

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

E.A.P. DE PSICOLOGIA

**Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión
en adolescentes**

TESIS

para optar el título profesional de Psicóloga

AUTORA

Sully Carolina Arenas Ayllón

ASESORA

Ana Delgado Vásquez de Torres

Lima-Perú

2009

A Yessenia y Christopher,
porque vencieron la depresión
y volvieron a sonreír.

A mi familia por el apoyo incondicional

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora, la Dra. Ana Delgado Vásquez de Torres, por el profesionalismo y dedicación en la orientación de la presente investigación. Un gran ejemplo a seguir para mi vida.

A los psicólogos de staff del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en especial al Ps. Percy Guzmán y Ps. Roxana Asca, por sus enseñanzas, apoyo y colaboración constante.

A Carmen Ayllón, Rolando Arenas, Jhelyna Arenas y Luis Alberto Arenas, mi familia y mi gran motivación para alcanzar mis anhelos. Todo lo que hago, es por ustedes.

Al Ps. Mario Roberto Oscco Román, mi esposo, por darme la fuerza necesaria para seguir adelante, apoyarme incondicionalmente y estar a mi lado en los momentos más felices de mi vida.

Al Sr. Alberto Arenas Cayetano, una persona que siempre será luz para mi camino, fuerza para mi desmayo y esperanza para mi vida. Gracias Papi Alberto por enseñarme a ser cada día mejor. Mis mami (Hilda y Carmen) me cuidan en la tierra y tú lo haces desde el cielo.

INDICE

	Pág.
Resumen	7
Introducción	8
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Planteamiento del problema	11
1.2 Objetivos	
1.2.1 Objetivos generales	13
1.2.2 Objetivos específicos	14
1.3 Justificación del estudio	14
1.4 Limitaciones del estudio	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	
2.1 Antecedentes del estudio	17
2.1.1 Investigaciones Internacionales	17
2.2.2 Investigaciones Nacionales	23
2.2 Bases teórico científicas	27
2.2.1 La familia	27
a. Definiciones	27
b. Tipos de familia	27
c. Funciones de la familia	28
d. La familia peruana	30
2.2.2 La adolescencia	32
a. Definiciones y características	32
b. Los problemas internos y externos del adolescente	34
c. El adolescente como parte de la familia	35
d. La familia como sistema social	37
e. La Funcionalidad familiar: Modelo Circumplejo de Olson	37
2.2.5 La depresión	41
a. Definiciones y signos característicos	41
b. Enfoques teóricos y explicativos de la depresión	42

c. Modelo tetradimensional de depresión de Alonso Fernández	44
d. Depresión en la adolescencia	45
2.3 Definición de términos	47
a. Funcionalidad familiar	47
b. Depresión	48
c. Adolescencia	49
1.5 Hipótesis	49
1.5.1 Hipótesis general	49
1.5.2 Hipótesis específicas	49
CAPÍTULO III: MÉTODO	
3.1 Nivel y tipo de investigación	51
3.2 Diseño de la investigación	51
3.3 Población y muestra de estudio	52
a. Población	52
b. Muestra	52
3.4 Variables de estudio	53
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	53
3.5.1 Escala de Evaluación Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III)	53
3.5.2 Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión	56
3.6 Procedimiento de recolección de datos	60
3.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	61
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	
4.1 Validez de los instrumentos de recolección de datos	63
4.2 Resultados descriptivos	63
4.3 Resultados para la contratación de hipótesis	65
CAPÍTULO V: DISCUSION DE LOS RESULTADOS	
5.1 Análisis y discusión de los resultados	68
5.2 Conclusiones	72
5.3 Recomendaciones	72
Referencias bibliográficas	74
Anexos	80

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.		
Relación entre el nivel de funcionalidad familiar y depresión en adolescentes		63
Tabla 2		
Depresión según sexo de los participantes		63
Tabla 3		
Funcionalidad familiar según sexo de los participantes		63
Tabla 4		
Cálculo de la chi cuadrada de la relación entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes mujeres.		64
Tabla 5		
Cálculo de la chi cuadrada de la relación entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes varones.		65
Tabla 6		
Cálculo de la chi cuadrada del nivel de funcionalidad familiar según el sexo		65
Tabla 7		
Cálculo de la chi cuadrada de la presencia o ausencia de depresión según el sexo		66

RESUMEN

El estudio de la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes se efectuó en una muestra de 63 adolescentes, entre 12 y 17 años, de ambos sexos que asisten al Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el distrito de El Agustino, departamento de Lima. El diseño de la investigación es descriptivo correlacional. Se administró el Cuestionario tetradimensional de Depresión (CET-DE) para observar presencia o ausencia de depresión, y la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) para conocer el nivel de funcionalidad familiar que perciben en sus hogares, cuya validez de contenido fue estudiada a través del método de evaluación por criterio de jueces. Usando el estadístico Ji cuadrado (χ^2) se halló que la percepción de los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en adolescentes no presenta relación significativa en la muestra estudiada, así mismo dichas variables no se diferencian significativamente según sexo. En cuanto a la relación entre la presencia o ausencia de depresión según el sexo, no se hallaron diferencias significativas.

INTRODUCCIÓN

La familia es la célula básica de la sociedad compuesta por personas adultas que educan a los menores de edad brindándoles pautas y recursos para crecer y explorar el mundo desde la infancia con la finalidad de poder ser autónomos e interactuar en el mundo a medida que se hagan adultos.

La adolescencia es un momento de importantes cambios y que coincide con un momento también especial en la vida de los padres esto hace que sea un periodo de singular inestabilidad en la dinámica familiar; no obstante se debe tomar dicha etapa de manera natural y sin una visión catastrófica. Cuando dicha etapa está influenciada por situaciones que crean inestabilidad al adolescente como el divorcio, la violencia familiar, entre otros puede desencadenar síntomas de ansiedad, inseguridad y/o depresión en diversos niveles (Barna, Concha, Florenzano, Gonzales, Horwitz, Maddaleno, Romero, Salazar, Segovia, Valdés, Ventuini, Villaseca y Ringeleng, 1986).

Actualmente existen muchas familias que ponen en peligro su capacidad de funcionamiento e incluso de supervivencia, lo cual se torna un factor de riesgo para el desarrollo normal del niño y adolescente. Siendo la familia un contexto fundamental muchas veces no instruye a los hijos con afecto y apoyo, no los controla, no los supervisa y sobre todo no utilizan una adecuada comunicación con la finalidad de comprenderlos y enseñarles a ser autónomos, lo suficientemente maduros como para dirigir su propia vida (Callabed, Moraga y Saset, 1997).

Cuando el adolescente siente que sus padres confían en él aprende a tomar sus propias decisiones, se siente más libre y puede equivocarse sin que ello implique una profunda frustración. Lamentablemente cuando dicha confianza está ausente en el hogar se puede observar una serie de problemáticas – todas ellas basada en una ineficiente comunicación – y la familia se torna disfuncional; la misma que influye en el adolescente y produce en él conductas calificadas como rebeldes, comienza la crisis existencial y esto desencadena tristeza, decepción, desesperanza y en alguna situación perdida de las ganas de vivir.

La presente investigación se enfoca en la relación que tiene la funcionalidad familiar con la ausencia o presencia de depresión en los adolescentes.

En el primer capítulo se realiza el planteamiento del problema, además de formular los objetivos, la justificación y las limitaciones del presente estudio; el segundo capítulo se enfoca en el marco teórico referencial, donde se plasman investigaciones anteriores además de conceptualizar las variables empleadas en la investigación; en el tercer capítulo se expone la metodología a seguir con el presente estudio detallando el nivel y tipo de investigación, el diseño de la misma, la población y la muestra de estudio, se definen las variables, se explican las técnicas y distribución de los datos, el procedimiento de recolección de datos y las técnicas de procesamiento y análisis de datos; en el cuarto capítulo se presentan los resultados de la evaluación; y el último capítulo comprende discusión de los resultados, las conclusiones y las recomendaciones.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La familia es una institución que varía, se transforma, se adapta, se reinventa, perdura y puede constituir un elemento central en la organización de la vida y del bienestar propio. (Navarro, Musitu y Herrero, 2007).

La importancia de la familia en la vida de las personas, no se remite únicamente a ser la primera fuente de socialización de los hijos, sino que se convierte en la principal fuente de apoyo a pesar de los conflictos que puedan suscitarse. El afecto y el apoyo dentro del contexto familiar son fundamentales para un adecuado desarrollo psicosocial de los niños y, sin duda, son un elemento clave del bienestar psicosocial (Navarro y cols., 2007).

Cuando la familia comienza a distorsionar su función principal ante la sociedad y antepone a ello los conflictos, actualmente se le etiqueta como familia disfuncional o multiproblemática. Linares (1994, citado por Navarro y cols., 2007) comenta que, este último término aparece por primera vez en 1959 en la publicación de *Scott Multiproblem families as a concern to the community*, en referencia a familias que poblaban guetos de las grandes ciudades norteamericanas en las que proliferan problemas sociales como la drogodependencia, conducta criminal o delincuencia, malos tratos, etc. Mientras que Aza (2003, citado por Navarro y cols., 2007) en su revisión epistemológica ofrece el aporte teórico de Isaac Hoffman en 1952, usando este término para referirse a familias con serios problemas en más de una de las siguientes áreas: Salud, situación económica y adaptación social, concluyendo que la pobreza y la asistencia social son dos variables que se relacionan con el término “familia multiproblemática”. Por otro lado, Minuchin y Montalvo (2003, citados por Navarro y cols., 2007), clasifican a las familias

como familias desconectadas y familias enredadas. Las familias desconectadas son aquellas en que los nexos de relación entre miembros son débiles o inexistentes, que presentan límites poco definidos y permeables, escasa implicación emocional y déficit en la autonomía. Mientras que las familias enredadas se caracterizan por la estrecha relación entre sus miembros, donde los intentos de alguno de ellos por cambiar provocan una rápida resistencia complementaria por parte de los demás, presentando dificultades en el desarrollo de la individualidad.

Por lo anterior, Navarro y cols. (2007) refieren que el concepto de familia multiproblemática o disfuncional debe ser analizado no sólo en base al contexto socioeconómico, sino en base a los factores de riesgo y de compensación en el funcionamiento familiar teniendo en cuenta que necesidades psicosociales del microsistema familiar se están viendo afectadas (físico-biológicas, afectivas y emocionales, relación e interacción entre sus miembros, pertenencia y necesidades educacionales).

Horwitz (1986, citado por Barna y cols., 1986), comenta que la familia con hijos adolescentes a recibido mucha atención a mediados de los años 80, por los conflictos potenciales que surgían en ella. Los padres deben aceptar el desarrollo físico y psicológico de sus hijos, así como las decisiones personales frente a su futuro académico, laboral y familiar aunque en ocasiones difiera de sus expectativas (explícitas o implícitas). La aceptación de la realidad es difícil tanto para los padres como para los hijos, en estos casos los progenitores pueden reaccionar apoyando a los hijos, manteniendo la comunicación y orientándolos, ó cerrándose y tomando una actitud controladora abierta o encubierta.

Desde la perspectiva del adolescente, esta etapa presenta cambios difíciles que les producen ansiedad, confusión, desorientación y hasta ideas de suicidio. Saset y Batlle (1997, citados por Callabed y cols., 1997), encontraron investigaciones en las que se halla la presencia de factores asociados a la depresión adulta que también se cumplen en los adolescentes. No obstante, Ibarra (2003) comenta que, a inicios de la adolescencia los posibles síntomas de depresión se enmascaran a través de otros síntomas psicológicos como la fatiga persistente, intranquilidad, preocupaciones por el cuerpo, búsqueda ansiosa de compañía o de aislamiento y comportamiento teatral y es en la etapa final de la adolescencia que la depresión puede

manifestarse a través de la sintomatología adulta o formas indirectas como el consumo de droga, promiscuidad sexual y los intentos suicidas.

Blum (2000, citado por Pardo, Samdoval y Umbarilia, 2004) comenta que los jóvenes son uno de los grupos etareos que presentan mayor probabilidad de sufrir una depresión, dada la etapa de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos, que demanda en ellos el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía, éxito individual y social. Pardo y cols. (2004) refieren que los criterios del trastorno depresivo son parecidos entre niños, adolescentes y adultos, de acuerdo al DSM –IV, sólo que en los adolescentes el síntoma característico es el notable cambio de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o problemas de conducta.

Por otro lado, Callabed y cols. (1997) refieren que las teorías explicativas actuales son de carácter multifactoriales e integran los modelos unifactoriales que se han postulado hasta la fecha surgiendo la interacción básica entre dos tipos de factores, los de carácter predisponentes (factores genéticos, temperamentales y experienciales tempranos) y de carácter precipitantes o desencadenantes (biológicos, socioculturales, familiares y/o acontecimientos vitales). Los autores indican que, históricamente se han diferenciado factores explicativos genéticos, biológicos y psicológicos, pero últimamente se pone énfasis en la forma como la familia interacciona. Los niveles de cohesión y adaptabilidad que el adolescente perciba en su hogar son decisivos para tener un adecuado desarrollo emocional, en las familias con reglas muy flexibles y con poco control, o muy rígidas y severas en la disciplina, forman adolescentes con baja autoestima, inseguros e inmaduros para asumir responsabilidades, por lo cual suelen ser propensos a desencadenar un cuadro depresivo (Álvarez, 2009).

Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela (2000), comentan que existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida como efecto de una depresión mayor. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar, hacen que sea disfuncional y existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al

adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión.

Asimismo, Pardo, Samdoval y Umbarilia (2004) comentan en su artículo sobre la Adolescencia y Depresión, que dentro de las variables que se asocian a este trastorno está el factor familiar. Hernández (1996, citado por Pardo y cols., 2004) estudió características de familias clínicas y no clínicas de poblaciones colombianas donde identificó variables relacionadas con el riesgo como son: La escasa o excesiva cercanía afectiva, la disciplina inconsciente, la confusión o caos en la asignación de responsabilidades, el escaso o excesivo control conductual por parte de los padres y los desacuerdos marcados entre los padres respecto a la crianza. Observó además que las familias denominadas no clínicas tienen mayor cohesión, mayor satisfacción y adaptación, además de mejor uso de estrategias de reestructuración para afrontar los problemas y mayor orgullo de pertenecer a la familia.

En este contexto y con el antecedente mencionado es importante conocer ¿Qué relación existe entre la funcionalidad familiar, y la presencia o ausencia de depresión en los adolescentes atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Lima –Este) considerando la variable sexo?, ¿Difiere la funcionalidad familiar y la presencia de depresión entre los adolescentes varones y mujeres atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital Unanue?

1.2. Objetivos

1.2.1 Objetivos generales:

- a. Determinar la relación existente entre la funcionalidad familiar y la depresión en los y las adolescentes atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- b. Comparar el nivel de funcionalidad familiar y la depresión en los y las adolescentes atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital nacional Hipólito Unanue, comparando la variable sexo

1.2.2. Objetivos específicos:

- a. Describir las características de la funcionalidad familiar propia de los y las adolescentes atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, que no presenten depresión y los que sí presentan depresión
- b. Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión, en las adolescentes mujeres atendidas en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- c. Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión, en los adolescentes varones atendidos por el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- d. Comparar el nivel de funcionalidad familiar entre adolescentes mujeres y varones atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- e. Comparar la presencia o ausencia de depresión entre adolescentes mujeres y varones atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue

1.3. Justificación

Las funciones universalmente reconocidas en una familia son el cuidado y el entrenamiento que proporcionan los padres y otros miembros de la familia a los menores de edad. Si bien es cierto que la familia en estas épocas no es la tradicional únicamente, cada individuo está vinculado a una y en ella se desarrolla social, emocional e intelectualmente.

La etapa de la adolescencia es un proceso de cambios físicos y psicológicos que necesitan un soporte familiar óptimo para lograr que los menores crezcan y maduren con autonomía. En nuestro contexto, debido a factores psicosociales, la cohesión y la adaptabilidad familiar se ve alterada, lo cual crea un desbalance en la vida del adolescente y en muchas ocasiones dicho desbalance no es controlado con asertividad (Shaffer, 2000).

El Plan Nacional de Salud Mental del Perú (2005) informa en relación a las patologías psiquiátricas más frecuentes datos obtenidos mediante la encuesta epidemiológica realizada en Lima Metropolitana por el Instituto Especializado en Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo

Noguchi” en el 2002, la cual muestra la prevalencia de vida de 1% para trastornos psicóticos, consideraciones o pensamientos suicidas en el 30.3% de la población encuestada y prevalencia de tendencias violentas en el 30.2% de esa población. El suicidio ocupa el cuarto lugar (8%) como causa de muerte violenta en Lima, siendo la relación de 2:1 entre hombres y mujeres. Los motivos más frecuentes asociados al intento de suicidio son los conyugales (29.6%), los conflictos familiares (27%) y los conflictos sentimentales en un 22.1% entre otros.

Este año 2009 el MINSA realizó el Análisis de Situación de Salud de las y los Adolescentes, detectando entre los problemas psicosociales que los principales factores por las cuales las y los adolescentes intentan suicidarse, son los mismos tanto para la población de la costa, sierra y selva, siendo el principal motivo los problemas con los padres. La familia es el factor protector y puede convertirse en factor de riesgo cuando surgen problemas dentro de ella.

El Hospital Nacional Hipólito Unanue, recibe muchos adolescentes a través de sus diferentes servicios. El Módulo de MAMIS atiende a los niños y adolescentes víctimas de maltrato y violencia familiar, el servicio de consulta externa recibe a los familiares o apoderados de los adolescentes que solicitan atención psicológica para el menor por problemas de conducta, consumo de drogas, alcoholismo, etc. Así mismo, existe un número significativo de adolescentes que ingresan por emergencia de este nosocomio, tras la ingesta de sustancias tóxicas (veneno para ratas, lejía, ácido muriático, sobre dosis de tranquilizantes, etc.), luego de la revisión médica son derivados al departamento de psicología por intento de suicidio para la intervención respectiva.

Estos adolescentes pueden evidenciar sentimientos de tristeza, inutilidad, molestias físicas, irritabilidad, ansiedad, trastornos del sueño, falta de atención, etc. Los casos pueden deberse a depresión, falta de autoestima o incapacidad para visualizar un futuro mejor; siendo algunos de los factores desencadenantes: el abuso de drogas, el divorcio de los padres, la falta de empleo de los padres y problemas financieros en el hogar, la violencia o abuso familiar, etc.

Si se comprende la relación que existe entre la funcionalidad familiar con la depresión, se podrá dar mejores propuestas al Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, sobre la orientación psicológica a los adolescentes y sus familias.

La meta general es conocer los problemas de emocionales, como la depresión, en los adolescentes y relacionarlo con el nivel de funcionalidad de sus familias, para determinar si existe una relación directa entre ellas.

1.4. Limitaciones

El presente estudio se desarrolló en una población adolescente atendida por el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Sede Principal del Ministerio de Salud correspondiente a Lima-Este que brinda atención a familias de nivel socioeconómico bajo de San Juan de Lurigancho, El Agustino y Santa Anita; por lo que su capacidad de generalización se ciñe a poblaciones con similares características.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1 Antecedentes del estudio

2.1.1 Investigaciones internacionales. En relación a la variable funcionalidad familiar en adolescentes se reporta las siguientes investigaciones:

Mendoza, Soler, Sainz, Gil, Mendoza y Pérez (2006) han hecho análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en el primer nivel de atención. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, a través de estudios de diagnóstico de salud familiar y los instrumentos de evaluación, del subsistema conyugal y el FACES III, aplicados a familias adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 66 del IMSS de Xalapa – México, durante el marzo del 2003 y diciembre del 2004. La muestra fue de 103 diagnósticos de salud familia incluidos en el estudio encontrando resultados por cada instrumento aplicado. De acuerdo con la evaluación del subsistema conyugal, se encontró un 52% de parejas funcionales, un 39% de parejas moderadamente disfuncionales y un 9% de parejas severamente disfuncionales, mientras que los resultados del FACES III, revelaron que el 43% de las familias eran de rango medio, el 41% de las familias eran balanceadas y el 16% eran extremas. En este estudio se observó que tanto la comunicación como los límites inadecuados entre los integrantes concurren en las familias disfuncionales con diferencias estadísticamente significativas.

Cava (2003) estudió la Comunicación Familiar y el Bienestar Psicosocial en Adolescentes. En este trabajo se exploran las posibles diferencias en comunicación padres-hijos en función de la edad y el sexo del adolescente, además se analiza la relación entre la calidad de esta comunicación y dos importantes indicadores de bienestar psicosocial: La autoestima y el ánimo depresivo. La muestra de esta investigación está constituida por 1047 adolescentes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 12 y los 20 años. Los instrumentos utilizados son el Cuestionario de

Comunicación Familiar de Barnes y Olson (1982), el Cuestionario de Autoestima de García y Musitu (1998) y el Cuestionario de Ánimo Depresivo CES-D (Radloff, 1977). Los resultados que se presentan en este trabajo permiten señalar la existencia de diferencias en la comunicación padres-hijos en función del sexo y edad del adolescente, al tiempo que confirman la importancia de la calidad de esta comunicación en el adecuado ajuste psicosocial del adolescente. Los autores indican que una mayor apertura en la comunicación con los padres se relaciona con una mayor autoestima y con un menor ánimo depresivo; siendo la relación negativa en el caso de la percepción de problemas en la comunicación. Estos resultados, aún reconociendo sus limitaciones y asumiendo que deberían ampliarse en posteriores trabajos, permiten confirmar la conexión existente entre comunicación familiar y bienestar psicosocial durante la adolescencia, asimismo citan a Olson y colaboradores afirmando que la comunicación familiar es una de las características propias de los patrones de funcionamiento familiar adecuado, variable que se estudiará en la presente investigación.

En relación a la variable depresión en adolescentes se reporta las siguientes investigaciones:

Villa, Robles, Gutiérrez, Martínez, Valadez y Cabrera (2009) estudiaron la magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para el intento de suicidio, con la finalidad de identificar factores de riesgo personal y familiar. La muestra estuvo conformada por pacientes atendidos en un centro especializado en toxicología por intento de suicidio, mediante una encuesta estructurada se investigaron características personales, familiares y redes de apoyo. De los 25 casos y 25 controles incidentes, los factores asociados ajustados por edad, ser estudiante y tabaquismo fueron violencia intrafamiliar, desintegración familiar, eventos críticos, baja autoestima, ansiedad y disfunción familiar; siendo los principales factores de riesgo para intento de suicidio, la disfunción familiar (violencia intrafamiliar, desintegradas, disfuncionales) y los rasgos psicopatológicos (depresión, ansiedad, baja autoestima). Esta investigación permite observar de forma clara cómo la dinámica familiar es un factor clave para la presencia de intento de suicidio y es importante corroborarla con el presente estudio.

González, Ramos, Caballero y Wagner (2003) hicieron un estudio de tipo transversal y ex post facto para identificar correlatos de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes. Participaron 508 hombres y 428 mujeres estudiantes en el Centro Histórico de la Ciudad de México, cuya edad promedio fue de 13,7 años. Les aplicaron un cuestionario autoaplicable que integraba los siguientes instrumentos: Escala de Estrés Cotidiano Familiar, Escala de Autoestima, Escalas de Relación con la Madre y con el Padre, Escala de Respuestas de Afrontamiento ante Estrés Cotidianos Familiares y con Mejor Amigo(a), y la Escala de Impulsividad. Los resultados indican que los estudiantes con depresión y/o ideación suicida tienen más conflictos con padre/madre, reportan que sus padres discuten por problemas económicos, tienen menor autoestima, son impulsivos y usan respuestas de afrontamiento agresivas. La prevalencia de intento suicida fue en hombres: 7% y mujeres: 17%, los y las estudiantes impulsivos presentan más riesgo con antecedente de intento suicida. En hombres, el afrontamiento agresivo también se asocia con un riesgo mayor, mientras que, en las mujeres, el tener conflictos con padre/madre presenta riesgo mayor, así como que sus padres discutan por problemas económicos. Se concluye que esta investigación sólo describe las variables que indica, sin embargo se revela a través de los resultados del cuestionario cierta asociación con la comunicación entre padres e hijos como parte de la funcionalidad familiar.

Dos Santos, Umberto, Alonso-Fernández y Tomasi (2001) realizaron una investigación sobre la prevalencia de depresión y su relación con el motivo de consulta y el diagnóstico médico. La muestra estuvo conformada por 463 individuos de 13 a 19 años que acudieron a 10 unidades de atención primaria para consultar con un médico no psiquiatra entre 1997 y 1998. Se utilizó el CET-DE (Alonso-Fernández, 1986) para medir la depresión y un cuestionario para evaluar datos sociodemográficos y relativos a la consulta. El resultado indica que la prevalencia fue del 26,5%, a parte se registra que un 99,2% de casos de depresión no identificados y las quejas dadas en la consulta con los médicos estuvieron dispersas en el campo somático (61,1%) y relacionadas con la sexualidad (49,5%), principalmente el embarazo (31,7%), sobre todo entre los deprimidos ($p < 0,001$). Por lo encontrado se determina que la depresión en adolescentes es frecuente en atención

primaria y no suele ser identificada, la razón se puede atribuir al tipo de depresión, que suele ser leve o focalizada en una sola dimensión de la vitalidad humana (en este estudio la dimensión IV relacionada con la regulación de ritmos fue la que más puntaje alcanzó) lo cual contribuye para que la depresión pase con frecuencia sin ser diagnosticada. Esta investigación es de tipo descriptivo transversal y difiere de la correlación que estudiamos entre depresión y funcionalidad familiar, no obstante la muestra utilizada para el presente estudio se asemeja con la evaluada por los autores en referencia, ya que en la mayoría de ocasiones el motivo de consulta por el cual llegan al hospital no suele ser el problema psicológico real, siendo más difícil el diagnóstico depresivo del adolescente.

Pelayo (1994) realizó un estudio sobre la estructura semiológica con una metodología tetradimensional y, las situaciones familiares y laborales crónicas en la depresión de la mujer. La muestra utilizada fue de 108 mujeres depresivas y 57 formaban una sub muestra de mujeres en el primer episodio depresivo, a parte se tenía una muestra de control con 67 mujeres sin depresión. La recolección de datos fue efectuada en un ambulatorio de la seguridad social de Madrid usando el Cuestionario Estructural Tetradimensional de Depresión. Entre los resultados se destacan los siguientes hallazgos: La adscripción a un estrato socioeconómico bajo muestra una asociación significativa con la presencia de un estado depresivo; la percepción por parte de las mujeres de una relación asimétrica como una situación crónica en su vida conyugal es un factor asociado significativamente con el síndrome depresivo; las situaciones crónicas de pareja que reflejan una falta de intimidad y la presencia de continuos conflictos con el compañero favorecen el inicio, mantenimiento y repetición de los episodios depresivos; en las mujeres que compatibilizan habitualmente el trabajo doméstico y el extra doméstico la preocupación por separarse de los hijos y el miedo a no desempeñar bien su rol materno-familiar, son factores que favorecen la instauración de un estado depresivo; dentro de las situaciones crónicas de carácter desfavorable, alcanzan mayor valor en la etiología de la depresión en la mujer las de contenido interpersonal (familiar y de pareja) que las laborales.

Entre las investigaciones que vinculan el concepto de familia y depresión en adolescentes son las siguientes:

Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jimenez (2009) realizaron un estudio sobre la relación entre la depresión y los conflictos familiares en adolescentes que habitan en comunidades rurales y urbanas del Estado de Tlaxcala en la República Mexicana. Se empleó la escala de clima familiar (FES), tomando sólo 3 reactivos de cada una de las 3 sub escalas (Relaciones, Desarrollo y Estabilidad) para evaluar la cohesión familiar, la cual permite tener información sobre las relaciones que mantienen los miembros de la familia, así como el grado de comunicación y el nivel de conflicto, a un nivel de confiabilidad de $\alpha = 0.86$, así mismo utilizó el inventario de Depresión de Beck (BDI) para evaluar la intensidad sintomática de la depresión. La muestra se seleccionó de escuelas secundarias de Tlaxcala – México, quedando 244 adolescentes finalmente y la media de edad fue de 13.43 años. Los resultados de la investigación indican existe una relación inversamente proporcional entre los síntomas depresivos y los conflictos familiares, lo que sugiere que, a mayor índice de depresión existe menos cohesión familiar, demostrando que la carencia de apoyo social en el ambiente familiar del adolescente afecta en su proceso psicosocial.

Cogollo, Gómez, De Arco, Ruíz y Campo –Arias (2009) establecieron la asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en adolescentes estudiantes de un colegio de un sector de estrato bajo (I) en Cartagena, Colombia. Diseñaron un estudio transversal en el que participaron estudiantes de secundaria. Usaron la disfuncionalidad familiar con el cuestionario de APGAR familiar y síntomas depresivos con importancia clínica con la escala de Zung para depresión. Participaron 424 estudiantes de séptimo a undécimo grado con edad promedio de 14,7 años. Informaron disfuncionalidad familiar 253 adolescentes (59%) y sólo 174 (41%) tenían síntomas depresivos con importancia clínica. Los autores concluyeron que, en la muestra estudiada, la presencia de disfuncionalidad familiar y la presencia de síntomas depresivos con importancia clínica no guardan asociación significativa. Los autores de esta investigación refieren que coinciden con el estudio descrito a continuación.

Zapata, Figueroa, Méndez, Miranda, Linares, Carrada, Vela y Rayas (2007) hicieron una investigación sobre la depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. Se realizó una

encuesta prospectiva a 747 adolescentes de 10 a 19 años de edad, de una escuela secundaria federal de Irapuato, Guanajuato - México. Para evaluar la depresión se aplicó el *test* de Zung y para detectar la disfunción familiar el APGAR familiar. Se consideró con disfunción familiar a aquellos con puntaje menor a 7 en el *test* de Apgar familiar y con depresión a aquellos con puntaje menor de 50 en el de Zung. El resultado dio que, el 33% de los encuestados fueron diagnosticados con disfunción familiar, clasificándose como moderada en 203 adolescentes (27.2%) y grave en 44 adolescentes (5.9%). Treinta sujetos (6%) fueron diagnosticados con depresión y en 43.3% de los casos estuvo asociada a disfunción familiar. Al aplicar el *test* de Apgar familiar a la muestra de adolescentes de la escuela federal dio como resultado que más de la mitad tenía disfunción familiar, a pesar de ello no se asocia significativamente con la presencia de depresión porque la población evaluada no tenía evidencia de problemas o trastornos psicológicos precisamente, eran adolescentes con una vida aparentemente normal. Por ello el autor concluye que puede existir un rasgo de resiliencia en los adolescentes dado que afrontan positivamente los inconvenientes familiares que se le presenten.

Leyva, Hernández, Nava y López (2007) En el Instituto Mexicano del Seguro Social realizaron una investigación de depresión en adolescentes y funcionamiento familiar, se incluyeron 252 estudiantes, 134 sexo masculino y 118 del sexo femenino, con edad promedio de 16 años. El estudio fue de tipo observacional, prospectivo y transversal efectuado durante marzo de 2006. Se utilizó la escala de Birlson y el instrumento FACES III teniendo como resultados que la frecuencia de depresión fue de 29.8% siendo mayor en las mujeres (42.2%). En los adolescentes con depresión se observó con más frecuencia la familia rígidamente dispersa mientras que en los adolescentes sin depresión fueron más comunes las familias flexiblemente aglutinadas, las estructuralmente aglutinadas y las rígidamente aglutinadas. Los autores afirman que existe una asociación entre el tipo de familia rígidamente dispersa y la depresión, por la calidad del estudio no se puede encontrar una relación causa- efecto.

Tanto en la investigación de Zapata y cols. (2007) como el estudio de Cogollo y cols. (2009) indican que no se encontró relación significativa en las variables; no obstante, en las investigaciones dadas por Álvarez y cols. (2009) y Leyva y cols. (2007), se encuentra cierta

asociación entre ellas de acuerdo a cada tipo de investigación. Asimismo, en investigaciones que tratan el tema de depresión en adolescentes suelen informar que uno de los factores a tomar en cuenta es la funcionalidad familiar, por otro lado, cuando se estudia la disfuncionalidad familiar en adolescentes, también se tiende a mencionar conductas asociadas con rasgos depresivos en ellos sin llegar a definir una asociación directa sino resaltando que ambas variables siguen siendo de interés para el contexto en que el adolescente se desarrolla.

Para la presente investigación, estos antecedentes internacionales, son parte del interés de conocer como se da la relación entre dichas variables en el contexto nacional.

2.1.2. Investigaciones nacionales. En cuanto a la funcionalidad familiar se han encontrado los siguientes estudios:

Ferreira (2003) realizó un estudio interesante sobre el sistema de interacción familiar asociado a la autoestima de menores en situación de abandono moral o prostitución. La población estuvo constituida por menores víctimas de abandono moral y prostitución que procedían de las comisarías de La Victoria, San Juan de Lurigancho y Cercado de Lima, también de clubes nocturnos y calles de Cercado de Lima que eran cubiertas por la ONG INPPARES; su muestra inicial estuvo constituida por 293 niñas y la muestra final quedó conformada por 80 niñas en abandono moral y 80 niñas sin abandono moral. Se utilizaron los siguientes instrumentos: La ficha de datos demográficos, Cuestionario FACES III de Olson y el Cuestionario de Autoestima Coopersmith. En sus resultados obtuvo que el grupo sin abandono moral presentaba una relación familiar más adecuada tanto en cohesión y adaptabilidad, así como un buen nivel de autoestima. La autora comenta que, si la estructura familiar no es saludable ejercerá una influencia negativa y nociva, caracterizada por el temor y el desarrollo atípico, lo cual significa que la familia se constituye en la principal fuente de conocimiento, valores, actitudes, roles y hábitos que se transmiten de una generación a otra. En este estudio se aprecia que los menores en situación de abandono moral, prevalece dentro del tipo de familia extrema y en los menores sin abandono moral predomina el tipo de familia balanceada y medio. Esta tendencia de las familias de los menores en situación de

abandono moral se ubica en las categorías extremas, según Olson (1984) estas familias de rango extremo tanto en las dimensiones de cohesión como adaptabilidad, tienen una tendencia a ser rígidas con liderazgo autoritario y una disciplina estricta, y en la que rara vez se combina los roles. Son familias que demuestran poca cercanía emocional entre sus miembros o una extrema cercanía emocional con alta dependencia y lealtad, lo que ocasiona muchas veces a una baja autoestima en los adolescentes, llegando a incurrir en estado depresivo en algunos casos.

Condori (2002) estudió el funcionamiento familiar y las situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitana. Investigó en una muestra de 514 menores infractores y no infractores elegidos de forma intencional por muestreo no probabilístico. Utilizó el FACES III y el F-COPES que evalúan funcionamiento familiar y respuesta ante las situaciones de crisis; ambos instrumentos se basan en el modelo circunflejo de Olson. Los resultados revelan la existencia de diferencias significativas entre los menores infractores y no infractores, principalmente en la relación entre el tipo de familia y sus respuestas ante las situaciones de crisis. Esta asociación entre el tipo de funcionamiento familiar y las respuestas ante situaciones de crisis, se da en algunas categorías muy puntuales como: El tipo Familiar Balanceado, la satisfacción familiar, satisfacción en cohesión y satisfacción en adaptabilidad; el Funcionamiento Familiar Real: Conectado-Flexible, Separado-Rígido, Conectado-Caótico, Amalgamado-Caótico; y el Funcionamiento Familiar Ideal: Conectado-Estructurado, Conectado-Caótico, Desligado-Rígido. Y las respuestas ante las crisis como la Movilización familiar y el Apoyo espiritual, que son los más marcados, junto con todo lo anteriormente mencionado hacia el lado de los menores infractores. El investigador comenta que no siempre es propio de un modelo de vida del individuo un determinado tipo de familia (entre los 16 tipos que postula Olson) y la posibilidad de conductas desadaptativas tiende a ser similar en cualquier tipo de familia; no obstante es importante reconocer que la funcionalidad familiar como un conjunto de dimensiones es la base principal para la buena formación del menor y el desarrollo de su estabilidad emocional.

Zavala (2001) estudió el clima familiar en relación con los intereses vocacionales y los tipos caracterológicos de los alumnos. Trabajó en una muestra de 286 alumnos de 5to de secundaria pertenecientes a 11 colegios de gestión estatal en el Rímac, de condición socioeconómica baja, de

edades comprendidas entre 15 y 17 años, de ambos sexos y seleccionados mediante el método de muestreo aleatorio simple o al azar. Utilizó la Escala del Clima Social en la Familia (FES) de Moss y Trickett, El Cuestionario Caracterológico de Berger y el Inventario de Intereses Vocacionales y Ocupacionales 83-R91. Como resultado encontró que definitivamente las características socio-ambientales y las relaciones personales dentro de la familia influyen considerablemente en la formación y consideración de los intereses vocacionales de los estudiantes evaluados. El autor concluye que un hogar bien cohesionado y organizado, donde se proporciona un ambiente que invita a la independencia, a la toma de las propias decisiones; en donde existen el orden, la disciplina, e intereses que motivan al estudio, los adolescentes encontrarán un clima que les permita planear su vida a futuro y anhelos de superación, en lugar de inseguridad desconcierto y despreocupación.

Huerta (1999) realizó un estudio de la influencia de la familia y/o los pares hacia el consumo de alcohol y la percepción de violencia en adolescentes de condición socioeconómica baja. Trabajó con una muestra de 384 adolescentes, varones y mujeres de 4to y 5to de secundaria que asisten a colegios estatales de Villa María del Triunfo. Utilizó los siguientes instrumentos: Escala de Adaptabilidad y Cohesión de Olson, Escala de Comunicación Familiar de Olson, Pertenencia de Pares (Cuestionario de datos), Escala de Percepción de la Violencia (EPV) y la Encuesta para Consumo de Alcohol. Se contrastó a través de análisis multivariable, que el tipo de familia, los niveles de comunicación familiar y el grupo de pares influye en el consumo de alcohol y en la percepción de la violencia, lo cual coincide con otras investigaciones (Ugarriza, citada por Huertas, 1999) donde se encontraron que el funcionamiento familiar percibido por los adolescentes era aglutinado y caótico. Los adolescentes con problemas de comunicación familiar tienen adaptabilidad rígida y falta o excesiva cohesión afectando el desenvolvimiento y ajuste emocional de los adolescentes.

Los estudios referentes a depresión en adolescentes, relacionados con esta investigación, son los siguientes:

Idelfonso (2002) realizó un estudio de todos los casos de intento de suicidio en Emergencia Pediátrica del Hospital Sergio Bernales, en pacientes menores de 15 años de edad, desde 1990 hasta 2002. La investigación es descriptiva-explicativa y recaba información de 224 casos que residen en Lima Norte (Comas, Carabayllo y parte de Independencia, Los Olivos y Puente piedra). Los resultados más relevantes indican que a partir de los 8 años se reportaron los casos de intento de suicidio, predominantemente en mujeres (69.20%), las intoxicaciones por órganos fosforados fueron muy frecuentes (59.40%) y los problemas de familia fueron las causas más frecuentes (80.65%). El autor concluye que los factores ambientales son más frecuentes e importantes que los factores psicopatológicos. Entre los factores ambientales, predominan los problemas en la familia. La presente investigación, busca encontrar resultados que puedan correlacionarse con los encontrados por Idelfonso teniendo en cuenta que la muestra estudiada se asemeja a la de esta investigación.

Novoa (2002) realizó un estudio exploratorio del nivel de depresión en niños y adolescentes de 8 a 16 años con maltrato infantil en Lima Sur. La muestra estuvo conformada por 80 niños y adolescentes de ambos sexos y que asistieron al Módulo de Atención al Maltrato Infantil (MAMIS), de Lima Sur. Se utilizó el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS). En los resultados se obtuvo que los niños y adolescentes víctimas de maltrato infantil presentaron puntajes altos depresivos según el CDS, lo que indica la presencia de depresión en el niño y adolescente víctima de cualquier tipo de maltrato (emocional, físico, sexual o negligencia). Es importante puntualizar que en la etiología del maltrato infantil se detallan 3 factores de riesgo principales, de los cuales el factor familiar es la causa más común de maltrato a los hijos, como por ejemplo, familias numerosas que tienen carencia de algún elemento básico para la sobrevivencia, desintegración familiar, etc.; lo cual ocasiona en el menor un estado emocional de abatimiento, tristeza, sentimiento de culpa, soledad, etc. Indicadores de un cuadro depresivo.

2.2 Bases Teórico Científicas

2.2.1 La familia:

a. Definición. Las definiciones de familia son diversas y van a variar de acuerdo a los planteamientos epistemológicos del investigador, el contexto sociocultural, etc. Para la investigación se han tomado como referentes las siguientes:

Broderick, citado por Navarro y cols., (1997, p. 13) refiere que la familia es como: “un sistema social abierto, dinámico, dirigido a metas y autorregulado. Además, ciertas facetas –tales como su estructuración única de género y generación- lo diferencian de otros sistemas sociales. Más allá de esto, cada sistema individual familiar está configurado por sus propias facetas estructurales particulares (tamaño, complejidad, composición, estadio vital), las características psicobiológicas de sus miembros individuales (edad, género, fertilidad, salud, temperamento, etc.) y su posición sociocultural e histórica en su entorno más amplio.”

CEDRO (1994, citado por Camacho, 2002) define a la familia como “un modo de organización en el que dos o más personas, que viven juntas y se relacionan, unas con otras, comparten sentimientos, responsabilidades, información, costumbres, valores, mitos y creencias. Cada miembro desempeña cierta función que permite mantener el equilibrio de esta organización.” (p. 50)

Moos, citado en Kemper (2000) formula el concepto de familia como un grupo natural que en el curso del tiempo elabora sus propias pautas de interacción, para constituir la estructura familiar y el funcionamiento de sus miembros, delimita las conductas y facilita la intercomunicación. Enfatiza en que la familia se organiza en una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, apoyar la individualización y proporcionar sentimientos de pertenencia.

b. Tipos de familia. Papalia (citada por Camacho 2002), definió la familia por su composición de en 4 tipos: Familia nuclear (Conformada por padres e hijos), familia compuesta (Conformada por

padres, hijos y abuelos), familia extensa (Conformada por padres, hijos, abuelos, tíos, etc.) y familia monoparental (Conformada por madre o padre solo con hijos).

Por otra parte Navarro y cols., (2007) plantean la existencia de tipologías familiares que giran en torno a la distribución de las tareas asignadas a los miembros, los roles familiares, las estructuras de poder y el funcionamiento familiar. A nivel mundial las familias son diferentes por factores socio culturales como la esperanza de vida, los niveles de educación, el rol de la mujer en el mundo laboral, etc.; todo ello influye en la formación de familias, por ello en estas épocas la mayoría de familias no mantienen un estilo nuclear y existe diversidad; planteando tipos de familia: Familia nuclear (Conformada por varón y mujer unidos en matrimonio, y sus hijos); es cada vez menos frecuentes en países occidentales), la cohabitación (Convivencia de pareja unida por lazos afectivos pero sin vínculo legal, a veces este tipo de familia antecede al matrimonio), hogares unipersonales (Hogares compuestos por una sola persona sea soltero, separado, divorciado ó viudo), familia monoparentales (Constituida por una madre ó un padre con al menos un hijo, el padre o madre debe no estar viviendo en pareja, incluso puede vivir con amigos o sus propios padres) y familias reconstituidas (Es el tipo de familia más frecuente y es la familia que rota después de un divorcio y se rehace con el padre o la madre que tiene a cargo los hijos y su nuevo cónyuge).

c. Funciones de la familia. Es en el ambiente familiar donde se obtienen los primeros conocimientos sobre la vida, los sentimientos de amor, la confianza en sí mismo y el aprecio por los demás. La vida familiar es el pilar del desarrollo individual, pues los hijos adquieren las creencias, los valores, las costumbres que serán la pauta de su comportamiento a lo largo de su vida (Mendoza, 1993, citado por Zarate, 2003, p. 42); considera a la familia una matriz social, porque en ella se produce el nacimiento físico y psicológico del individuo, construye su identidad y se afirma, configura su personalidad y socializa a la persona, además de ello se le incorporan los mecanismos de adaptación necesarios para que se integre a la sociedad y a la cultura.

Shaffer (2000) desde un punto de vista psicosocial, explica que las familias proporcionan apoyos sociales y emocionales que ayudan a sus miembros a afrontar las crisis, por ello se dice que las funciones reconocidas en forma más amplia y universales de la familia son el cuidado y entrenamiento que proporcionan los padres y otros miembros de la familia a sus pequeños. Los acontecimientos en los primeros años son importantes para el desarrollo social, emocional e intelectual del niño, es acertado pensar en la familia como un instrumento primario de socialización.

Camacho (2002) refiere que la familia es la unidad social más pequeña de la sociedad pero la más relevante por su rol en el desarrollo y ajuste social- psicológico del individuo; a través de su función socializadora educativa y de prevención de conductas de riesgo. Así mismo Navarro y cols., (2007) agregan que, la familia también cumple funciones que le permiten garantizar supervivencia y perpetuación de la cultura en la sociedad, siendo sus funciones principales las siguientes:

c.1 Desarrollo de la identidad. Las primeras personas que inculcan y enseñan el autoconocimiento, la autovaloración y la formación de un buen nivel de autoestima en los hijos, son los padres. Se conoce que una autoestima adecuada en los miembros de una familia es reflejo de buen clima familiar, basada en comunicación y cohesión familiar (Ferreira, 2003). Todo indica que la familia tiene un rol vital en la formación del niño y el adolescente en cuanto a su personalidad, la misión de los padres o apoderados de los menores en el hogar implica orientarlos para evitar malas conductas, bajo rendimiento académico y mayor seguridad para tomar decisiones y no hacer en problemas sociales como la drogadicción, pandillaje, etc.

c.2. Agente de Socialización. La familia es el primer agente socializador de los hijos (Navarro y cols., 2007). Desde que la madre está en periodo de embarazo inicia la comunicación del menor con ella a través de las sensaciones, luego al nacer y crecer los primeros en enseñarle a comunicarse son los padres y las personas que conviven con él en el hogar. Cada familia va transmitiendo a los menores el lenguaje, los elementos culturales del medio en que se desenvuelve, valores y principios, etc.

Si bien es cierto que la primera instancia en la socialización del menor la dan los padres, todo adulto que pertenece a una familia aprende nuevos roles y se adapta junto a los hijos a asumir nuevos roles.

Así como los miembros de una familia comparten valores, costumbres, principios, etc. También existen aquellas familias que no basan su educación en normas y su estilo de formación se torna permisivo, lo que genera malos comportamientos en niños y adolescentes pudiendo convertirse en personas de mal vivir.

Camacho (2002), la familia constituye el medio a través del cual cada niño internaliza el concepto de sociedad y cultura, a través de la educación, el apoyo, la guía, la cohesión que aquella le proporciona.

c.3 Agente de protección y apoyo. La familia como agrupación de seres humanos unidos por vínculos afectivos, tiene un rol importante en la vida de cada persona ya que la interrelación entre los miembros está basada en sentimientos de apego y amor. Toda función de la familia (biológica, psicológica, económica y educativa) tiene como base los lazos afectivos entre sus miembros (Parra, citada por Kemper, 2000).

Cuando una pareja acepta a los hijos como suyos y les brinda apoyo, orientación y guía constante, expresado en afecto empatía y comprensión incondicional genera confianza en los hijos y sentimiento de pertenencia al hogar. En cambio, en hogares donde los padres demuestran rechazo a los hijos a través de sus actos y no reflejan protección hacia ellos, es difícil que los menores construyan una buena imagen de sí mismos.

d. La familia peruana. El Instituto Cuanto en apoyo con la UNICEF realizó un estudio estadístico en el año 1994 sobre los factores que influyen y determinan en mayor medida el bienestar de la familia peruana.

Para la ejecución de dicha investigación se valieron de la metodología ENNIV (Encuestas de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida) desarrollada por el Banco Mundial. Se tomaron encuestas en 1985-86, 1991 y 1994 a nivel nacional y en 1990 sólo para Lima Metropolitana. En el

año de 1994 se recogió información de 3,623 hogares de acuerdo a variables como: Características de los miembros del hogar, vivienda, educación, salud, actividad económica, migración, etc.

De la cantidad de datos recogidos puntualizó en dos estadísticos importantes:

d.1. *El bienestar familiar depende en mayor grado del ingreso que recibe el jefe de hogar.* En la investigación se contó con el ingreso total del hogar y se tomó la ocupación del jefe de hogar como una clasificación que evidenciaba una marcada diferencia en el ingreso per cápita de un jefe de familia que era empleado, uno que era trabajador independiente no agrícola, el que era trabajador independiente agrícola y quien era obrero, siendo este último quien, mayormente, vivía en extrema pobreza.

d.2. *En el ámbito nacional, el 93% de la PEA de 15 a más años de edad se encuentra ocupada.* Existía una población bastante significativa que ingresaba tempranamente a la PEA, a raíz de los problemas económicos que se agudizaban en el hogar. En dicha investigación los niños trabajadores, desde 6 hasta los 14 años de edad, llegaron a un total de 815 mil a nivel nacional.

Lo anterior son sólo algunas de las características que se observan en el contexto actual, contexto en el que la familia peruana se desenvuelve y lamentablemente tienden a ser factores predisponentes de cualquier disfuncionalidad en la familia.

El adolescente como parte de una familia, vive y absorbe la influencia de los problemas económicos y sociales que atañen a su familia, por ello la importancia de que la familia sea capaz de adaptarse a los cambios, de mantenerse cohesionada a pesar de ello y de tener la comunicación como el instrumento más importante dentro de su funcionalidad.

El contexto familiar se desarrolla dentro del ámbito social, por lo cual es de vital importancia que pueda irse adaptando a los cambios, tanto en el medio como en las etapas de crecimiento de los hijos, así mismo el nivel de cohesión irá oscilando de acuerdo al estilo de comunicación e interrelación entre sus miembros. Cuando la familia no mantiene un equilibrio entre estas dimensiones, los conflictos comienzan a acentuarse llegando a minimizar su rol principal de protección para convertirse en un factor de riesgo para los miembros y desencadenando en ellos problemas en cuanto a salud mental.

La disfunción familiar influye en la génesis de problemas psicosociales en la adolescencia, la delincuencia, los intentos de suicidio, los trastornos de conducta, depresión, etc., son problemas que atañen a jóvenes que están predispuestos a incurrir en ellos por falta de estabilidad emocional y muchas veces en producto de la disfuncionalidad en sus familias. Saad de Janon y Saad de Janon, (2003) indican que las depresiones en adolescentes, de determinada edad, procedencia y nivel académico, son más frecuentes cuando provienen de familias disfuncionales que en aquellos con límites familiares claros.

Por lo anterior, es importante indagar sobre el nivel de funcionalidad familiar en los adolescentes y conocer en que medida se relaciona con los problemas psicosociales que manifiestan al asistir a consulta psicológica.

2.2.2 La adolescencia:

a. Definición y características. Camacho (2002) define adolescencia como el periodo de transición entre la niñez y la etapa adulta, donde el sujeto atraviesa cambios profundos en el área fisiológica, social y psicológica: Estos cambios tendrán trascendencia en su adaptación psicológica y social como adulto.

Papalia (citada por Camacho, 2002), refiere que la adolescencia empieza generalmente entre los 12 y 13 años de edad con el ímpetu de la pubertad, pero que se consolida por los factores sociales y emocionales que percibe el individuo.

Parra (2007) considera que por tener diversos cambios a todo nivel la adolescencia no debe catalogarse como un periodo unitario y homogéneo, sino un conjunto de fases por las cuales la persona va formando identidad y personalidad. Por ello existen 3 fases a las que se hace frente: La adolescencia inicial, la adolescencia media y la adolescencia tardía.

La adolescencia inicial, comprende desde la pubertad hasta los 13 o 14 años. Es la fase en la que se despierta la necesidad de interrelacionarse entre compañeros del mismo sexo y el sexo opuesto, con la finalidad de validar su autoconocimiento y valorarse (Camacho, 2002). Ello coincide el proceso de aceptación de su apariencia física, por cambios hormonales, fisiológicos y

morfológicos distintos entre varones y mujeres, los cuales tiene influencia psicológica en las personas relacionado a su autoestima. Coleman y Hendy (citados por Parra, 2007) indican que las mujeres son las más afectadas en esta primera etapa de adolescencia mostrando más irritabilidad, estados depresivos y menos satisfacción de su aspecto físico ya que el aumento de masa corporal que implica la madurez femenina, no esta en relación con los patrones de belleza actuales; mientras que los varones mantiene un estado de ánimo positivo y mejor autoestima. Shaffer (2000) comenta que es esta etapa en la cual el conflicto interno del adolescente consigo mismo ocasiona que aumenten las diferencias y problemas con los padres ya que ellos aún continúan brindándole protección y afecto para demostrarles que son aceptados por sus padres.

La adolescencia media, se caracteriza por la curiosidad de experimentar sensaciones de índole sexual y al mismo tiempo empieza el deseo de ganar autonomía emocional. Las señoritas y jóvenes comienzan a sentir la necesidad de sentir fuerza emocional en lugar de depender infantilmente de los padres, la necesidad de tomar decisiones propias en temas personales y cuidar de sí mismos Steinberg (1996, citado por Shaffer, 2000). En efecto los adolescentes en esta etapa intentan marcar su independencia para afrontar retos por sí mismos pero aún necesitan depender emocionalmente de sus padres, así mismo los padres al ver que los jóvenes exigen igualdad en el trato, proponen soluciones más elaboradas y demandan “controlar sus vidas”, supervisan más el comportamiento pero de forma indirecta para que evitar que se rebelen. Cuando las familias no realizan este control y exceden en el mismo se cae en malas relaciones con los hijos y ellos pueden adoptar conductas poco asertivas buscando apego y confianza con los amigos, y personas externas a la familia.

La adolescencia tardía, es la etapa en la cual las relaciones interpersonales se tornan más profundas dado a que el adolescente ha evolucionado en el criterio para elegir con autonomía en base a valores y principios aprendidos (Camacho, 2002). Es común ver que el deseo de independencia empieza primero en las mujeres.

Definitivamente los cambios que debe afrontar el adolescente crea un ambiente tenso con los padres y al mismo tiempo una predisposición a problemas emocionales, pero si el clima familiar se

torna negativo y conflictivo en lugar de reflejar aceptación y sensibilidad, los problemas se agudizan.

b. Los problemas internos y externos del adolescente. Los problemas internos del adolescente están relacionados con sus emociones y la expresión de las mismas. El aumento de la producción de hormonas altera el ánimo y el humor del adolescente; situación que es conocida por todos – sobre todo por los padres- y la que más se asocia con la etapa. Además de ellos la relación entre el incremento de hormonas sexuales, el deseo y la actividad sexual los motiva a satisfacer la necesidad de relacionarse con personas del sexo opuesto e interactuar, para ello el adolescente busca tener independencia en su elección de amistades y busca un propio espacio; lo que genera mayor control y atención de los padres. Esto supone que habría más incidencias de disputas y conflictos familiares por el estrés que atraviesan los adolescentes, sin embargo existen otros factores que pueden ser desencadenantes de conflicto como la falta de cohesión y comunicación o la resistencia de los padres para aceptar que los hijos empiezan a crecer (Olivia y Parra. citados por Arranz, 2004, Barna y cols., 1986).

Parra (2007) comenta que los cambios que afronta el adolescente pueden relacionarse con trastornos como la depresión mayor y existen diversas investigaciones al respecto por los casos de suicidios, intentos de suicidios y conductas relacionadas con el desequilibrio emocional. Estudios españoles indican que existe mayor tendencia a desencadenar trastornos de ansiedad antes que trastornos depresivos, encontraron en una investigación que el 4% de adolescentes con depresión mayor está entre los 12 y 19 años mientras que el 9% está entre los 18 años. El autor también señala que estudios estadounidenses indican lo contrario, que el porcentaje de jóvenes que tuvieron trastornos depresivos ascienden a 25% de una población y el porcentaje aumenta a medida que la edad avanza, siendo las mujeres las más afectadas.

Por lo mencionado no existe un patrón definido en temas de trastornos psicológicos dentro de la adolescencia ya que el contexto sociocultural tiene gran influencia. Lo que sí tiene coherencia y lo demuestran las investigaciones es que las mujeres tienen más predisposición a desarrollarlos y el porcentaje de incidencia crece conforme avanza la edad también (Parra, 2007).

La sensibilidad que demuestran los adolescentes puede tener sus causas en factores genéticos (temperamento), la alteración hormonal explicada líneas arriba o estilos cognitivos disfuncionales que ponen más vulnerable a la persona. A ello se suma el estereotipo de la etapa, catalogando a los jóvenes como problemáticos y en muchas ocasiones predisponiendo a los padres a las discusiones y debates sobre la forma en que la familia debe tomar esta etapa de los hijos. Las relaciones familiares se pueden tornar tensas cuando los hijos están en etapa adolescente, sea porque ellos presentan las características mencionadas anteriormente, porque ya existían problemas conyugales que afectan el bienestar familiar, influencia de amistades, etc. La dinámica es bidireccional y lo que plantean los investigadores es basar la el afrontamiento de estrés en la comunicación. (Oliva y Parra citado por Arranz, 2004)

Los problemas externos que pueden afectar el desarrollo del adolescente están relacionados con factores de riesgo que evidencian una mala conducta, Parra (2007), investigó acerca de la conducta de adolescentes y diferencias por género, llegando a la conclusión de que no existe más o menos incidencia en problemas de conducta entre hombre y mujer, lo que se observa es que hay más prejuicios para considerar a los varones problemáticos en su comportamiento antes que a las mujeres.

Los problemas psicosociales que más atañen al adolescente son el pandillaje, consumo de drogas y alcohol; se sabe que los focos de inicio de estas complicaciones parten de crisis en la familia y algunos indicadores de ellos son los trastornos emocionales, la deserción escolar por bajo rendimiento y la frustración, la baja autoestima por influencia de muchos factores internos y familiares, la sobre protección, entre otras situaciones.

c. *El adolescente como parte de la familia.* Barna y cols. (1986) explican que la adolescencia es un periodo entre los 10 y 19 años de vida y en el que los cambios biológicos de la pubertad inician una readecuación psicológica, en el cual el adolescente pasa a separarse más claramente de su familia y a plantearse preguntas acerca de su identidad. Erikson (1986, citado por Barna y cols., 1996) define esta readecuación como el sentido de continuidad y estabilidad de la persona a lo largo del tiempo, esto se consolida a través de la elección vocacional y de pareja, si no se llega a

consolidar existe el síndrome de difusión de identidad, lo cual genera que las llamadas “crisis de adolescencia” y las “brechas generacionales” sean más evidentes.

La adolescencia es una etapa llena de cambios no sólo para quien la vive sino también para la familia de la que es parte (Maccobby y Martín, 1983, citados por Zarate, 2003), a pesar del deseo adolescente de liberarse de la autoridad y del control adulto, la mayoría de los jóvenes reportan un deseo de mantener una relación cercana con sus padres.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2003) en la Sesión Especial por la Infancia, en el art. N° 15, refiere lo siguiente: “La familia es la unidad básica de la sociedad y, como tal, debe reforzarse. La familia tiene derecho a recibir una protección y apoyo completo. *La responsabilidad primordial de la protección, la educación y el desarrollo de los niños incumbe a la familia (...)*” (p. 1)

Pinto y cols. (2003) explican que la familia tiene como tarea preparar a sus miembros para enfrentar cambios (crisis) que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones estructurales y funcionales. Las crisis se derivan de cualquier situación de cambio que signifique contradicción y que requiera modificaciones.

La adolescencia es un periodo especial para los miembros de la familia en que existe inestabilidad debido a los importantes cambios para el hijo o hija así como para los padres. Oliva y Parra (citados por Arranz, 2004) comentan que durante la adolescencia se produce un empeoramiento de la comunicación y un aumento de los conflictos entre padres e hijos, lo cual tiene un mayor impacto emocional y afecta más negativamente a los padres que a los propios hijos debido a que son situaciones de riña constante.

Las investigaciones ponen de manifiesto que la familia sigue siendo un contexto fundamental para el desarrollo positivo de las y los adolescentes. Al margen de los valores y costumbres culturales de cada familia, las características principales para fomentar un clima familiar saludable son el afecto y el apoyo en conexión con un control y monitorización adecuados según la edad del adolescente para fomentar autonomía en su desenvolvimiento personal. Además de ello es indispensable la comunicación asertiva, por medio de la cual se establezcan normas de convivencia

y límites justos para que los hijos se sientan libres y autónomos en su toma de decisiones (Olivia y Parra, citados por Arranz, 2004, p. 122).

c. La familia como sistema social. Existen diversos modos de enfocar la noción de familia, Barna y cols. (1986) refieren que la familia es el componente de la estructura social sobre el cual las personas sienten que poseen experiencias y vivencias más directas y claras, de ello se entiende que gran parte de los recursos que el individuo dispone para definir su mundo proviene de la familia y dichos recursos son de dos tipos: Personas y símbolos; las personas son los parientes o los que se perciben como tales y los símbolos se expresan en lealtades, obligaciones, historias compartidas y sentido de pertenencia; con todo ello el individuo logra satisfacer necesidades sociales y psicológicas esenciales.

Shaffer (2000) toma la familia como un sistema social complejo, es decir, redes de relaciones recíprocas y alianzas que evolucionan en forma constante y son afectadas en gran medida por la comunidad y por influencias culturales.

Dentro de estos sistemas existe el efecto directo de la relación madre-hijo y el efecto indirecto, dado por el padre cuando entra en la dinámica de la madre con el hijo. Cuando la madre tiene un matrimonio feliz manteniendo una relación íntima con el esposo, tienden a interactuar con mucha mayor paciencia y sensibilidad con sus bebés, en cambio las madres que experimentan tensión matrimonial, sienten que están criando a los bebés ellas solas (Cox, 1989, citado por Shaffer, 2000).

d. La funcionalidad familiar: El Modelo Circumplejo de Olson. Olson (citado por Sotil y Quintana, 2003 y Condori, 2002), realizó diversas investigaciones para describir y medir la dinámica familiar, es así que construye el Modelo Circumplejo donde plantea tres dimensiones centrales del comportamiento familiar: Cohesión, adaptabilidad y comunicación.

La cohesión: Se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí. La cohesión familiar evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella. Dentro del modelo circumplejo, los conceptos específicos para medir y

diagnosticar la dimensión de cohesión familiar son: La vinculación emocional, los límites, las coaliciones, el tiempo, el espacio, los amigos, la toma de decisiones, el interés y las recreaciones.

La adaptabilidad familiar: Tiene que ver con la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar. Se define como la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo. Los conceptos específicos para diagnosticar y medir la dimensión de adaptabilidad son el poder en la familia (asertividad, control, disciplina), el estilo de negociación, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones.

La comunicación familiar: Facilita el movimiento en las dimensiones de la cohesión y adaptabilidad. La comunicación familiar es un proceso interactivo en el que la comunicación es siempre una acción conjunta. Para el análisis, interesa más la forma y el contexto en que la comunicación actúa. Las habilidades de comunicación positiva, tales como empatía, escucha reflexiva y comentarios de apoyo permiten a las familias compartir entre sí sus necesidades y preferencias cambiantes en relación con la cohesión y la adaptabilidad. Las habilidades negativas tales como el doble mensaje, los dobles vínculos y la crítica, disminuyen la habilidad para compartir los sentimientos y restringen por lo tanto la movilidad de la familia en las otras dimensiones.

Olson (citado por Ferreira, 2003) considera que la interacción de la dimensión de cohesión y adaptabilidad condiciona el funcionamiento familiar. Cada una de estas dimensiones tiene 4 rasgos y su correlación determina 16 tipos de familias, integradas en tres niveles de funcionamiento familiar:

d.1 La dimensión de cohesión tiene dos componentes, el vínculo emocional de los miembros de la familia y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia. Lo que determina cuatro niveles:

d.1.1. Dispersa: Extrema separación emocional, falta de lealtad familiar, se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, la correspondencia afectiva es infrecuente entre sus miembros, hay falta de cercanía parento-filial, predomina la separación personal, rara vez pasan el tiempo juntos, necesidad y preferencia por espacios separados, se toman las decisiones

independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales, la recreación se lleva a cabo individualmente.

d.1.2. Conectada: Hay cercanía emocional, la lealtad familiar es esperada, se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros con cercanía parento-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que se pasa junto es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefieren los intereses comunes, se prefieren la recreación compartida que la individual.

d.1.3. Aglutinada: Cercanía emocional extrema, se demanda lealtad hacia la familia, el involucramiento es altamente simbiótico, los miembros de la familia dependen mucho unos de otros, se expresa la dependencia afectiva, hay extrema relatividad emocional, se dan coaliciones parento-filiales, hay falta de límites generacionales, hay falta de separación personal, la mayor parte del tiempo lo pasan juntos, se permite poco tiempo y espacio probado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia a los personales, los intereses conjuntos se dan por mandato.

d.1.4 Separada: Hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva, los límites parento-filiales son claros con cierta cercanía entre padres e hijos realienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero se pasa parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posibles tomarlas en conjunto, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses son distintos, la recreación se lleva a cabo más separada que en forma compartida,

d.2. La dimensión de adaptabilidad es la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo. Para que exista un buen sistema de adaptación se requiere un balance entre cambios y estabilidad. El desplazamiento entre alta y baja adaptabilidad determina cuatro tipos:

d.2.1. Caótica: Liderazgo limitado y/o ineficaz, las disciplinas son muy poco severas e inconsistentes en sus consecuencias, las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones, existe alternativa e inversión en los mismos, frecuentes cambios en las reglas que se hacen cumplir inconsistentemente

d.2.2. Estructurada: En principio el liderazgo es autoritario siendo algunas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa siendo predecible sus consecuencias, es un tanto democrática, los padres toman las decisiones, las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian

d.2.3. Rígida: El liderazgo es autoritario existiendo fuerte control parental, la disciplina es estricta y rígida mientras que su aplicación severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente no existiendo posibilidad de cambio.

d.2.4 Flexible: El liderazgo es igualitario y permite cambios, la disciplina es algo severa negociándose sus consecuencias, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian.

Ferreira (2003) explica que, la correlación entre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, determina 3 niveles de funcionamiento familiar:

a. El modo o rango de familia balanceado o equilibrado. De acuerdo al modelo circunplejo es el más adecuado y corresponde a las familias resultantes de la combinación de los siguientes grados de adaptabilidad y cohesión. Flexiblemente separada, flexiblemente conectada, estructuralmente separada y estructuralmente conectada.

b. El modo o rango de familia medio o moderado. Corresponde a las familias resultantes de la combinación de los siguientes grados de adaptabilidad y cohesión: Caóticamente separada, caóticamente conectada, flexiblemente dispersa, flexiblemente aglutinada, estructuralmente dispersa, estructuralmente aglutinada, rígidamente separada y rígidamente conectada.

c. El modo o rango de familia extremo. De acuerdo al modelo circunflejo es el menos adecuado y corresponde a las familias resultantes de la combinación de los siguientes grados de adaptabilidad y

cohesión: Caóticamente dispersa, caóticamente aglutinada, rígidamente dispersa y rígidamente aglutinada.

Olivia y Parra (citados por Arranz, 2004), todo adolescente afronta cambios tanto físicos como psicológicos con el objetivo de construir su propia identidad personal. Esta etapa de cambio no sólo es para los jóvenes del hogar sino también para los padres, ya que necesitan evolucionar e ir adaptándose a la nueva etapa de los hijos. Los conflictos familiares se originarían fundamentalmente en la discrepancia entre las distintas necesidades u objetivos que se plantean padres y adolescentes, sin desmerecer el contexto sociocultural en el que viven. Por esta razón es importante indagar sobre la funcionalidad familiar que perciben los adolescentes y en que medida el afrontamiento a los cambios esta siendo favorable para él o está incurriendo en problemas psicológicos que lo limitan en su desarrollo.

2.2.5 La depresión

a. Definición y signos característicos. Novoa (2002) define la depresión como un estado emocional de abatimiento, tristeza, sentimiento de indignidad y de culpa. La misma que lleva a sentir soledad, pérdida de motivación, retraso motor y fatiga. Ello puede convertirse en trastorno psicótico donde el individuo se queda incapacitado para actuar normalmente.

La Organización Mundial de la Salud publicó la Clasificación Internacional de de Enfermedades versión 10, CIE-10 (1992) donde se explica que, la depresión se caracteriza por la aparición de humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, la disminución de la vitalidad y por ende la reducción de actividad, disminución de la atención y concentración, pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad, ideas de culpa o sentimiento de inutilidad, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas, trastornos del sueño y pérdida de apetito. Así mismo indica que existen tres formas de depresión: Leve, moderada y grave; y la presentación clínica puede ser distinta en cada tipo y en cada individuo pues existen síntomas enmascarados a través de la irritabilidad, comportamiento histriónico, consumo excesivo de alcohol y síntomas obsesivos preexistentes.

Según Novoa (2002) la depresión es una de las enfermedades más comunes a la que están sujetas las personas. La depresión puede ser un signo, síndrome o trastorno. Como signo la depresión se desarrolla en forma de aspecto triste (disforia) mientras que la depresión como síntoma es más intensa y prolongada e interfiere en la adaptación del individuo y algunos síntomas son el exceso en el dormir, el cambio en los hábitos alimenticios, incluso la conducta delictiva (como el hurto) pueden ser signos de depresión. Otro síntoma común de la depresión es una obsesión con la muerte, que puede tomar la forma ya sea de pensamientos suicidas o temores acerca de la muerte y del mismo hecho de morir.

b. Enfoques teóricos y explicativos de la depresión. A lo largo de la historia se han desarrollado tres modelos claves para explicar la depresión: Modelo psicodinámico, modelo cognitivo y modelo del procesamiento de información. A continuación se describen brevemente estos modelos:

b.1 Modelo psicodinámico. Los estudios sobre la depresión inician desde la antigua Grecia donde Hipócrates resaltó el concepto de melancolía y lo asoció con el individuo reprimido, años más tarde (1915) Freud plantearía en la publicación *Duelo y Melancolía* las diferencias entre la pérdida consciente que es real y evidencia duelo, y la pérdida inconsciente relacionada con la melancolía. Estos conceptos básicos permiten saber en que momento se está frente a un estado de depresión por una pérdida evidente y la persona entra en duelo natural, y en que momento los signos de tristeza entre otros se basan en una disminución de amor propio que se transforma en melancolía (Ávila, 1990 y Pelayo, 2009).

Ávila (1990, p. 42) comenta que Freud esbozó los siguientes conceptos para explicar la dinámica de la Melancolía:

Ambivalencia, la pérdida supone sentimientos de amor (desea continuar con la unión Libido-Objeto) y odio (desea la pérdida del Objeto, e incluso puede ser el causante de la pérdida, desligando Libido de Objeto). El Odio recae sobre su Yo (como sustitución de Objeto) "calumniándolo, humillándolo, haciéndolo sufrir".

Identificación del YO con el objeto: "... El amor por el Objeto es sustituido por la Identificación, la predisposición a la melancolía dependerá en parte del predominio de una elección de objeto de tipo narcisista. Siendo así e daría la regresión de la carga de objeto a la fase oral de la libido. En conclusión, la melancolía resulta del cruce entre el proceso del duelo y el proceso de la regresión de la elección de objeto narcisista al narcisismo..."

Retroceso a la fase sádica: "...Por influjo de la ambivalencia expresada el odio recae sobre el objeto sustitutivo (el Yo) haciéndolo sufrir y cifrando en ello el goce, goce referido a la venganza hacia el objeto amado, por el cual la melancolía se ofrece como refugio para que el paciente no tenga que exteriorizar su hostilidad. El intento de suicidio es en consecuencia explicable para Freud en el contexto del sadismo, como un retorno de la carga de objeto hacia sí, lo que le hace posible tratarse a sí mismo como objeto. El Yo queda entonces bajo el dominio del Objeto..."

Los propuesto por Freud fue utilizado por los psicoanalistas modernos y ellos planean hipótesis sobre el patología oral, patología del Súper-Yo, patología del narcisismo y baja autoestima como base de la depresión (Ávila, 1990).

b.2 Modelo cognitivo. Beck (citado por Mendoza, 2001) se apoyó en el enfoque clínico y experimental que facilitaron el desarrollo del modelo y el estilo de la terapia, basándose en tres conceptos psicológicos que explican la depresión:

Concepto de triada cognitiva: Son tres patrones que influyen en la percepción de sí mismo, la percepción del futuro y de la experiencia propia, haciendo que la visión sea pesimista y negativa. Esto ocasiona en el individuo signos físicos como la apatía, el desgano y los refuerza a adoptar una conducta negativa.

Organización estructural del pensamiento depresivo: Cada persona tiene patrones cognitivos estables para interpretar las situaciones que se presenten, en el caso de los depresivos se distorsiona los conceptos y crean esquemas inadecuados e incluso llegan a ser dominantes.

Errores en el procesamiento de información: Los errores sistemáticos en el pensamiento del deprimido hacen que valide sus conceptos negativos y son: La interferencia arbitraria, abstracción

selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización y pensamiento absolutista.

b.3. Modelo de procesamiento de información.

Este enfoque toma parte del estilo cognitivo y en lugar de apoyar la dirección que le da Beck a la influencia de un concepto con el otro (como estímulo la cognición, y la respuesta como emoción); indica que la influencia va en doble sentido puesto que las emociones también pueden perturbar la cognición en la memoria, toma de decisiones, etc.

Ruíz y Gonzales (1996) estudiaron la relación entre la depresión, memoria implícita y el procesamiento de información llegando a la aproximación de que existe menor congruencia entre el estado de ánimo y la memoria implícita, pues hay más tendencia a asociarse con la memoria explícita. Teniendo en cuenta que la memoria implícita es aquella que almacena información recopilada en un episodio específico y su manifestación no requiere que el sujeto se esfuerce por evocar o recuperar lo aprendido, mientras que la memoria explícita es la que sí necesita recuperación consciente de experiencias aprendidas.

c. Modelo tetradimensional de depresión de Alonso Fernández. Alonso Fernández (citado por Pelayo, 2009, p. 29) refiere que “la depresión como estado clínico representa una alteración de la estructura vital, que puede ir introduciéndose simultáneamente en las vertientes psíquica y somática del ser humano, originando así una sintomatología depresiva. Esta alteración puede tener la misma intensidad en ambas vertientes, o bien manifestarse más intensamente en una de ellas...”

La estructura vital se compone de cuatro dimensiones: Anímica, impulsiva, comunicacional y de los ritmos, todas ellas involucran signos físicos como psicológicos y el modelo propuesto como tetradimensional es la sistematización del cuadro depresivo en base a la alteración de dichas dimensiones.

Pelayo (2009) y Alonso Fernandez (1998) explican la sintomatología depresiva según el modelo tetradimensional agrupando determinadas características por cada dimensión:

c.1 Dimensión I: Humor depresivo. Se compone de rasgos psicológicos como baja autoestima y sufrimiento por vivir, pesimismo, amargura, pérdida de alegría, sentimientos de culpa y desesperanza; e indicadores corporales como rigidez, pesadez, dolores de cabeza, extremidades, espalda, etc.

c.2 Dimensión II: Anergia. La evidencia de la falta de motivación e impulso que va desde el aburrimiento, apatía hasta la petrificación afectiva. Entre los indicadores psicológicos están los pensamientos irracionales repetitivos y oscuros, la dificultad para concentrarse y la pérdida del deseo sexual; mientras que los indicadores físicos pueden ser falta de expresión corporal y gestual, disminución en su actividad e incluso síntomas gastrointestinales (nauseas, vómitos, estreñimiento, etc.)

c.3 Dimensión III: Discomunicación. Es la incapacidad para ponerse en contacto con el entorno, siendo las características psicológicas el ensimismamiento del sujeto, dificultad para entender lo que ve y escucha, dificultad para comprender e incluso una actitud de desconfianza ante los demás; así también en la parte física se observa descuido en su aspecto personal, hasta alteraciones a nivel sensorial.

c.4 Dimensión IV: Ritmopatía. Son las alteraciones de los ritmos humanos como explica Alonso Fernández, trastornos del sueño como insomnio, pesadillas nocturnas inclusive sensación de no haber descansado bien al dormir. En la vertiente psicológica se presentan estancamiento en el pasado y falta de planes futuros; además es evidente el cambio de emociones respecto a los quehaceres diarios y el empeoramiento matutino. En el aspecto fisiológico aparece trastornos del apetito sea por aumento o disminución.

d. Depresión en la adolescencia. De acuerdo a las investigaciones de Callabed y cols. (1997) la depresión en adolescentes puede ser un estado de ánimo negativo, que varía cualitativa y cuantitativamente, que se presenta en los adolescentes normales, así como también puede ser síntoma de un trastorno en pacientes psiquiátricos.

La depresión puede ser una respuesta transitoria a muchas situaciones y factores de estrés, comentan Callabed y cols. (1997). Este estado es común en los adolescentes como consecuencia del proceso normal de maduración, el estrés asociado a él, la influencia de las hormonas sexuales y los conflictos de independencia con los padres. También puede ser una reacción a un suceso perturbador, como la muerte de un amigo o pariente, la ruptura con la novia o novio o el fracaso en la escuela.

Callabed y cols. (1997) encontraron que las niñas adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los niños. Entre los factores de riesgo se encuentran eventos de la vida generadores de estrés, en particular la pérdida de un padre por muerte o por divorcio, maltrato infantil (físico y/o sexual), atención inestable, falta de habilidades sociales, enfermedad crónica y antecedentes familiares de depresión.

A menudo es difícil diagnosticar la verdadera depresión en adolescentes debido a que su comportamiento normal se caracteriza por variaciones del estado de ánimo. Por otra parte, la depresión persistente, el rendimiento escolar inestable, las relaciones caóticas con familiares y amigos, el consumo de sustancias adictivas y otros comportamientos negativos pueden indicar un episodio depresivo serio. Estos síntomas pueden ser fáciles de reconocer pero la depresión en los adolescentes, con frecuencia, se manifiesta de formas muy diferentes a estos síntomas clásicos.

Beck y Burns (1978, citados por Novoa, 2002) estudian la depresión infantil y descubren que los niños y adolescentes deprimidos tienen baja autoestima, tienden a la autocrítica, se sienten desgraciados, cobijan ideas de suicidio, pesimismo del futuro, van perdiendo la capacidad de decidir y de esperanza, se aíslan y pierden la oportunidad de recibir estímulos positivos.

Alfonso (1996, citado por Bassas y Tomás, 1996) comenta sobre la importancia de que los profesionales como los pediatras, maestros, etc.; puedan observar y detectar las características particulares de la depresión en esta etapa de la vida; entre los indicadores están, una baja autoestima, los miedos, el bloqueo emocional, la dificultad para tomar decisiones y un sentimiento generalizado de ansiedad. Las consecuencias de la depresión infanto-juvenil son mayores de lo que pueden aparentar.

Cummings y Davis (citados por Alvarez y cols., 2009), argumentan que los contextos familiares hostiles, incongruentes y con patrones de educación autoritarios, se desarrollan con diversos ajustes emocionales y cognitivos relacionados a la depresión. Sin embargo existen investigaciones que indican resultados contrarios, Zapata y cols. (2007) estudiaron la relación entre depresión y disfunción familiar en la adolescencia, encontrando que de la muestra (747 adolescentes mexicanos), el 33% tenía familia disfuncional y de la misma muestra sólo el 4% tenía indicadores de depresión; lo que indica que el riesgo relativo para la depresión en presencia de disfunción familiar no fue significativo y se discute que pueden existir factores socioculturales que influyen en el adolescente y que crean una actitud de resiliencia para hacer frente al contexto familiar que vive y no caer en depresión.

Los antecedentes familiares son de suma importancia, no sólo por el aspecto genético (padres depresivos, hijos depresivos), sino también por los factores ambientales y socioculturales. De ahí la importancia de la presente investigación.

Tal y como se argumenta en las investigaciones expuestas, los indicadores de problemas psicológicos en los adolescentes se basan en diversos factores, siendo el contexto familiar el más predisponente. Si existe una funcionalidad familiar adecuada, los padres pueden proyectar en los hijos un buen proceso de toma de decisiones, mejor actitud hacia la vida y mayor responsabilidad en su comportamiento; por el contrario si el nivel de comunicación no es óptimo, la familia suele estar distante y tiende a ser rígida frente a los cambios, será más difícil que el adolescente se ajuste esta etapa y pueda superar las crisis que se le presenten.

2.3 Definición de términos:

a. Funcionalidad familiar. Polaino – Lorente y Martínez (1998, citado por Camacho, 2002) refiere que es la capacidad de la familia para enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro; todo basado en tres dimensiones centrales del comportamiento familiar: Cohesión familiar, adaptabilidad familiar y comunicación familiar.

Olson, Sprenkle y Russell (1979, citados por Zarate, 2003) definen las siguientes dimensiones y niveles:

Cohesión familiar: Vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí, en base al reconocimiento de que todos forman parte de una institución llamada familia. Esta cohesión familiar se puede percibir como: Dispersa, conectada, aglutinada y separada.

Adaptabilidad familiar: Es la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar, la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo. Esta dimensión se puede percibir en 4 niveles: Caótica, estructurada, rígida y flexible.

Comunicación familiar: Es un proceso interactivo que tiene gran importancia en la forma en como interactúan los miembros y en que medida se facilita la adaptación y la cohesión en la familia.

Niveles de funcionalidad familiar: La correlación entre los 4 niveles de cohesión y los 4 niveles de adaptabilidad familiar dan lugar a 16 tipos de familia agrupadas en 3 niveles de funcionamiento familiar

El rango balanceado o equilibrado: Es el más idóneo y en base a los niveles de cohesión y adaptabilidad se tiene los siguientes tipos de familia: Separada – flexible, conectada- flexible, separada - estructurada y conectada - estructurada.

El rango medio o moderado: Donde existe cierta polarización en la cohesión o la adaptabilidad familiar. Los tipos de familia son los siguientes: Separada – caótica, conectada – caótica, dispersa - flexible, aglutinada - flexible, dispersa – estructurada, aglutinada – estructurada, separada - rígida y conectada - rígida.

El rango extremo: Es el nivel menos adecuado y los tipos de familia son: Dispersa – caótica, aglutinada – caótica, dispersa – rígida y aglutinada – rígida.

b. *Depresión.* De acuerdo a los fundamentos del CIE -10, el Instituto Especializado en Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (2002), postula en el estudio epidemiológico metropolitano en salud mental, que la depresión es un estado de ánimo disfórico frente a

determinado evento desencadenante, estado de ánimo que puede convertirse en síntoma de un trastorno psiquiátrico. Dicho estado de ánimo evidencia: Tristeza, soledad, baja autoestima, miedos, bloqueo emocional, dificultad para tomar decisiones, y un sentimiento generalizado de indefensión y ansiedad.

Todas estas manifestaciones físicas y psicológicas se agrupan en 4 dimensiones según el modelo tetradimensional de depresión (Alonso Fernández, 1998): Humor depresivo, anergia, discomunicación y ritmopatía.

c. Adolescencia. Es el periodo de transición entre la niñez y la etapa adulta que fluctúa entre los 12 y 17 años de edad. En esta etapa, varones y mujeres, atraviesan cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que tendrán trascendencia en su adaptación psicológica y social como adulto.

2.4 Hipótesis

2.4.1 Hipótesis general.

H_g: La funcionalidad familiar tiene una relación estadísticamente significativa con la depresión en los y las adolescentes atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

H_g: Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de funcionalidad familiar y la depresión entre los adolescentes varones y las adolescentes mujeres atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital nacional Hipólito Unanue.

2.4.2. Hipótesis específicas.

H₁: Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de funcionalidad familiar de los y las adolescentes atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, que no presentan depresión y los que sí presentan depresión.

- H₂: Existe una relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión, en adolescentes mujeres atendidas en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- H₃: Existe una relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes varones atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- H₄: Existen diferencias estadísticamente significativas en la funcionalidad familiar entre los adolescentes varones y mujeres atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- H₅: Existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de depresión entre los adolescentes varones y mujeres atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1 Tipo y nivel de investigación.

Sánchez y Reyes (2006) determinan tipos de investigación de acuerdo a la naturaleza y los propósitos del estudio. Es así que para el presente estudio corresponde una investigación de tipo sustantiva.

La investigación sustantiva es aquella que se orienta a descubrir, explicar, predecir o retrodecir la realidad. Este tipo de investigación se subdivide en dos niveles, descriptiva y explicativa.

El presente estudio se perfila como una investigación de tipo sustantiva con nivel descriptiva porque se orienta a conocer la funcionalidad familiar en las y los adolescentes que presentan depresión o no presentan depresión, para poder encontrar detalles generales que puedan complementar la teoría científica sobre la depresión.

3.2 Diseño de investigación.

Sánchez y Reyes (2006) indican que existen diversas clasificaciones de los diseños de investigación: Según el método, por el número de variables independientes y por el enfoque teórico-metodológico.

De acuerdo al método que se emplea, el presente estudio corresponde a un diseño ex post-facto de tipo correlacional. En diseño ex post-facto, el investigador no introduce variable experimental sino que examina el efecto de variables que han actuado de manera natural. Existen dos tipos: Diseño correlacional y diseño de grupo criterio.

El presente estudio es correlacional, ya que implica la recolección de datos de un grupo de sujetos para determinar la relación entre los conjuntos de datos. En este estudio se obtendrán datos

de un grupo de adolescentes – varones y mujeres- atendidos por el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, acerca de la funcionalidad familiar que perciben y la presencia o ausencia de la depresión, para poder encontrar la relación de dicha información.

Esquema: O₁ O₂

O₁ = Niveles de funcionalidad familiar de las y los adolescentes atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue

O₂ = Presencia o ausencia de depresión en las y los adolescentes atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue

3.3 Población y muestra de estudio

a. Población. La población estuvo conformada por todos los adolescentes de ambos sexos con edades que fluctuaban entre 12 y 17 años pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue a fin de evaluar si tienen depresión, en 8 meses, desde mayo 2008 hasta diciembre 2008.

Se seleccionó esa población, pues se observó que las familias del nivel socioeconómico medio-bajo son las más desatendidas, y que en ese momento se estaban dando más casos de adolescentes con depresión que incluso llegaban al suicidio.

b. Muestra. Según Sánchez y Reyes (2006), en el presente estudio se tomó una muestra de tipo no probabilística de tipo intencional. El muestreo no probabilístico es aquel en que se desconoce la posibilidad de cada elemento de la población de poder ser seleccionado en una muestra. El tipo intencionado, intencional o criterial tiene por fin seleccionar la muestra buscando que sea representativa a la población de donde es extraída.

Para el presente estudio se eligieron a adolescentes mujeres y varones que se atendieron en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue con diferentes motivos de consulta.

El tamaño de la muestra se determinó de acuerdo a la cantidad de adolescentes, mujeres y varones, que asistieron al Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Para la presente investigación la muestra estuvo conformada por 63 adolescentes.

Se incluyeron en la muestra a todos los y las adolescentes desde los 12 años hasta los 17 años y once meses, que estaban recibiendo atención psicológica en el Dpto. de Psicología del Hospital H. Unanue, contaban con un nivel intelectual desde la categoría promedio bajo hasta la categoría superior. Se excluyeron de la muestra a aquellos que no cumplieron con dichos requisitos.

3.4 Variables de estudio

Las variables correlacionadas en esta investigación fueron:

- a. Funcionamiento familiar: Medido a través de la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar, FACES III, de Olson (1985).
- b. Depresión: Medida a través del Cuestionario Estructural Tetradimensional para la depresión, CET-DE, de Alonso-Fernández (1998).

Variable de control:

- c. Edad: Adolescentes varones y mujeres entre 12 y 17 años.

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1 Escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III) (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales)

a. Ficha Técnica.

Autores : David Olson, Joyce Portner, Yoav Lavee.

Lugar : Universidad de Minnesota

Año : 1985

Base Teórica : Familiar Sistémico

Modelo de Evaluación: Modelo circunflejo.

Nivel de Evaluación : La familia y pareja

Foco de Evaluación : Percepción real familiar
 Percepción ideal familiar
 Satisfacción familiar

Número de Ítems : 40 ítems

Escalas : Escala de Cohesión
 Escala de Adaptabilidad

Normas : Percentiles

b. Confiabilidad. Se midió a través de la consistencia interna y del test- retest, en la tercera versión del FACES (Olson, 1985), obteniendo los siguientes resultados:

La consistencia interna de la escala total alcanzó un coeficiente de Pearson de 0.68, teniendo para la dimensión de cohesión un coeficiente de Pearson de 0.77 y para la dimensión de adaptabilidad un coeficiente de Pearson de 0.62.

Después de 4 a 5 semanas se aplicó un retest bajo las mismas condiciones obteniendo para la dimensión de cohesión un coeficiente de 0.83 y para la dimensión de adaptabilidad un coeficiente de 0.80.

c. Validez. En la tercera versión del FACES (Olson, 1985), se realizaron estudios para determinar la validez de constructo. Para ello se estableció una correlación entre las dimensiones cohesión y adaptabilidad obteniendo un coeficiente de Pearson de 0.03.

Polaino – Lorente y Martínez (1998) refieren que el desarrollo de la tercera versión del FACES era conseguir que la correlación entre cohesión y adaptabilidad fueran lo más cercana posible a cero ya que, desde un punto de vista teórico, se asumía que no correlacionaban entre sí y que eran independientes; es decir, la puntuación de una dimensión no condicionaría ni determinaría la puntuación obtenida por la otra, de ese modo la probabilidad de pertenecer a cualquiera de los

16 tipos de familia sería teóricamente equivalente. Los resultados obtenidos en esta versión ($r = 0.03$) fueron mucho menor al obtenido en el FACES II ($r = 0.65$) con lo cual se determina la independencia de las variables.

En México, se estudió la validez de constructo del FACES III traducido al español utilizando la técnica multivariada de análisis factorial con fines confirmatorios. Dado que se buscaba dotar al estudio de rigor metodológico y estadístico, se plantearon estimadores de parámetros que determinaron los valores mínimos de referencia y para ello fue necesario establecer criterios, características, supuestos y condiciones teóricas del modelo de análisis factorial a fin de comprobar cuantitativamente si la validez de constructo fue adecuada. Se utilizó 12 supuestos del modelo de análisis factorial, los cuales son: Determinante de la matriz de correlación múltiple, adecuación del muestreo (KMO), matriz de correlación prueba de esfericidad de Bartlett, antimagen de la matriz de correlación, correlaciones significativas en la matriz de correlación múltiple, autovalor para cada componente principal según criterio Kaiser, componentes principales y factores por obtener o confirmar (dimensiones), carga factorial de cada ítem para incorporarlo al modelo, porcentaje de residuales menores de 0.05 en valores absolutos, número de ítems consolidados a priori en cada dimensión, coeficiente de fiabilidad de Cronbach no estandarizado y varianza mínima explicada por el modelo.

De los 12 criterios, 8 rebasaron satisfactoriamente los valores mínimos de referencia y 4 criterios no lo hicieron, pero los autores los consideraron como limitaciones de este modelo de validación; declarando finalmente que el FACES III en español es fiable (70%) y válido. (Ponce, Gómez, Terán, Irigoyen y Landgrave, 2002).

d. Normas de aplicación. Se hace entrega de la hoja de respuestas y se leen las instrucciones: “A continuación va encontrar una serie de afirmaciones acerca de cómo son las familia, ninguna de dichas frases es falsa o verdadera, pues varía de familia en familia”. Es indispensable verificar que hayan respondido todos los ítems.

3.5.2 Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión.

a. Ficha Técnica:

Prueba original básica: Cuestionario Estructural Tetradimensional para la depresión (CET-DE, ALONSO-FERNANDEZ, 1986)

Autores	: Francisco Alonso-Fernández.
Administración	: Instrumento heteroadministrado.
Duración	: Variable entre 10 y 20 minutos
Aplicación	: Adolescentes y adultos
Áreas que evalúa	: Dimensión I (Humor depresivo) Dimensión II (Energía) Dimensión III (Discomunicación) Dimensión IV (Ritmopatía)
Normas	: Percentiles

b. Descripción de la prueba. El Cuestionario Estructural Tetradimensional para la depresión CET-DE, (Alonso-Fernández, 1998) es un instrumento heteroadministrado que registra la presencia de los síntomas depresivos distribuidos en cuatro dimensiones.

Es un instrumento heteroadministrado porque requiere de un entrevistador. Se rechaza la autoadministración porque entre sus limitaciones está el tener que referirse sólo a los síntomas que el enfermo es capaz de reconocer y la de ser sólo aplicable a partir de un cierto nivel sociocultural, lo que excluye de sus indicaciones a un gran volumen de población.

Es un cuestionario porque está compuesto de preguntas directas con fines diagnósticos y clasificadores. Se compone de 63 ítems distribuidos en cuatro partes: Dimensión I (humor depresivo), 21 ítems; dimensión II (energía), 14 ítems; dimensión III (discomunicación), 14 ítems; dimensión IV (ritmopatía), 14 ítems. La mayor extensión de la dimensión I exige reducir su puntuación directa en un tercio, simplemente multiplicando su resultado por 0.666 mientras que en las otras tres dimensiones la puntuación directa se maneja como puntuación ponderada.

La construcción de la prueba está sistematizada en cuatro bloques de ítems distintos, cada uno de los cuales corresponde a una dimensión sintomática, es una *característica original* del CET-DE. La evaluación global del CET-DE es tetrapartita, distribuida en cuatro partes. El resultado no debe manejarse con cada dimensión independiente de otra, puesto que es una prueba única distribuida en cuatro bloques.

El punto de corte de 32, para señalar el umbral de la depresión, se ha seleccionado después de haber hecho una serie de aplicaciones y/o repeticiones del CET-DE a distintas casuísticas de enfermos depresivos, enfermos psíquicos no depresivos y sujetos normales. Dicho valor es el más satisfactorio en los órdenes de la sensibilidad y de la especificidad para detectar verdaderos estados depresivos.

El CET-DE es un instrumento que no sólo sirve para clarificar el diagnóstico, clasificación y seguimiento de la depresión, sino como una prueba útil para disponer de un inventario de síntomas y un perfil semiológico tetradimensional en todos los enfermos depresivos y, asimismo, como una fuente de experiencias formativas importantes para todos los interesados en profundizar sus conocimientos sobre la depresión.

En la aplicación se persiguen los siguientes objetivos: La presentación de los resultados en forma de depresograma lineal o formal, la complementación o conformación del diagnóstico de la depresión, clasificación clínica de los estados depresivos, seguimiento de la evolución terapéutica de la depresión mediante sucesivas evaluaciones, formulación de predicciones etiológicas pronósticas y terapéuticas, e información sistematizada.

c. Validez. Alonso-Fernández en 1986 publica el cuarto modelo de cuestionario elaborado, después de un análisis estadístico realizado por Civeira, Martín y Abril, en interacción con estudios de otras escalas y textos clásicos (Alonso- Fernández, 1998).

Sensibilidad 86%

Población general	100%
Enfermos generales ambulatorios en asistencia primaria	80%
Enfermos mentales hospitalizados	78%

Validez constructiva o teórica: Se refiere al carácter del instrumento útil y eficiente para el estudio y la investigación del cuadro clínico de la depresión. Ha sido avalada “a posteriori” por el criterio clínico fenomenológico y la información bibliográfica. También se registra un sistema de correlaciones altas entre los ítemes agrupados en la misma dimensión.

Validez empírica: Se establece a través de los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario a estas tres series de sujetos: 200 depresivos, 100 enfermos mentales y 100 familiares de enfermos somáticos, entre los 18 y 69 años, distribuida en una serie computarizada.

Validez predictiva: Se aprehende la capacidad de la prueba para predecir algo por fuera de sí misma. En primer lugar, el diagnóstico de depresión y en segundo lugar, la tipología depresiva.

Validez empírica diagnóstica: El punto de corte de 32 se ha seleccionado después de haber hecho una serie de aplicaciones y replicaciones a distintas casuísticas de enfermos depresivos.

d. Confiabilidad. Se obtuvo comparando las evaluaciones parciales por ítem y por dimensión y la puntuación ponderada global, aportadas por siete parejas de entrevistadores sobre catorce enfermos, cuya entrevista grabada en video fue contemplada por once observadores (Alonso-Fernández, 1998).

La fiabilidad interobservador para cada una de las dimensiones, estimando como acuerdo una diferencia igual o inferior a cinco puntos (media desviación estándar) alcanzó, asimismo, al menos en seis de las siete parejas de observadores un coeficiente Kappa igual o superior a 0.61 (concordancia igual o superior al 80%).

En la dimensión I alcanzó el 0.90 lo que demuestra un acuerdo del 95%, en la dimensión II alcanza el 0.70 lo que demuestra un acuerdo del 85%, la dimensión III alcanzó 0.90 lo que demuestra un acuerdo del 95% al igual que la dimensión IV que alcanzó 0.90.

Con relación a la positividad dimensional, es decir, al acuerdo positivo-negativo sobre el punto de corte situado en 32 puntos, las coincidencias entre los criterios de los once observadores agrupados fueron de 100%, 97%, 99% y 96% según cada dimensión.

La consistencia interna del instrumento, se determinó basándose en un registro de las diferencias de puntuación (de cero a cuatro puntos) obtenidas en cada ítem por el mismo enfermo

depresivo en dos ocasiones distintas (fiabilidad test-retest), con la finalidad de establecer correlación de Pearson (y la de Spearman) existente entre las dos series de puntuaciones.

El coeficiente de correlación lineal de Pearson, sistematizado por dimensiones o bloques de ítems así como la estabilidad alcanzada en el test re-test referida a las puntuaciones globales de cada dimensión, se presentan a continuación:

Considerando el rango de 0.55 a 0.69 del coeficiente de Pearson para las 4 dimensiones se tuvo que, la primera dimensión obtuvo dichos coeficientes en 9 ítems, la dimensión II en 3 ítems, la dimensión III en 5 ítems y en la dimensión IV en 6 ítems. Después de 24 horas se aplicó el retest y bajo el mismo rango del coeficiente de Pearson se tuvo que, la dimensión I obtuvo 12 ítems en dicho rango, la dimensión II en 11 ítems, la dimensión III en 9 ítems y la dimensión IV en 8 ítems.

En total, 23 ítems alcanzaron el rango estipulado en el pre test y en el re-test subieron a 40 ítems obteniendo así un coeficiente global de 0.87 calificado como excelente.

Valores Predictivos. Respecto a los valores predictivos se tienen los positivos y negativos, expresado en términos de sensibilidad al 86% (porcentaje de sujetos depresivos correctamente identificados por presentar una puntuación suficientemente alta) y especificidad (porcentaje de sujetos no depresivos correctamente identificados al obtener una puntuación baja), 100% especificidad en sujetos no enfermos y 78% en enfermos mentales hospitalizados. A continuación los valores encontrados: Valor predictivo positivo con relación a sujetos no enfermos es igual a 1, el valor predictivo positivo en relación a enfermos mentales hospitalizados es 0.80, el valor predictivo negativo con relación a no enfermos es 0.87, el valor predictivo negativo en relación a enfermos mentales hospitalizados es 0.83.

e. Normas de aplicación. Se procurará iniciar esta tarea con la observación siguiente: “Ahora para concretar, le voy a realizar una serie de preguntas y así conoceremos mejor lo que le pasa”; a continuación se lee cada ítem del cuestionario de acuerdo al orden. Si el entrevistado tiene dificultades para entender la respuesta al ítem se utilizará algunas expresiones del perfil semántico,

hasta obtener una comprensión suficiente. Cada ítem se puntuará con la tabla de los criterios de evaluación siguientes.

La cuantificación de los síntomas mediante estos cinco grados o puntuaciones se refiere estrictamente al estado del entrevistado en las cuatro últimas semanas. Con arreglo a estos criterios de evaluación la mayor parte de las puntuaciones se repartirán entre el cero y el cuatro; teniendo así un cuestionario categorizado según las mediciones tipo Likert.

Los criterios de evaluación son los siguientes: Ausencia del síntoma tiene un puntaje cero (0), duda entre presencia y ausencia del síntoma le corresponde puntaje 1, presencia del síntoma poco clara tiene puntaje 2, síntoma ligero (“leve”, “un poco”) o esporádico (con una frecuencia de una o dos veces por semana) le corresponde puntaje 3, y Síntoma (“moderado”, “algo”), intenso (“severo”, “bastante”) o muy intenso (“extremo”, “mucho”), con una frecuencia de al menos tres veces por semana) tiene un puntaje 4.

f. Normas de calificación. Cada respuesta la catalogará el examinador con un 0 (ausencia del síntoma) o como un 4 (presencia del síntoma), reservándose especialmente las puntuaciones 1, 2 y 3 para las respuestas poco claras. En cada uno de los bloques 2, 3 y 4 se obtiene la puntuación definitiva sumando los puntos correspondientes a sus 14 ítems. Y en el primer bloque, por contar con 21 ítems, hay que reducir la puntuación suma de los ítems en un tercio para obtener la puntuación definitiva o ponderada.

3.6 Procedimiento de recolección de datos

Se realizaron las coordinaciones respectivas en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue planificando la aplicación de las pruebas, entregando el proyecto de tesis al Dpto. de Psicología y al Comité de Bioética de dicho nosocomio para su aprobación.

Dada la autorización, se procedió a evaluar a las y los adolescentes que asistieron al departamento para intervención psicológica, previa coordinación con su terapeuta. Se informó al evaluado sobre los fines de la entrevista y evaluación para disponer de su consentimiento.

3.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Según Hernández, Fernández y Baptista (2002), entre las técnicas para el procesamiento y análisis de los resultados se tiene las siguientes:

Para la estadística descriptiva se utilizó la tabla de frecuencias y porcentajes, a fin de representar las observaciones de forma resumida; y la moda como medida de tendencia central, para conocer que datos son los que se presentan con mayor frecuencia.

En lo que corresponde a la estadística inferencial, se utilizó la estadística no paramétrica. Sánchez y Reyes (2006) explican que el análisis no paramétrico mayormente no exige cumplimiento de supuestos, no requiere una distribución normal. Se aplica principalmente datos provenientes de escalas nominales y ordinales y preferentemente a muestras pequeñas (< a 30 casos), en el presente estudio la variable funcionamiento familiar y depresión corresponden a la escala nominal.

Para el presente estudio se utilizó el test estadístico Ji cuadrado o X^2 (Hernández y cols., 2002) explican que, esta prueba estadística evalúa la hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas, como es el caso del presente estudio. Es una prueba de hipótesis correlacionales, tiene dos variables involucradas, no considera relaciones causales y el nivel de medición de las variables es normal u ordinaria.

La Ji cuadrada se calcula por medio de una tabla de contingencia o tabulación cruzada, una tabla de dos dimensiones (cada dimensión con una variable). Cada variable se subdivide en 2 o más categorías. En la tabla de contingencia se anotan las frecuencias observadas en la muestra de investigación. Luego se calculan las frecuencias esperadas para cada celda.

En esencia, la Ji cuadrada es una comparación entre la tabla de frecuencias observables y se denomina *tabla de frecuencias esperadas*, ya que son los datos que se esperan encontrar si las variables fueron estadísticamente independientes o no estuvieron relacionadas (Wright, 1979; citado por Hernández, Fernández y Baptista, 2002). Hay que tener en cuenta que esta prueba parte del supuesto de “*no relación entre variables*” y el investigador evalúa si en su caso es cierto o no,

analizando si las frecuencias observables son diferentes de lo que se esperaba en caso de ausencia de correlación. Si hay relación entre las variables, debe tenerse una tabla de frecuencias esperadas. Si hay relación, la tabla que se obtengan como resultado debe ser muy diferente respecto a la tabla de frecuencias esperadas. A esto último se espera llegar con la presente investigación.

La fórmula para la frecuencia esperada es:

$$E = \frac{(\text{Total de fila})(\text{Total de columna})}{N}$$

N = Número de casos

Una vez obtenidas las frecuencias esperadas, se aplica la fórmula X^2

$$X^2 = \frac{(O - E)^2}{E}$$

O = Frecuencias observadas en cada celda

E = Frecuencias esperadas en cada celda

La Ji cuadrada (X^2) proviene de una distribución normal denominada distribución X^2 y los resultados obtenidos en la muestra están identificados por los grados de libertad.

Para saber si un valor de X^2 es o no significativo hay que calcular sus grados de libertad con la siguiente fórmula: $Gl = (r - 1)(c - 1)$; r es el número de filas y c es el número de columnas.

Teniendo los grados de libertad, se verificó en una Tabla de Distribución de Ji cuadrada si de acuerdo al nivel de confianza elegido (0.05 o 0.01), el valor calculado de X^2 es igual o supera al de la tabla, se dice que las variables están correlacionadas por lo tanto X^2 es significativa.

Los datos fueron procesados con el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 12.0

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Validez de los instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos utilizados fueron sometidos a la prueba de contenido por criterio de jueces. Se consultó a 10 jueces por cada prueba, y realizaron cuadros de análisis para obtener la validez de contenido del instrumento, para comprobar si el instrumento contiene todos los aspectos o ítems del dominio de la variable y está relacionada con la teoría de base.

Se encontró que: la Escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) obtuvo un coeficiente de validez “V” de 1.00; mientras que El Cuestionario Tetradimensional de Depresión (CET-DE) obtuvo un coeficiente de validez “V” de 0.90; es decir, que los jueces coincidieron con que ambos test miden lo que se proponen medir. (ver anexos A y B).

4.2 Resultados descriptivos

En el análisis de la distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles de funcionalidad y la presencia o ausencia de depresión (ver tabla 1) se puede apreciar que los adolescentes que presentan depresión son el 32% de la muestra evaluada, de los cuales el 18% percibe a su familia en niveles de cohesión y adaptabilidad que encajan en un nivel medio o moderado de funcionalidad familiar. Así mismo, del 68% de adolescentes que no tiene indicadores de depresión, el 29% de ellos percibe en su hogar un nivel balanceado de funcionalidad familiar.

Con los datos mencionados es probable que la relación entre depresión y funcionalidad no sea significativa para esta población.

Tabla 1. *Distribución de frecuencias y porcentajes del nivel de funcionalidad familiar y de la presencia o ausencia de depresión en adolescentes*

	Balanceada	Extrema	Rango Medio	TOTAL
Depresión	4 (6%)	5 (8%)	11 (18%)	20 (32%)
No depresión	18 (29%)	8 (12%)	17 (27%)	43 (68%)
TOTAL	22(35%)	13(21%)	28(44%)	63 (100%)

Por otro lado, se comparó la frecuencia entre las y los adolescentes con presencia o ausencia de depresión (tabla 2). La muestra estuvo conformada por 36 mujeres (57%) y 27 varones (43%), de los cuales 14 mujeres (22%) y 6 varones (10%) tenían indicadores de depresión. El 68% de los evaluados no presenta indicadores, de los cuales 22 (35%) son mujeres y 21 (33%) son varones

Tabla 2. *Distribución de frecuencias y porcentajes de presencia o ausencia de depresión según sexo*

		Femenino	Masculino	TOTAL
Depresión	Depresión	14 (22%)	6 (10%)	20 (32%)
	No depresión	22 (35%)	21 (33%)	43 (68%)
	TOTAL	36 (57%)	27 (43%)	63 (100%)

En cuanto a la distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles de funcionalidad familiar en función al sexo (tabla 3), se observa que la mayoría de los adolescentes perciben en su familia niveles medios y moderados de cohesión familiar y adaptabilidad familiar, es decir que pueden equilibrar los niveles de conexión o separación afectiva con los niveles de flexibilidad y ajuste a los cambios. Sólo el 21% indica que en su hogar hay un nivel extremo de funcionalidad familiar, 6 mujeres y 7 varones.

Tabla 3. *Distribución de frecuencias y porcentajes de la funcionalidad familiar según el sexo de los participantes*

		Femenino	Masculino	TOTAL
Funcionalidad familiar	Balanceada	12 (19%)	10 (16%)	22 (35%)
	Extrema	6 (10%)	7 (11%)	13 (21%)
	Rango medio	18 (28%)	10 (16%)	28 (44%)
TOTAL		36 (57%)	27 (43%)	63 (100%)

4.3 Resultados para la contratación de hipótesis

En la tabla 4, se presentan los resultados acerca de los niveles de funcionalidad familiar y la presencia o ausencia de depresión en adolescentes atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, correspondiente a la primera hipótesis específica que plantea una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de funcionalidad y la presencia de depresión en las adolescentes mujeres. Se halló un valor de chi cuadrado (X^2) igual a 2.3 el cual no es estadísticamente significativo, por ello no se puede validar la hipótesis.

Tabla 4. *Cálculo de la chi cuadrada de la relación entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes mujeres*

		Depresión	No depresión	X^2	g.l.
Funcional familiar	Balanceada	3 (5)	9 (7)	2.3	2
	Extrema	2 (2)	4 (4)		
	Rango medio	9 (7)	9 (11)		
	Total	14	22		

$p < 0.05$

Al comparar los resultados en los adolescentes varones atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue (ver tabla 5) se obtiene un valor X^2 de 3.45, ($p < 0.05$) por lo tanto no se valida la segunda hipótesis específica (H_2) que afirma la existencia de una relación estadísticamente significativa en los niveles de funcionalidad familiar y presencia de depresión en adolescentes varones.

Tabla 5. *Cálculo de la chi cuadrada de la relación entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes varones*

		Depresión	No depresión	X ²	g.l.
Funcional familiar	Balanceada	1 (2)	8 (8)	3.45	2
	Extrema	3 (2)	4 (5)		
	Rango medio	2 (1)	8 (8)		
	Total	6	21		

$p > 0.05$

En relación al nivel de funcionalidad familiar, se analizan las frecuencias observadas y esperadas de los y las adolescentes (tabla 6) se encuentra un valor X² de 1.155, por lo tanto no se valida la tercera hipótesis específica (H₃) que afirma la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la funcionalidad familiar entre los adolescentes varones y mujeres atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Tabla 6. *Cálculo de la chi cuadrada del nivel de funcionalidad familiar según el sexo*

		Mujeres	Varones	X ²	g.l.
Funcional familiar	Balanceada	12 (13)	10 (9)	1.155	2
	Extrema	6 (7)	7 (6)		
	Rango medio	18 (16)	10 (12)		
	Total	36	27		

$p < 0.05$

En cuanto a la presencia de depresión, (ver la tabla 7), los resultados evidencian un valor X² de 1.926, que no es estadísticamente significativo por lo que tampoco se valida la cuarta hipótesis específica (H₄) que plantea diferencias estadísticamente significativas en la presencia de depresión entre los adolescentes varones y mujeres atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Tabla 7. Cálculo de la chi cuadrada de la presencia o ausencia de depresión según el sexo

		Mujeres	Varones	X ²	g.l.
Funcional familiar	Depresión	14 (11)	6 (9)	1.926	1
	No depresión	22 (25)	21 (18)		
	Total	36	27		

$p < 0.05$

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 Análisis y discusión de resultados

Al analizar la hipótesis general sobre la relación entre los niveles de funcionalidad y la presencia o ausencia de depresión en los adolescentes evaluados, los resultados mencionados (ver tabla 1) indican que la relación no es estadísticamente significativa debido a que la mayoría de adolescentes no presentaba indicadores de depresión y la percepción de sus niveles de funcionalidad familiar oscilan mayormente en rango medio y en segunda instancia en rango balanceado. No obstante, se encontró que del total de la muestra, el 32% presenta depresión y el 18% percibe a su familia en un rango medio, el 8% en un rango extremo y tan solo un 6% en un rango balanceado; ello guarda coherencia con lo planteado por Shaffer (2000) respecto a que las familias proporcionan apoyo social y emocional para que los miembros puedan afrontar las crisis, pero en el caso que la familia sea disfuncional en estos aspectos sus niveles de cohesión y adaptabilidad se afectan.

Las familias de rango medio son las que oscilan entre altos y bajos niveles de conexión afectiva y autonomía personal, así como flexibilidad entre cambios y estabilidad. Olson (1985) indica que estos tipos de familia tiene los siguientes niveles en combinación: Separadas – caóticas, conectadas – caóticas, dispersas - flexibles, aglutinadas - flexibles, dispersas - estructuradas, aglutinadas - estructuradas, separadas - rígidas y conectadas - rígidas. Para la muestra estudiada la mayoría de adolescentes con depresión percibe a su familia como estructuralmente dispersa, caracterizada por un liderazgo autoritario mayormente pero con disposición a la igualdad, los padres son los que deciden, las funciones y roles son estables en la familia y las reglas se hacen cumplir con disciplina, sin embargo la separación emocional es extrema, los miembros se involucran poco, existen intereses desiguales y el interés se focaliza fuera de la familia.

El segundo nivel que resalta en la investigación de los adolescentes con depresión es el nivel extremo, donde se perciben los tipos de familia: Dispersa – caótica, aglutinada – caótica, dispersa – rígida, aglutinada – rígida; aquí los niveles de cohesión, adaptabilidad y comunicación están polarizados en carencias o excesos, lo que genera conflicto y caos entre los miembros que pueden predisponer a los más vulnerable a estados depresivos. Polaino–Lorente y Martínez (1998) señalan que este nivel es el más disfuncional.

Por otro lado, en la tabla 2 se muestran los resultados de la relación entre la presencia o ausencia de depresión según el sexo, observando que la mayoría de adolescentes son mujeres y de ellas el 22% tienen indicadores de depresión, porcentaje que duplica a los varones con depresión (10%). Estos datos son consecuentes con diversas investigaciones realizadas (Callabed y cols., 1997, Parra 2007, Álvarez y cols., 2009) donde se observa que las mujeres son las que tienen mayor tendencia a la depresión que los varones, por los indicadores evidentes de tristeza, llanto fácil, desánimo y todo signo emocional, en cambio en los varones el aspecto emocional está más controlado o menos evidente lo que lleva a abordar a dichos pacientes conociendo sus indicadores cognitivos y el encubrimiento de sus sentimientos.

En la tabla 3 se observa que la disfuncionalidad familiar no tiene diferencias entre adolescentes varones y mujeres, puesto que la dinámica familiar depende mayormente del grado de comunicación que se tenga, el control y apoyo que le brindan los padres a los hijos para su autonomía emocional. Por la cantidad de cambios que el adolescente tiene que afrontar y bajo las reacciones que tanto varones como mujeres tengan en particular pueden predisponer a la familia a tener más o menos conflictos dependiendo de la posición que los padres asuman; es decir si los padres no se ajustan y comprenden estos cambios para tratar de orientar sino castigan y toleran poco el deseo de autonomía de sus hijos, independientemente del género se va evidenciar problemas en la funcionalidad familiar y no necesariamente son causados por los hijos (Olivia y Parra, citados por Arranz, 2004).

En cuanto a las tablas 4 y 5, se ve que no hay relación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas en mujeres o en varones, indicando que la percepción que tiene de sus familias no está en sintonía con los indicadores depresivos que puedan sentir, datos que se asemejan a los

encontrados en un estudio mexicano de Zapata y cols. (2005), donde a pesar de encontrar un alto porcentaje en funcionalidad de rango medio y extremo, el porcentaje de depresión es bajo en la población estudiada y el hecho de no presentar depresión frente a situaciones familiares adversas puede asociarse con el supuesto de que los adolescentes estudiados son resilientes y tienen la capacidad para afrontar situaciones adversas de manera positiva (Zapata, 2005, e Idelfonso, 2002).

Existen estudios en Lima que tratan las causas del intento de suicidio y donde se observa que a pesar de la gran influencia del contexto familiar los adolescentes pueden presentar bajos indicadores de depresión. Idelfonso (2002) evaluó todos los casos de intento de suicidio del servicio de emergencia pediátrica del Hospital Sergio E. Bernales en pacientes menores de 15 años entre 1990 y 2002, encontrando como datos relevantes que la mayoría de intentos de suicidio fueron intoxicación de órganos fosforados ó venenos (59.40%) y de los 224 casos sólo uno fue fatal. Así mismo el autor explica que cada caso de intento de suicidio tiene características que lo llevaron a formar 4 grupos según las causas: Grupo I, donde están los casos menos severos y el intento de suicidio es un gesto para llamar la atención; el grupo II, donde se ubican los que perciben el hecho como una manera desesperada de expresar su impotencia a un problema; el grupo III es predominantemente depresivo y el grupo IV están los enfermos psiquiátricos con ideación suicida. El autor concluye que la mayoría de los casos (87.87%) pertenecen al grupo I y II, ya que en estas personas no hay una intención seria de quitarse la vida pero si existe un estado histérico hasta una crisis de angustia por problemas reales, que en su mayoría son de índole familiar. Por ello existe la posibilidad de que el adolescente tenga disfuncionalidad familiar y reaccione a ello con irritabilidad o histeria antes que con indicadores predominantemente depresivos.

Respecto a la hipótesis que indica si hay diferencias entre varones y mujeres respecto a los niveles de funcionalidad, los resultados indican que la mayoría de los evaluados perciben a sus familias en un rango medio de funcionalidad familiar, en segundo grupo percibe a su familia como balanceada y una mínima cantidad de adolescentes la percibe con nivel de funcionalidad extrema; lo cual indica que no se aprecian diferencias significativas. Así también, en cuanto a la relación directa entre la depresión en los y las adolescentes, se percibe que no hay relación estadísticamente

significativa, sin embargo en el grupo de adolescentes con depresión se observa que 14 son mujeres y sólo 6 son varones existiendo evidencia en que las mujeres tienen mayor tendencia a los indicadores depresivos como se confronta en investigaciones expuestas por Shaffer (2000) y Zapata y cols. (2007).

La presente investigación coincide con la realizada por Zapata y cols., (2007) así como por Cogollo y cols. (2009) quienes evaluaron la depresión asociada a la funcionalidad en adolescentes. Zapata y cols (2007) comentan que a pesar de encontrar que la mayoría de evaluados presenta una disfuncionalidad de nivel moderado no tuvo relación significativa con la depresión, y explica que la poca cantidad de adolescentes con depresión podría deberse a la resiliencia, la capacidad de un individuo o de un sistema social de vivir bien y desarrollarse positivamente, a pesar de las difíciles condiciones de vida y, más aún, de salir fortalecidos y ser transformados por ellas. Este concepto fue estudiado por Prado y Águila (2003) quien investigó si existían diferencias entre resiliencia y nivel socioeconómico en los adolescentes peruanos, concluyendo que no hay diferencias significativas en puntajes totales pero resaltando que en clases sociales bajas los adolescentes obtuvieron un puntaje destacado en creatividad como indicador de resiliencia, lo que implica ver las cosas de forma positiva, poner orden en medio del caos y sobreponerse a los sentimientos de dolor; por ello el adolescente desarrolla un carácter de auto imposición, disciplina y esfuerzo tratando de darle importancia al tiempo de vida finalmente sin detenerse en la depresión. Datos importantes para poder comprender la diversidad de factores que deben estudiarse en el comportamiento adolescente frente a las situaciones que se presenten.

Finalmente es importante aclarar que en este estudio se tomó en cuenta la depresión definida en base al modelo tetradimensional propuesta por Alonso Fernandez, donde los indicadores se basan en factores físicos y psicológicos que ponen en evidencia conductas relacionadas al estado depresivo, no obstante existen casos en los que los adolescentes manifiestan conductas que reflejan agresividad, fracaso académico, hiperactividad, conducta impulsiva, consumo de drogas, etc. que pueden encubrir un episodio o trastorno depresivo; estos casos no formaron parte del estudio pero de acuerdo a los resultados puede tomarse en cuenta para futuras investigaciones.

5.2 Conclusiones

- a. La percepción de los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en adolescentes no presenta relación significativa en la muestra estudiada.
- b. La presencia de depresión y la percepción de los niveles de funcionalidad familiar no se diferencian significativamente entre adolescentes varones y mujeres de la muestra.
- c. En cuanto a la presencia o ausencia de depresión en los adolescentes según sexo no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, no obstante la frecuencia de depresión en las mujeres se observó que era mayor que en los varones.
- d. Respecto a los niveles de funcionalidad que perciben los adolescentes de ambos géneros no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, ya que la mayoría de los evaluados, independiente del género, perciben un nivel de rango medio en la funcionalidad familiar.

5.3 Recomendaciones

- a. Al investigar sobre los adolescentes y los problemas que pueden atravesar a nivel personal o social, es importante tomar en cuenta la influencia de la familia ya que la funcionalidad familiar en esta etapa no sólo depende de cómo reaccionen los hijos sino también de la forma en como los padres o apoderados del menor perciban, comprendan y asuman esta etapa de la vida. En esta investigación el resultado indica que no hay relación significativa entre la presencia o ausencia de depresión y la percepción de funcionalidad familiar de los adolescentes estudiados, en estudios futuros es recomendable evaluar la percepción de los miembros de la familia también para acercarnos al nivel de funcionamiento familiar que la mayoría percibe y tener una idea general de cual es el problema familiar que puede o no estar afectando al adolescente que lo lleva a consulta psicológica.
- b. Los resultados de la investigación indican que no existe relación entre las variables estudiadas. Para el estudio se evaluó la depresión en función al cuestionario tertradimensional, instrumento que permite identificar los indicadores de depresión con relación al CIE -10; no obstante es

importante tener en cuenta que el diagnóstico de depresión propiamente dicho siempre ha sido difícil de catalogar en los adolescentes por los diversos cambios emocionales que experimentan y se recomienda investigar a profundidad el comportamiento de adolescentes y su relación con el entorno, para conocer si la depresión es una causal de su conducta

- c. Para esta investigación donde el resultado indica que la depresión no está relacionada significativamente con la funcionalidad familiar, es posible que los adolescentes tengan recursos adecuados para hacer frente a la depresión entre otras situaciones adversas, lo que les permite resolver problemas de manera funcional y tener la habilidad de ayudar a los demás. Si bien la etapa adolescente de toda persona involucra muchos cambios que pueden predisponer el conflicto con las personas de su entorno, también se observa que la mayoría de adolescentes son personas con potencial para asumir las situaciones adversas de la mejor manera, dicho aspecto debe ser tomado en cuenta para elaborar programas sociales que promuevan la participación de adolescentes como colaboradores.
- d. Los resultados de este estudio no son determinantes y si bien indican que no hay relación entre las variables es importante profundizar en el porqué de dicho resultado, continuar investigando acerca de los problemas que surgen en la adolescencia es vital para observar como se comporta la familia en estas situaciones. La meta es conocer más sobre la adolescencia y sus problemáticas para proponer planes de intervención de índole sistémico (a nivel personal, familiar y social) basado en evaluación, intervención psicoeducativa e intervención psicoterapéutica familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso-Fernández, F. (1998). *Cuestionario estructural tetradimensional para la depresión*. Madrid: Editorial TEA Ediciones S.A.
- Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffin, N. y Jiménez, L. (2009) *La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes* International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 9(2), 205 – 216. Recuperado el 21 de octubre 2009 de la base de datos ProQuest.
- Arranz, E. (2004). *Familia y desarrollo psicológico*. Chile: Editorial Pearson Prentice hall
- Ávila, A. (1990). *Psicodinámica de la depresión*. Consultado el 22 de agosto 2009 en *Revista Anales de Psicología de la Universidad de Murcia, España* 6(1), 37-58.
<http://revistas.um.es/analesps/search/results>
- Barna R., Concha, I., Florenzano, R., Gonzales, A., Horwitz, N., Maddaleno, M., Romero, M., Salazar, D., Segovia, I., Valdés, M., Ventuini, G., Villaseca P., Ringeleng, I., (1986). *Salud familiar*. Santiago de Chile: Ed. Corporación de promoción universitaria
- Bassas, N., Tomás, J. (1996). *Carencia afectiva, hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Editorial Alertes.
- Callabed, J., Moraga, F., Saset, J. (1997). *El niño y el adolescente: riesgos y Accidentes*. Batlle y Saset Cap. IV: Depresión en adolescentes. Madrid: Editorial Laertes.
- Camacho, S. (2002). *Relación entre la percepción del tipo de familia y los valores interpersonales en adolescentes de cuarto y quinto grado de secundaria de Lima-Cercado*. Tesis para optar por el Grado Académico de Magíster en Psicología, mención: Psicología Educativa. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Cava, M. (2003) *Comunicación Familiar y Bienestar Psicosocial en Adolescentes*. Consultado el 9 de Febrero 2010 en *Actas del VIII Congreso Nacional de Psicología Social en Valencia – España* 1(1), 23 – 27
<http://www.uv.es/lisis/mjesus/encuentrosenpsico.pdf>
- Cogollo, Z., Gómez, E., De Arco, O., Ruíz, I. y Campo-Arias, A. (2009) *Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de*

Cartegena- Colombia. Consultado el 02 de Febrero 2010 en *Revista Colombiana de Psiquiatría* 38 (4), 637 – 344.

<http://revista.psiquiatria.org.co/ResNumerosRecientes.asp?Anno=2009>

Condori, L. (2002). *Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitana*. Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología, mención: Psicología Clínica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Dos Santos, L., Umberto, J., Alonso-Fernández, F., y Tomasi, E. (2001) *Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva*. Consultado el 10 de enero 2010 en *Revista Atención Primaria* 28(8), 543 – 549.

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2890350>

Ferreira, A. (2003). Sistema de interacción familiar asociado a la autoestima de menores en situación de abandono moral o prostitución. *Revista de Investigación en Psicología UNMSM* 6(2), 58 – 80.

González, C., Ramos, L., Caballero, M., y Wagner, F. (2003) *Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos*. Consultado el 10 de Febrero 2010 en *Revista Psicothema* 15(4), 524-532.

<http://www.psicothema.com/pdf/1102.pdf>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P., (2002). *Metodología de la investigación*. México: Editorial McGraw-Hill.

Huerta, R. (1999). *Influencia de la familia y/o pares hacia el consumo de alcohol y la percepción de violencia en adolescentes de condición socioeconómico bajo*. Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología, mención: Psicología Clínica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Ibarra, L. (2003). *¿Problemas adolescentes o adolescentes problemas?* Foro de Acción por los niños del Perú. Universidad de La Habana, Cuba. Consultado el 13 de Abril 2006 en www.accionporlosniños.org.pe

- Idelfonso, R. (2002). *El intento de suicidio, una amenaza pediátrica en la actualidad*. Consultado el 17 de mayo 2009 en *Revista Peruana de Pediatría* 56(1), 11 - 15.
En <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rpp/v56n1/contenido.htm>
- Instituto Cuanto y UNICEF (1996). *Retrato de la familia peruana: Niveles de Vida, 199, segunda parte*. Lima: Ed. Navarrete.
- Kemper, S. (2000). *Influencia de la práctica religiosa (activa y no activa) y del género de los miembros de la familia sobre el clima social familiar*. Tesis para optar por el Grado Académico de Magíster en Psicología, mención: Psicología Clínica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. y Valenzuela, R. (2000) *Factores de Riesgo en la conducta suicida en niños y adolescentes*. Consultado el 30 de Enero del 2010 en *Revista Chilena de Pediatría* 71(3) 11 – 18
<http://www.scielo.cl/cgi-bin/wxis.exe/iah/>
- Leyva, R., Hernández, A., Nava, G. y López, V. (2007) *Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar*. Consultado el 12 de enero 2010 en *Revista médica Instituto Mexicano Seguro Social* 45(3) 225 – 232
http://edumed.imss.gob.mx:8080/srv_med_bus/
- Mendoza B. (2001). *Impacto de la violencia Familiar en la salud Mental de Población de Zona de frontera Norte*. Tesis para optar por el Grado Académico de Magíster en Psicología, mención: Psicología Clínica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Mendoza L., Soler E., Sainz L., Gil I., Mendoza H. y Pérez C. (2006) *Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria*. Consultado el 18 de Junio 2008 en *Archivos de Medicina Familiar* 8(1) 27 – 32
En <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-medfam/em-amf.htm>
- Ministerio de salud (2005) *Plan General de salud Mental 2005 – 2010*.
Consultado el 15 de Diciembre 2009 en:
<http://www.minsa.gob.pe/porta/03esn/10smcp/matinfo.asp>

Ministerio de salud (2009) *Análisis de la situación de salud en las o los adolescentes*.

Consultado el 15 de Diciembre 2009 en:

http://www.minsa.gob.pe/ocom/prensa/notadeprensa.asp?np_codigo=7922&mes=9&anio=2009

Navarro, I., Musitu, G. y Herrero, J. (2007). *Familias y problemas, un programa especializado en intervención psicosocial*. Madrid: Ed. Síntesis.

Novoa, P. (2002). Estudio exploratorio de nivel de depresión en niños y adolescentes de 8 a 16 años con maltrato infantil en Lima sur. *Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón*. 7,115-144.

Olson, D. (1985). *Family adaptability and cohesion evaluation scales (FACES III)*. Minnesota: Ed. Family Social Science.

Organización de Naciones Unidas, ONU Sesión especial sobre la infancia (2003). *Un mundo apropiado para los niños*. Art. N° 15. Red por los Derechos de la Infancia, México. Consultado el 16 de Abril 2006 en

www.derechosinfancia.org.mx/especiales/sesion_5.htm

Organización Mundial de la Salud (1992) *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 10)*. Madrid: Ed. Técnicas Gráficas FORMA S.A.

Pardo, G., Samdoval, A., y Umbarilia, D. (2004) *Adolescencia y Depresión*. Consultado el 31 de Enero 2010 en *Revista Colombiana de Psicología* 13, 17-32.

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/804/80401303.pdf>

Parra A. (2007). *Un análisis longitudinal de la comunicación entre madres y adolescentes*. Consultado el 11 de Octubre 2009 en *Revista Apuntes de Psicología* 25(3), 267 - 284.

En <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2484716>

Pelayo A (1994) *Estudio de la Estructura Semiológica con una Metodología Tetrádica y de las Situaciones Familiares y Laborales Crónicas en la Depresión de la Mujer* Tesis para optar Grado Académico de Doctora. Universidad Complutense. Madrid, España.

Consultado el 13 de Junio 2008 en:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2758586>

- Ponce E., Gómez F., Terán M., Irigoyen A. y Landgrave S. (2002) *Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México)*.
Consultado el 12 de Diciembre 2007 en
<http://external.doyma.es/pdf/27/27v30n10a13041205pdf001.pdf>
- Polaino – Lorente, A., y Martínez, P. (1998). *Evaluación psicológica y psicopatología*. Madrid: Ed. Rialp.
- Prado R., Águila M. (2003). *Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes*. Consultado el 9 de setiembre 2008 en *Revista Persona Pública de la Facultad de Psicológica de la Universidad de Lima* 6 178-196.
En <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2879576>
- Ruíz, J. y Gonzales, P. (1996). *Depresión, memoria implícita y procesamiento de información emocional*. Consultado el 02 de febrero 2009 en *Revista de Psicología general Aplicada, de la Federación Española de Asociaciones de Psicología* 49(1), 103 - 110.
En <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2358127>
- Saad de Janon, E. y Saad de Janon, J. (2003) *La depresión y la adolescencia y disfuncionalidad familiar: Un enfoque multidisciplinario*. Consultado el 16 de diciembre 2009 en:
<http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/13495/>
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2006). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima: Ed. Visión.
- Shaffer, D. (2000). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. Madrid: Ed. Thomson
- Sotil, A. y Quintana, A. (2003). Influencias del clima familiar, estrategias de aprendizaje e inteligencia emocional en el rendimiento académico. *Revista de Investigación en Psicología UNMSM*. 6(2), 53-69.
- Villa, A., Robles, M., Gutiérrez, E., Martínez, M., Valadez, F. y Cabrera, C. (2009) *Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para intento de suicidio*. Consultado el 14 enero 2010 en *Revista médica Instituto Mexicano Seguro Social* 47(6) 643 – 646
http://edumed.imss.gob.mx:8080/srv_med_bus/portaPdf.jsp?art_cve=A666.pdf

Zapata, J., Figueroa, M., Méndez, N., Miranda, V., Linares, B., Carrada, T., Vela, Y. y Rayas, A.

(2007) *Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia*. Consultado el 14 de marzo 2008 en *Boletín Médico Hospital Infantil de México Federico Gómez Instituto Nacional de Salud* 64(5), 295 – 301.

En <http://medigraphic.com/espanol/e-htms/e-bmhim/em-hi.htm>

Zavala, G. (2001). *El clima familiar, su relación con los intereses vocacionales y los tipos caracterológicos de los alumnos del 5to. año de secundaria de los colegios nacionales del distrito del Rímac*. Tesis para optar el Título Profesional de Psicólogo. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Consultado el 10 de Abril 2006 en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/Salud/Zavala_G_G/cap2.htm.

Zarate, I. (2003). *Factores psicosociales familiares asociados a la iniciación sexual en escolares de educación secundaria de Lima Cercado*. Tesis para optar por el Grado Académico de Magíster en Psicología, mención: Psicología Clínica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

ANEXOS

ANEXO A

Tabla N° 8. Validez del contenido por el método de criterio de jueces de la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar

ITEM	RT	Resultados Obtenidos por los Jueces										TA	V
		J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10		
1	Coh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
2	Adap	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
3	Coh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
4	Adap	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
5	Coh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
6	Adap	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
7	Coh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
8	Adap	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
9	Coh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
10	Adap	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
11	Coh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
12	Adap	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
13	Coh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
14	Adap	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
15	Coh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
16	Adap	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
17	Coh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
18	Adap	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
19	Coh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
20	Adap	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
21	Coh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
22	Adap	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
23	Coh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
24	Adap	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
25	Coh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
26	Adap	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
27	Coh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
28	Adap	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
29	Coh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
30	Adap	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
31	Coh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
32	Adap	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
33	Coh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
34	Adap	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
35	Coh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
36	Adap	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
37	Coh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
38	Adap	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
39	Coh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00
40	Adap	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.00

ANEXO B

Tabla N° 9. Validez del contenido por el método de criterio de jueces del Cuestionario Estructural Tetradimensional de Depresión

ITEM	RT	Resultados Obtenidos por los Jueces										TA	V
		J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10		
1	HD	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9/10	0.9
2	HD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
3	HD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
4	HD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
5	HD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
6	HD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
7	HD	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9/10	0.9
8	HD	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9/10	0.9
9	HD	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9/10	0.9
10	HD	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9/10	0.9
11	HD	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9/10	0.9
12	HD	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9/10	0.9
13	HD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
14	HD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
15	HD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
16	HD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
17	HD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
18	HD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
19	HD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
20	HD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
21	HD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
22	VE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
23	VE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
24	VE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
25	VE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
26	VE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
27	VE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
28	VE	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9/10	0.9
29	VE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
30	VE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
31	VE	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9/10	0.9
32	VE	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9/10	0.9
33	VE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
34	VE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
35	VE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
36	Dis	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	8/10	0.8
37	Dis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
38	Dis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	0.8
39	Dis	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	8/10	0.8
40	Dis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
41	Dis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0

42	Dis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
43	Dis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
44	Dis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
45	Dis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
46	Dis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
47	Dis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
48	Dis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
49	Dis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
50	Rpt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
51	Rpt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
52	Rpt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
53	Rpt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
54	Rpt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
55	Rpt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
56	Rpt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
57	Rpt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
58	Rpt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10	1.0
59	Rpt	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9/10	0.9
60	Rpt	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9/10	0.9
61	Rpt	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9/10	0.9
62	Rpt	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9/10	0.9
63	Rpt	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9/10	0.9

Dimensión I: Humor Depresivo (HD)

Dimensión II: Vaciamiento energético (VE)

Dimensión III: Discomunicación (Dis)

Dimensión IV: Ritmopatías (Rpt)

-0-0-0-0-0-

ANEXO C

ESCALA DE EVALUACIÓN DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR FACES III (OLSON, 1985)

Apellidos y Nombres: _____ Sexo: _____
 Edad: _____
 Lugar que ocupa en la familia: _____ Número de hermano: ___ de ____.
 Nivel de Instrucción: _____
 Distrito de procedencia: _____

INSTRUCCIONES

A continuación va encontrar una serie de afirmaciones acerca de como son las familias, ninguna de dichas frases es falsa o verdadera, pues varia de familia en familia.

Ud. Encontrará cinco (5) posibilidades de repuesta para cada pregunta

- | | |
|------------------|-----|
| Casi Nunca | (1) |
| Una que otra vez | (2) |
| A veces | (3) |
| Con frecuencia | (4) |
| Casi siempre | (5) |

Le pedimos a Ud. Que se sirva leer con detenimiento cada una de las proposiciones y contestar a ellas sinceramente marcando con una (x) la alternativa que según Ud. Refleja cómo vive en su familia.

Pase a las siguientes afirmaciones y responda

Describe a tu familia actualmente	Casi Nunca (1)	Una vez que otra vez (2)	A veces (3)	Con frecuencia (4)	Casi siempre (5)
1. Los miembros de mi familia se piden ayuda unos a otros.					
2. En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos.					
3. Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene.					
4. Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina					
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia cercana					
6. Diferentes personas de mi familia actúan en ella como líderes.					
7. Los miembros de mi familia se sienten más cerca entre sí que a personas externa a la familia.					
8. En nuestra familia hacemos cambios en la forma de realizar los quehaceres.					
9. A los miembros de mi familia nos gusta pasar tiempo libre juntos.					
10. Padres e hijos discuten juntos las sanciones.					
11. Los miembros de mi familia se sienten muy cerca unos a otros.					
12. Los hijos toman las decisiones en la familia					
13. Cuando en la familia compartimos actividades, todos estamos presentes.					
14. Las reglas cambian en nuestra familia.					
15. Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.					
16. Nos turnamos las responsabilidades de la casa.					
17. Los miembros de la familia se consultan entre sí sus decisiones.					
18. Es difícil identificar quién o quiénes son los líderes en nuestra familia.					
19. La unión familiar es muy importante.					
20. Es difícil decir quién se encarga de que labores en el hogar.					

Idealmente, cómo te gustaría que sea tu familia	Casi Nunca (1)	Una vez que otra vez (2)	A veces (3)	Con frecuencia (4)	Casi siempre (5)
1. Los miembros de mi familia se pedirían ayuda unos a otros.					
2. En la solución de problemas se seguirían las sugerencias de los hijos.					
3. Nosotros aprobaríamos a los amigos que cada uno tiene.					
4. Los hijos expresarían su opinión acerca de su disciplina.					
5. Nos gustaría hacer cosas sólo con nuestra familia cercana.					
6. Diferentes personas actuarían en ellas como líderes.					
7. Los miembros de mi familia se sentirían más cerca entre sí que a personas externas a la familia.					
8. En nuestra familia haríamos cambios en la forma de realizar los quehaceres.					
9. A los miembros de la familia nos gustaría pasar tiempo libre juntos.					
10. Padres e hijos discutirían juntos las sanciones.					
11. Los miembros de la familia se sentirían muy cerca uno del otro.					
12. Los hijos tomarían las decisiones en la familia.					
13. Cuando en la familia compartimos actividades, todos estaríamos presentes.					
14. Las reglas cambiarían en nuestra familia.					
15. Fácilmente se nos ocurriría cosas que podemos hacer en familia.					
16. Nos turnaríamos las responsabilidades de la casa.					
17. Los miembros de la familia se consultarían entre sí sus decisiones.					
18. Sería difícil identificar quién es o quiénes son los líderes en nuestra familia.					
19. La unión de la familia sería muy importante.					
20. Sería difícil decir quién se encargaría de que labor en el hogar.					

LA PRUEBA HA CONCLUIDO

GRACIAS POR TU ATENCIÓN

ANEXO D

CET – DE (ALONSO FERNANDEZ 1998)

Cuestionario Estructural tetradimensional para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión.

Nombre y Apellidos: _____ Sexo: _____
 Edad: _____ Grado de instrucción : _____
 Distrito de procedencia: _____

DIMENSIÓN I : Humor depresivo	Respuesta	Puntuación
1.¿Experimenta sensación de amargura?		
2.¿Se siente triste?		
3.¿Siente falta de alegría?		
4.¿Tiene sentimientos de inquietud o temor?		
5.¿Tiene muchas ganas de llorar o llora fácilmente?		
6.¿Siente que le pesa la vida?		
7.¿Se siente enfermo del cuerpo o esta pendiente de cómo va su cuerpo?		
8.¿Siente todo el cuerpo pesado o con cualquier otra clase de sensaciones generalizadas molestas o extrañas?		
9. En la cabeza, la nuca el cuello o la cara		
10. En el pecho o la espalda		
11. ... En el vientre, las nalgas o los genitales		
12. ... En los brazos o las piernas		
13. ¿Se siente incapaz para solucionar los problemas habituales de su vida?		
14. ¿Se preocupa por pequeñas cosas?		
15. ¿Piensa más de lo habitual en problemas económicos?		
16. ¿Tiene preocupación de haber hecho algo malo?		
17. ¿Se cree responsable de sus trastornos actuales?		
18. ¿Se siente inferior a los demás?		
19. ¿Cree que lo que le ocurre no tiene arreglo?		
20. ¿Cree que no vale la pena vivir?		
21. ¿Ha pensado en quitarse la vida?		
DIMENSIÓN II : Vaciamiento energético		
22. ¿Se siente aburrido o desinteresado por todo?		
23. ¿Tiene dificultad para recordar?		
24. ¿Le cuesta trabajo pensar?		
25. ¿Se siente vacío de sentimientos?		

	Respuesta	Puntuación
26. ¿Le cuesta tomar decisiones?		
27. ¿Ha disminuido su actividad habitual?		
28. ¿Pasa en la cama más tiempo de lo habitual?		
29. ¿Siente que la cabeza está como paralizada por dentro?		
30. ¿Tiene sequedad de boca?		
31. ¿Hace mal las digestiones o tiene nauseas o vómitos?		
32. ¿Tiene estreñimiento o diarrea?		
33. ¿Se siente agotado o se cansa enseguida?		
34. ¿Se encuentra sin deseos o interés para la actividad sexual, que habitualmente?		
35. ¿Le da muchas vueltas a las cosas?		
DIMENSIÓN III: Discomunicación: o falta de sociabilidad		
36. Tiene algún problema alucinación visual o auditiva, ajeno a su posible problema habitual?		
37. ¿Ha dejado de alegrarse con la compañía de los seres queridos?		
38. ¿Está más sensible que antes?		
39. ¿Han dejado de afectarle las cosas importantes?		
40. ¿Habla menos con su familia o con sus amistades, que antes?		
41. ¿Se siente solo o alejado de los demás?		
42. ¿Se siente enfadado o molesto con otras personas?		
43. ¿Se siente receloso o desconfiado?		
44. ¿Siente algo extraño en el aspecto de las personas?		
45. ¿Ve menos la televisión o escucha menos la radio que antes?		
46. ¿Habla con alguien de las cosas o circunstancias que le molestan?¿qué comenta?		
47. ¿Está menos cariñoso o expresivo que habitualmente?		
48. ¿Le resulta más difícil que antes entender las conversaciones o la lectura?		
49. ¿Ha dejado de arreglarse o de vestirse como habitualmente lo hace?		
DIMENSIÓN IV: Ritmopatía		
50. ¿Tarda mucho en quedarse dormido?		

	Respuesta	Puntuación
51. ¿Se despierta con frecuencia durante la noche o tiene pesadillas durante el sueño?		
52. ¿Se despierta antes de lo habitual y ya no puede dormirse?		
53. ¿Su peor momento del día es cuando se despierta?		
54. ¿Duerme, en conjunto, más que antes?		
55. ¿Se encuentra peor por las mañanas?		
56. ¿Está más activo por la noche que por el día?		
57. ¿Nota muchos cambios en su modo de sentirse a lo largo del día?		
58. ¿Tiene momentos durante el día en los que se queda fijado en su pensamiento, como una especie de ensueño?		
59. ¿Ha perdido apetito o peso?		
60. ¿Tiene momentos con sensación de hambre muy fuerte?		
61. ¿Se le hacen los días muy largos?		
62. ¿Piensa más en las cosas del pasado que en las del presente?		
63. ¿Ha dejado de tener planes para el futuro?		

LA PRUEBA HA CONCLUIDO

GRACIAS POR TU ATENCION

Para uso del Evaluador

Tabla de criterio de Evaluación

- 0: Ausencia del síntoma
- 1: síntoma dudoso
- 2: Síntoma poco claro
- 3: Síntoma ligero (un poco) o esporádicamente (con frecuencia de 1 ó 2 veces x semana)
- 4: síntoma bien definido (medio, intenso o muy intenso)