE=Desviación estándar

La tabla 29 muestra que para la sintomatología depresiva predomina la desmoralización tanto en hombres (M=23.6) como en mujeres (M=28.6); sin embargo, son este último grupo quien reporta una mayor puntuación; tendencia que se mantuvo en la sintomatología restante, a excepción de la anhedonia, siendo el grupo de hombres (M=8.7) el que reportó una puntuación ligeramente superior al de mujeres (M=8.2).

Tabla 30

Análisis descriptivo de las autolesiones por sexo en los adolescentes con disfuncionalidad familiar

Niveles	Mujeres	Hombres
	f(%)	f(%)
Alto	16 (4.5%)	7 (2.0%)
Medio	72 (20.1%)	28 (7.8%)
Bajo	113 (31.6%)	122 (34.1%)

En la tabla 30 se describe la distribución de los niveles de las autolesiones a partir de sus puntuaciones segmentadas por sexo de la muestra de estudio, evidenciando que la mayor predominancia en el nivel bajo tanto para hombres (34.1%) y mujeres (31.6%), siendo los hombres quienes presentan una mayor tendencia. Aspecto que no se ve reflejado en ambas categorías restantes, siendo el grupo de mujeres quienes reportan una mayor frecuencia; estos datos infieren que el constructo estuvo presente mayoritariamente en un nivel bajo sobre la muestra de estudio.

Anexo 12: Sintaxis Jamovi

```
jmv::descriptives(  
  data = data,  
  vars = vars(SD1, SD3, SD4, SD5, SD8, SD9, SD12, SD13, SD14, SD20, SD30),  
  freq = TRUE,  
  n = FALSE,  
  missing = FALSE,  
  median = FALSE,  
  min = FALSE,  
  max = FALSE,  
  skew = TRUE,  
  kurt = TRUE)
```

```
jmv::reliability(  
  data = data,  
  vars = vars(SD1, SD3, SD4, SD5, SD8, SD9, SD12, SD13, SD14, SD20, SD30),  
  omegaScale = TRUE,  
  alphasItems = TRUE,  
  omegasItems = TRUE,  
  itemRestCor = TRUE)
```

```
jmv::efa(  
  data = data,  
  vars = vars(SD1, SD3, SD4, SD5, SD8, SD9, SD12, SD13, SD14, SD20, SD30),  
  minEigen = 1,  
  extraction = "pa",  
  rotation = "varimax")
```

```
seolmatrix::poly(  
  data = data,  
  vars = vars(SD1, SD3, SD4, SD5, SD8, SD9, SD12, SD13, SD14, SD20, SD30))
```

```
jmv::descriptives(  
  data = data,  
  vars = vars(SD7, SD16, SD17, SD18, SD22, SD26, SD28),  
  freq = TRUE,  
  missing = FALSE,  
  median = FALSE,  
  min = FALSE,  
  max = FALSE,  
  skew = TRUE,  
  kurt = TRUE)
```

```
jmv::reliability(  
  data = data,  
  vars = vars(SD7, SD16, SD17, SD18, SD22, SD26, SD28),  
  alphasItems = TRUE,  
  omegasItems = TRUE,  
  itemRestCor = TRUE)
```

```
jmv::efa(  
  data = data,
```

```
vars = vars(SD7, SD16, SD17, SD18, SD22, SD26, SD28))
```

```
seolmatrix::poly(  
  data = data,  
  vars = vars(SD7, SD16, SD17, SD18, SD22, SD26, SD28))
```

```
jmv::descriptives(  
  data = data,  
  vars = vars(SD10, SD23, SD25),  
  missing = FALSE,  
  median = FALSE,  
  min = FALSE,  
  max = FALSE,  
  skew = TRUE,  
  kurt = TRUE)
```

```
jmv::reliability(  
  data = data,  
  vars = vars(SD10, SD23, SD25),  
  alphas = TRUE,  
  omegas = TRUE,  
  itemRestCor = TRUE)
```

```
jmv::efa(  
  data = data,  
  vars = vars(SD10, SD23, SD25))
```

```
seolmatrix::poly(  
  data = data,  
  vars = vars(SD10, SD23, SD25))
```

```
jmv::descriptives(  
  data = data,  
  vars = vars(SD6, SD15, SD19, SD21),  
  missing = FALSE,  
  median = FALSE,  
  min = FALSE,  
  max = FALSE,  
  skew = TRUE,  
  kurt = TRUE)
```

```
jmv::reliability(  
  data = data,  
  vars = vars(SD6, SD15, SD19, SD21),  
  alphas = TRUE,  
  omegas = TRUE,  
  itemRestCor = TRUE)
```

```
jmv::efa(  
  data = data,  
  vars = vars(SD6, SD15, SD19, SD21))
```

```
seolmatrix::poly(  
  data = data,
```

```

vars = vars(SD6, SD15, SD19, SD21))

jmv::descriptives(
  data = data,
  vars = vars(SD11, SD17, SD24, SD29),
  n = FALSE,
  missing = FALSE,
  median = FALSE,
  min = FALSE,
  max = FALSE,
  skew = TRUE,
  kurt = TRUE)
jmv::reliability(
  data = data,
  vars = vars(SD11, SD17, SD24, SD29),
  alphas = TRUE,
  omegas = TRUE,
  itemRestCor = TRUE)
jmv::efa(
  data = data,
  vars = vars(SD11, SD17, SD24, SD29))
seolmatrix::poly(
  data = data,
  vars = vars(SD11, SD17, SD24, SD29))
jmv::descriptives(
  data = data,
  vars = SD2,
  freq = TRUE,
  n = FALSE,
  missing = FALSE,
  median = FALSE,
  min = FALSE,
  max = FALSE,
  skew = TRUE,
  kurt = TRUE)
jmv::reliability(
  data = data,
  vars = SD2,
  alphas = TRUE,
  omegas = TRUE,
  itemRestCor = TRUE)
jmv::efa(
  data = data,
  vars = SD2)
jmv::descriptives(
  data = data,
  vars = vars(DF1, DF2, DF3, DF4, DF5),
  freq = TRUE,
  n = FALSE,
  missing = FALSE,
  median = FALSE,
  min = FALSE,
  max = FALSE,
  skew = TRUE,

```



```

    kurt = TRUE)
jmv::reliability(
  data = data,
  vars = vars(DF1, DF2, DF3, DF4, DF5),
  alphatems = TRUE,
  omegatems = TRUE,
  itemRestCor = TRUE)
jmv::efa(
  data = data,
  vars = vars(DF1, DF2, DF3, DF4, DF5))
seolmatrix::poly(
  data = data,
  vars = vars(DF1, DF2, DF3, DF4, DF5))
jmv::descriptives(
  data = data,
  vars = vars(CA1, CA2, CA4, CA8, CA11, CA12),
  n = FALSE,
  missing = FALSE,
  median = FALSE,
  min = FALSE,
  max = FALSE,
  skew = TRUE,
  kurt = TRUE)
jmv::reliability(
  data = data,
  vars = vars(CA3, CA5, CA6, CA7, CA9, CA10),
  omegaScale = TRUE,
  alphatems = TRUE,
  omegatems = TRUE,
  itemRestCor = TRUE)
jmv::reliability(
  data = data,
  vars = vars(CA1, CA2, CA4, CA8, CA11, CA12))
jmv::efa(
  data = data,
  vars = vars(CA1, CA2, CA4, CA8, CA11, CA12))
seolmatrix::dichotomous(
  data = data,
  vars = vars(CA1, CA2, CA4, CA8, CA11, CA12))
jmv::efa(
  data = data,
  vars = vars(CA3, CA5, CA6, CA7, CA9, CA10),
  nFactorMethod = "fixed",
  extraction = "pa",
  rotation = "varimax")
jmv::descriptives(
  data = data,
  vars = vars(CA3, CA5, CA6, CA7, CA9, CA10),
  n = FALSE,
  missing = FALSE,
  median = FALSE,
  min = FALSE,
  max = FALSE,
  skew = TRUE,

```

```

kurt = TRUE)
seolmatrix::dichotomous(
  data = data,
  vars = vars(CA3, CA5, CA6, CA7, CA9, CA10))

```

Sintaxis RStudio

```

library("foreign")
library("psych")
library("lavaan")
library("semTools")
library("semPlot")
library("mirt")
library("SBSDiff")
library("dplyr")
library("MBESS")

```

```
da=Piloto
```

```

My_model<-'F1=~SD1+SD3+SD4+SD5+SD8+SD9+SD12+SD13+SD14+SD20+SD30
F2=~SD7+SD16+SD17+SD18+SD22+SD26+SD28
F3=~SD10+SD23+SD25
F4=~SD6+SD15+SD19+SD21
F5=~SD11+SD17+SD24+SD29
F6=~SD2'

```

```

My_model<-'F1=~SD1+SD3+SD4+SD5+SD8+SD9+SD12+SD13+SD14+SD20+SD30
F2=~SD7+SD16+SD17+SD18+SD22+SD26+SD28
F3=~SD10+SD23+SD25
F4=~SD6+SD15+SD19+SD21
F5=~SD11+SD17+SD24+SD29'

```

```

fit<-cfa(model = My_model, data = da, ordered=TRUE, estimator="WLSMV")
summary(fit, fit.measures = TRUE, standardized=T)
fitMeasures(fit, c("cfi", "nfi", "tli", "agfi", "gfi", "nfi", "rmsea", "srmr"))
semPaths(fit, whatLabels="std",
  style = "lisrel", layout = "tree3",
  intercepts = FALSE, residuals = FALSE, thresholds = FALSE,
  rotation = 2, sizeMan = 3, sizeLat = 7, shapeMan = "rectangle", shapeLat = "circle",
  edge.color = "black", nDigits = 2, edge.label.cex = 1, label.prop=2)
modindices(fit, sort=TRUE, maximum.number = 20)

```

```
My_model<-'F1=~DF1+DF2+DF3+DF4+DF5'
```

#Algoritmos para ejecutar el AFC

```

fit<-cfa(model = My_model, data = da, ordered=TRUE, estimator="WLSMV")
summary(fit, fit.measures = TRUE, standardized=T)
fitMeasures(fit, c("cfi", "nfi", "tli", "agfi", "gfi", "nfi", "rmsea", "srmr"))
semPaths(fit, whatLabels="std",
  style = "lisrel", layout = "tree3",
  intercepts = FALSE, residuals = FALSE, thresholds = FALSE,
  rotation = 2, sizeMan = 3, sizeLat = 7, shapeMan = "rectangle", shapeLat = "circle",

```

```
edge.color = "black", nDigits = 2, edge.label.cex = 1, label.prop=2)
modindices(fit,sort=TRUE, maximum.number = 20)
```

```
My_model<-'F1=~CA1+CA2+CA4+CA8+CA11+CA12
F2=~CA3+CA5+CA6+CA7+CA9+CA10
FG=~CA1+CA2+CA3+CA4+CA5+CA6+CA7+CA8+CA9+CA10+CA11+CA12
'
```

```
#Algoritmos para ejecutar el AFC
```

```
fit<-cfa(model = My_model, data = da, ordered=FALSE, estimator="DWLS", orthogonal=
TRUE)
```

```
summary(fit, fit.measures = TRUE, standardized=T)
```

```
fitMeasures(fit, c("cfi", "nfi", "tli", "agfi", "gfi", "nfi", "rmsea", "srmr"))
```

```
semPaths(fit, whatLabels="std",
```

```
style = "lisrel", layout = "tree3",
```

```
intercepts = FALSE, residuals = FALSE, thresholds = FALSE,
```

```
rotation = 2, sizeMan = 3, sizeLat = 7, shapeMan = "rectangle", shapeLat = "circle",
```

```
edge.color = "black", nDigits = 2, edge.label.cex = 1, label.prop=2)
```

```
modindices(fit,sort=TRUE, maximum.number = 20)
```


Anexo 14: Evidencia de aprobación del curso de conducta responsable de investigación

Ficha CTI Vitae



FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ EVELY YOHANA

ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA EN LA UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO



Fecha de última actualización: 28-10-2023

ORCID

0000-0003-0449-2543

Conducta Responsable en Investigación

Fecha: 20/10/2023

https://dina.concytec.gob.pe/appDirectorioCTI/VerDatosInvestigador.do?id_investigador=360416

PERFIL

STEFANY CAROLINA FABIAN BAUTISTA



Calificación, Clasificación y Registro de Investigadores

[Solicitar incorporación](#)

Conducta Responsable en Investigación

Fecha: 22/09/2021

Seleccionar archivo Sin archivos seleccionados

[Agregar foto](#)

[Eliminar foto](#)



Resumen

ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA EN LA UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

1930 quedan todavía

https://ctivitae.concytec.gob.pe/appDirectorioCTI/VerDatosInvestigador.do?id_investigador=269955