UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN ESCUELA DE POST GRADO



FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y LA DEPRESION EN ESTUDIANTES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA HEROES DE JACTAY, HUÁNUCO – 2016

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

MAESTRO EN PSICOLOGÍA

MENCIÓN: INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS E INVESTIGACIÓN

TESISTA: EDWARD WALTER CRISTOBAL LOAYZA

ASESOR: DR. ERASMO SANTILLAN OLIVA

HUÁNUCO – PERU

DEDICATORIA

A Dios, quien me cuida, guía e ilumina mi camino para crecer y ser mejor.

A mi amada esposa por su apoyo y motivación para lograr ésta meta académica.

A mis padres, que me dieron el aliento a continuar desarrollando mi proyecto de vida.

AGRADECIMIENTO

Manifiesto mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que me apoyaron incondicionalmente en esta investigación.

A mi amigo y psicólogo, Antonio Serpa Barrientos, quien con su guía, experiencia y conocimientos, permitió culminar esta investigación.

Agradecer a mi asesor el Dr. Erasmo Santillán Oliva, quien con su visión analítica y critica, permitió fortalecer el proceso de mi investigación.

Y por último agradezco a todos los estudiantes de la institución educativa, que permitieron la recolección de datos de esta investigación.

RESUMEN

Con frecuencia la mayoría de adolescentes presentan adversidades familiares que contribuyen a generar sintomatología depresiva, por ello ésta investigación no experimental tuvo como objetivo conocer la relación entre el clima social familiar y los síntomas depresivos de los estudiantes de la Institución Educativa "Héroes de Jactay" – Huánuco 2016. La población estuvo conformada por todos los adolescentes de ambos sexos con edades que fluctúan entre 12 y 17 años, siendo la muestra de estudio de 282 estudiantes, cumpliendo así los criterios de selección por el muestro no probabilístico. Se aplicó la Escala del Clima Social Familiar (0.80 alfa de Cronbach) y el Inventario de Depresión Infantil (0.81 alfa de Cronbach), aplicándose estrategias para asegurar principios éticos y los criterios de cientificidad.

La prueba estadística de Spearman (0.05), afirma que existe relación entre clima social familiar y síntomas depresivos, en cuanto a la funcionalidad familiar y depresión (p< 0.05), los evaluados presentaron una mejor funcionalidad familiar y mostraron un menor grado de depresión, en cuanto a la cohesión y depresión (p< 0.05), los evaluados presentaron una mejor cohesión, siendo menor la depresión, en cuanto al funcionamiento familiar y la depresión, esta correlación es de tipo inversa significativa y de grado media (r= -0.288). Por lo tanto, a menor adaptabilidad, mayor nivel de depresión, aceptándose con ello la hipótesis planteada. Asimismo, se afirma que el adolescente con conflictos familiares está más propenso a presentar síntomas depresivos, en tal sentido es importante desarrollar iniciativas multidisciplinarias dirigidas a los estudiantes y padres de familia, para reforzar redes de apoyo.

Palabras clave: Familia, depresión, adolescentes.

SUMMARY

Most teens often have family adversities that contribute to depressive symptomatology, therefore this cross non-experimental research aimed to determine the relationship between the family social climate and the depressive symptoms of students in educational institution Heroes brag in December 2016. The population was formed by formed by all teens of both sexes ages that fluctuate between 12 and 17 years old, being the sample of study of 282 students, met so the selection criteria for the non-probability sampling. Applied the scale of family social climate (0.80 alpha of Cronbach) and child depression inventory (0.81 Cronbach's alpha), known strategies to ensure ethical and scientific criteria.

The statistical test of Spearman (0.05), says that there is a relationship between family social climate and symptoms for depression and the family function (p < 0.05), are assessed as presenting a better functionality of the family tend to show lower degree of depression, in terms of cohesion and depression (p < 0.05), are assessed as presenting a better cohesion, depression is less in terms of family functioning and depression, this correlation is significant reverse type and grade average (r = -0.288). Therefore, less adaptability, higher level of depression, accepting thereby the hypothesis. Affirming that the teenager with family conflicts is more likely to have depressive symptoms, is therefore important to develop multidisciplinary initiatives aimed at students and parents, to strengthen support networks.

Key words: family, depression, adolescents.

INTRODUCCION

La familia tiene una posición importante en la sociedad, que está compuesta por padre, madre e hijos a quienes se les brinda pautas y recursos para crecer y explorar el mundo desde sus primeros años de vida con la finalidad de poder ser personas autónomas e interactuar en el mundo a medida que lleguen a ser 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; sin embargo, 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 enfocó en la relación que tiene la funcionalidad familiar con la ausencia o presencia de depresión en los adolescentes.

En el primer capítulo se realizó el planteamiento del problema, además se formuló los objetivos, la justificación y las limitaciones del presente estudio; el segundo capítulo se enfocó en el marco teórico, donde se plasman investigaciones anteriores además de conceptualizar las variables empleadas en la investigación; en el tercer capítulo se expuso 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 definió las variables, se explicó 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 presentó los resultados de la evaluación; y el último capítulo comprende discusión de los resultados, las conclusiones, las recomendaciones y los anexos.

INDICE

Dedicatoria	V
Agradecimiento	IV
Resumen	VII
Sumary	IX
Introducción	X
Índice	XIII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIO	13
1. Descripción del problema	13
2. Formulación del problema	18
3. Objetivos	19
3. Hipótesis	20
4. Variables	21
5. Justificación e importancia	21
5. Variabilidad	23
5. Limitaciones	23
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	25
1. Antecedentes	25
2. Base teórica	41
3. Definiciones conceptuales	82
CAPÍTULO III: MARCO METODOLOGICO	85
1. Metodología	85
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	97
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	102
CONCLUSIONES	106
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	107

BIBLIOGRAFIA	109
ANEXOS	116

CAPÍTULO I

EL PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1. Descripción del problema

Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre si mismos y miedo que muchas veces se agravan con el divorcio de los padres, la integración a una nueva familia con padrastros y hermanastros, la expulsión del seno familiar, la deserción escolar o la no aceptación por parte de sus compañeros. La falta de comprensión y ayuda en estos periodos de búsqueda de identidad pueden desencadenar crisis permanentes que lo pueden llevar al suicidio o al desarrollo de una personalidad antisocial. (Serrano, 2010)

La familia ha sido y es una institución que varía, se transforma, se adapta, se reinventa y puede construir 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 primera fuente de apoyo a pesar de los conflictos que puedan suscitarse. El efecto 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, en la actualidad se 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 monunity, en referencia a familias poblaban guetos de las que grandes ciudades norteamericanas en las que proliferan problemas sociales como la drogodependencia, conducta criminal o delincuencial, 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 n 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 "Familias Multiproblemática". Por otro lado, Minuchin y Montalvo (2003, citado por Navarro y Cols., 2007), clasifica a las familias como familias desconectadas y familias en redadas. 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 autoestima. Mientras que las familias enredadas se caracterizan por la estrecha relación de 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), refiere que el concepto de la familia multiproblemática o disfuncional debe ser analizado no solo 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 están viendo afectadas (físico biológicas, se efectivas y emocionales. relación interacción entre sus miembros. е pertenencia y necesidades educacionales).

Horwitz (1986, citado por Barna y Cols, 1986), comenta que la familia con hijos adolescentes ha recibido mucha atención a mediados de los años 80's, por los conflictos potenciales que surgían en ella. Los padres deben aceptar el desarrollo físico y psicológico de sus hijos, asi como las decisiones personales frente a su futuro académico, laboral y familiar, aunque en ocasiones difiera de sus expectativas (explicitas 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, o 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 Bayle (1997, citados por Callebed y Cols., 1997), encontraron investigadores en las que se halla la presencia de factores asociados a la depresión adulta que también se cumplan en los adolescentes. No obstante, Ibarra (2003), comenta que , a inicios de la adolescencia los posibles síntomas de depresión de 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 sustancias psicoactivas, promiscuidad sexual y los intentos de suicidio.

Blum (2000, citado por Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004), comenta que los jóvenes son uno de los grupos etáreos que presenta 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), refiere que los criterios del trastorno depresivo son parecidos entre niños, adolescentes y adultos, de acuerdo al DSM IV, solo que los adolescentes el

síntoma característico es el notable cambio de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o problemas de conductas.

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 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, forma adolescentes con baja autoestima, inseguros e inmaduros para asumir responsabilidades, por lo cual suele ser propensos a desencadenar un cuadro depresivo (Alvares, 2009).

Larraguibel, Gonzales, 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 existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión.

Asimismo, Pardo, Sandoval y Umbarila (2004) comenta en su artículo sobre La adolescencia y Depresión, que dentro de las variables que se asocian en 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 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, satisfacción y adaptación, además de mejor uso de estrategias de restructuración para afrontar los problemas y el mayor orgullo de pertenecer a la familia.

2. Formulación del problema

2.1 Problema general

¿Qué relación existe entre el funcionamiento familiar y la depresión en estudiantes de la institución educativa Héroes de Jactay Huánuco – 2016?

2.2 Problemas específicos

- ¿Qué relación existe entre la dimensión de cohesión del funcionamiento familiar y la depresión en estudiantes de la Institución Educativa Héroes de Jactay Huánuco – 2016?
- 2. ¿Qué relación existe entre la dimensión de adaptabilidad del funcionamiento familiar y la depresión en estudiantes de la Institución Educativa Héroes de Jactay Huánuco – 2016?

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Conocer la relación que existe en el funcionamiento familiar y la depresión en estudiantes de la Institución Educativa Héroes de Jactay Huánuco – 2016

3.2 Objetivos específicos

 Identificar la relación que existe entre la dimensión de cohesion del funcionamiento familiar y la depresión en estudiantes de la Institución Educativa Héroes de Jactay Huánuco – 2016.

2. Identificar la relación que existe entre la dimensión de adaptabilidad del funcionamiento familiar y la depresión en estudiantes de la Institución Educativa Héroes de Jactay Huánuco – 2016.

3. Hipótesis

2.1.1 Hipótesis General

Existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y la depresión en estudiantes de la Institución Educativa Héroes de Jactay Huánuco – 2016

2.1.2 Hipótesis específicos

- H1. Existe relación significativa entre la dimensión de cohesión
 del funcionamiento familiar y la depresión en estudiantes de la
 Institución Educativa Héroes de Jactay Huánuco 2016
- H2. Existe relación significativa entre la dimensión de adaptabilidad del funcionamiento familiar y la depresión en estudiantes de la Institución Educativa Héroes de Jactay Huánuco – 2016

4. Variables

Las variables correlacionadas en esta investigación son:

a) Variable Independiente: Funcionamiento Familiar.

b) Variable Dependiente: Depresión Infantil.

5. Justificación e importancia

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 esta época 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 Shafer (2000).

En el año 2014, el MINSA realizó un artículo Depresión y suicidio en donde señala que tanto niños y adolescentes como adultos pueden padecer de depresión. Es un trastorno cuando los síntomas depresivos persisten en el tiempo e interfieren con las relaciones y capacidad productiva. Es multicausal, y puede desencadenarse por eventos estresantes como maltrato, perdida o ausencia de seres queridos, separación de los padres, problemas de aprendizaje, problemas físicos o médicos, o sin causa especifica. Es frecuente, encontrar en la familia, antecedentes de depresión. En el Perú el Estudio Epidemiológico del Instituto Nacional de Salud Mental HD-HN-2002-2007 señala que el episodio depresivo es el trastorno mental más frecuente en adolescentes, en Lima: 8.6%, en la sierra: 5.7%, en la selva: 4.7%. Como indicador de riesgo de suicidio, este mismo estudio reporta, en adolescentes, bajo la pregunta: "alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas": 29.1% en Lima, 29.6% en sierra, y 25.4 en ciudades de la selva.

Estos adolescentes en algunos casos son derivados a los servicios de salud, en la intervención clínica se pueden evidenciar sentimientos de tristeza, inutilidad, molestia física, irritabilidad, ansiedad, trastornos de sueño, falta de atención, etc. Los casos pueden deberse a depresión, falta de autoestima o incapacidad para visualizar un mejor futuro; siendo alguno de los factores desencadenantes: 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 respuesta para que los servicios de salud y sobre todo el colegio, puedan dar una mejor orientación a los adolescentes y sus familias.

La meta general es conocer como la depresión se relaciona con el funcionamiento familiar en los adolescentes, para luego determinar si existe una relación significativa entre ambas.

6. Viabilidad

Esta investigación está supeditada a la disponibilidad de recursos financieros, humanos y materiales que determinaran en última instancia los alcances de la investigación, es decir para cada uno de estos aspectos hay que hacer un cuestionamiento crítico y realista con una respuesta clara y definida, ya que alguna duda al respecto puede obstaculizar los propósitos de la investigación.

7. Limitaciones

La naturaleza humana es tan compleja que los métodos de análisis y medición son todavía inadecuados para la satisfacción de nuestras necesidades, lo cual afecta considerablemente la medición de las variables de estudio, pues aparte de no tener idénticas definiciones sobre uno mismo, no se cuenta en el país con instrumentos estandarizados y ajustados a nuestra realidad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. Antecedentes

2.3.1 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 Bames 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, aun 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, 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 Participaron adolescentes. 508 hombres v 428 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 Estresores 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 psiguiatra 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%)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 socioeconómico bajo muestra una asociación un estrato 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 materao-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:

Alvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez (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 a= 0.86, así mismo utilizó el inventario de Depresión de Beck (BDÍ) 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 promedio 14,7 grado edad de 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 eu 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 Birleson 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 cois. (2007) como el estudio de Cogollo y cois. (2009) indican que no se encontró relación significativa en las variables; no obstante, en las investigaciones dadas por Álvarez y cois. (2009) y Leyva y cois. (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 cómo se da la relación entre dichas variables en el contexto nacional.

2.3.2 Investigaciones nacionales

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

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 d imensiones 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 condición socioeconómica Rímac. de 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 Irickett, 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, lugar de inseguridad desconcierto en У 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 Independiencia, 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. Bases teóricas

2.1 La familia:

2.1.1 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 cois., (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.

2.1.2 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 cois., (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 v 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 o 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).

2.1.3 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 ya 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 cois., (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:

a) 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.

b) Agente de Socialización. La familia es el primer agente socializador de los hijos (Navarro y cois., 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) 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.

2.1.4 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 ENNTV (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:

a) 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.

b) 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 cambio, 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 а 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 qué medida se relaciona con los problemas psicosociales que manifiestan al asistir a consulta psicológica.

2.2 La adolescencia:

2.2.1 Definición y características.

Camacho (2002) define a la 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 adolescencia primera etapa de 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 está 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 toma negativo y conflictivo en lugar de reflejar aceptación y sensibilidad, los problemas se agudizan.

2.2.2 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 cois., 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 psicológicos dentro la trastornos de adolescencia ya que el contexto sociocultural tiene gran influencia. Lo que sí tiene coherencia y lo demuestran las mujeres investigaciones es que las tienen 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.

2.2.3 El adolescente como parte de la familia. Barna y cois. (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 cois., 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 prolección, la educación y el desarrollo de los niños incumbe a la familia (...)" (P- O

Pinto y cois. (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 turna decisiones (Olivia y Parra, citados por Arranz, 2004, p. 122).

2.2.4 La familia como sistema social. Existen diversos modos de enfocar la noción de familia, Bama cois. (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 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).

2.2.5 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 Circunflejo 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 empatia, 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:

- a) 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:
 - 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 parentofilial, 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.

- 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 paiento-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que se pasa junto es importante, el espacio privado 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.
- 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.

Separada: Hay separación emocional, la lealtad familiar ocasional, el es involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva, los limites parento-fiHales 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, 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,

- b) 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:
 - 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

- 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
- 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.
- 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 circumplejo es el más adecuado y corresponde a las familias resultantes de la combinación de los siguientes grados de adaptabilidad cohesión. Flexiblemente flexiblemente separada, estructuralmente conectada. separada У estructuralmente conectada.
- b) El modo o rango de familia medio moderado. Corresponde familias а las resultantes de la combinación de los siguientes grados adaptabilidad cohesión: de У 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 qué medida el afrontamiento a los cambios está siendo favorable para él o está incurriendo en problemas psicológicos que lo limitan en su desarrollo.

2.3 La depresión

2.3.1 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, perdida 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 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 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 ia depresión se desarrolla en forma de aspecto triste (disforia) mientras que ja

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.

2.3.2 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:

a) 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 al perdida consciente que es real y evidencia duelo, y la perdida inconsciente relacionada con la melancolía. Estos conceptos básicos permiten saber en qué momento se está frente a un estado de depresión por una perdida evidente y la persona entra en duelo natural, y en qué 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).

Avila (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 asís 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 (Avila, 1990).

b) 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 interpretar para 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.

c) 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.

2.3.3 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:

a) 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.
- b) 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) 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 incluso actitud de una desconfianza ante los demás; así también en la parte física se observa descuido en su aspecto personal, hasta alteraciones a nivel sensorial.
- d) 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.

2.3.4 Depresión en la adolescencia. De acuerdo a las investigaciones de Callabed y cois. (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 cois. (1997). Este estado es común en los adolescentes como consecuencia del proceso normal de maduración, el estrés asociado a él, la influencia de sexuales las hormonas ٧ 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 cois. (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 а que comportamiento normal se caracteriza por variaciones del estado de ánimo. Por otra parte, la depresión persistente, el rendimiento escolar inestable, relaciones caóticas con familiares y amigos, consumo de sustancias adictivas 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 aislan 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 cois., 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 cois. (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.

3. Definiciones conceptuales

3.1 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:

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

c) Comunicación familiar: Es un proceso interactivo que tiene gran importancia en la forma en cómo interactúan los miembros y en qué 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

- a) 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.
- b) El rango medio o moderado: Donde existe cierta polarización en la cohesión o la adaptabilidad familiar. Las tipos de familia son los siguientes: Separada - caótica, conectada - caótica, dispersa -flexible, aglutinada - flexible,

dispersa - estructurada, aglutinada - estructurada, separada - rígida y conectada - rígida.

- c) El rango extremo: Es el nivel menos adecuado y los tipos de familia son: Dispersa - caótica, aglutinada - caótica, dispersa - rígida y aglutinada - rígida.
- **3.2 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.

3.3 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.

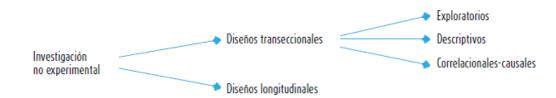
CAPÍTULO III

MARCO METODOLOGICO

1. Metodología

1.1 Tipo de investigación

Sampieri, Fernandez, Baptista (2014) definen a este tipo de investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios en los que **no** hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que hacemos en la **investigación no experimental** es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos (The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences, 2009b).



1.2 Diseño y esquema de la investigación

Los diseños de **investigación transeccional** o **transversal** recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (Liu, 2008 y Tucker, 2004). Su propósito es describir variables y analizar

su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como "tomar una fotografía" de algo que sucede.

Estos diseños describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado. A veces, únicamente en términos correlacionales, Sampieri, Fernandez, Baptista (2014)

1.3 Población y muestra

- a) Población. La población estará conformada por todos los adolescentes de ambos sexos con edades de que fluctúan entre 12 y 17 años pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo, de la Institución Educativa Héroes de Jactay – 2016.
- b) Muestra. Sampieri, Fernandez, Baptista (2014), en las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador (Johnson, 2014, Hernández-Sampieri et al., 2013 y Battaglia, 2008b). Aquí el procedimiento no es mecánico ni se basa en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un

grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación.

Para el presente estudio se elegirán adolescentes varones y mujeres que estén matriculados dentro de la Institución Educativa "Héroes de Jactay" y que ésta sea significativa para el presente estudio.

1.4 Definición operativa del instrumento de recolección de datos

a) INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL DE KOVACS

El Inventario de Depresión Infantil (CDI) ha sido diseñado para medir la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. Es una prueba fácil de leer y comprender pues ha sido creada para un nivel muy básico de escolaridad (Sood y Nirbhay, 1996) por lo que se puede aplicar desde los 7 años.

La última versión del CDI (2004) en español presenta 27 ítems, cada uno de ellos expresados en tres frases que muestran, en distintas intensidades o frecuencias, la presencia de sintomatología depresiva en el niño o el adolescente. El contenido de estos ítems cubre la mayor parte de los criterios utilizados para el diagnóstico de la depresión infantil. El resultado de la prueba permite obtener datos acerca del nivel de la

depresión total y de dos escalas adicionales: Disforia y Autoestima negativa (Kovacs, 2004).

Ficha técnica.

Autores : Maria Kovacs

Título : Inventario de Depresión Infantil

Nombre original : Children's Depression Inventory

Aplicación : Individual o Colectiva.

Tiempo : Entre 10 y 25 minutos

Edad : 7 a 15 años

Finalidad : Evaluación de sintomatología depresiva

Baremación : Baremos en puntuaciones percentiles,

típicas, Z y T para tres rangos de edad

(7-8 años, 9-10 años y 11 a 15 años).

Material : Manual y ejemplar autocorregido

Adaptación española: Victoria del Barrio y Miguel Ángel Carrasco

Confiabilidad

Consistencia interna. Para demostrar la consistencia interna del CDI en las versiones anteriores a la del 2004, se realizaron 24 estudios, entre 1978 y 2003, en diversos países como Kuwait, Egipto, Estados Unidos, Inglaterra, Italia y España; tanto con muestras clínicas como normales. Se ha obtenido resultados que en su mayoría Adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs 23 indican que el instrumento es fiable, pues el Alfa de Cronbach varía entre 0.70 y 0.94, lo cual significa que entre el 70

y el 94 % de los puntajes observados es atribuible a un puntaje verdadero (Kovacs, 2004).

En 7 de los anteriores estudios también se obtuvo la confiabilidad por mitades, la cual varía entre 0.54 y 0.84; en cinco de estos estudios este tipo de confiabilidad está por encima de 0.70, por lo que se confirma su grado de fiabilidad (Kovacs, 2004).

Los estudios hechos en muestras españolas por Frías, Del Barrio y Mestre (1991, citados en Kovacs 2004), Del Barrio, Moreno y López (1999, 2001 citados en Kovacs), dan una confiabilidad a través del Alfa de Cronbach, entre 0.81 y 0.82.

En el estudio que Raffo (1991) realizó en el Perú, se obtuvo un adecuado nivel de consistencia interna (0.81), así como correlaciones ítem-test comprendidas entre 0.21 y 0.63.

Reategui (1994) encuentra, en su estudio realizado en muestro medio con 685 niños, que el CDI obtiene una alta consistencia interna (α = 0.81), obteniéndose similar consistencia en los resultados obtenidos en la población de escolares (n=570; α = 0.80) y en la población clínica (n=62; α = 0.77).

En la versión española del CDI (2004) se utilizó una muestra de 7759 varones y mujeres, con edades entre 7 y 15 años,

encontrándose una confiabilidad por mitades de 0.79 y por Alfa de Cronbach de 0.80 los cuales son indicadores de un buen grado de confiabilidad.

En este caso, para la muestra estudiada se obtuvo una confiabilidad por el coeficiente de alfa de Cronbach de 0.83, lo cual implica que existe consistencia interna adecuada en el instrumento.

Validez

Validez de contenido. Raffo (1991) encuentra una validez de contenido por criterio de jueces por encima del 80% en todos los ítems.

Validez de constructo convergente. Se realizaron 45 estudios, entre 1980 y 2002, para hallar validez de constructo convergente en el CDI de versiones anteriores.

En los estudios se emplearon diversos instrumentos que miden constructos relacionados con la depresión infantil. Se obtienen correlaciones positivas con los instrumentos que miden los constructos de ansiedad, estilo atribucional, miedo, ira, agresividad, eventos de vida, entre otros.

El más alto grado de correlación directa está dado por el constructo de ansiedad, destacando el medido con el State Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) con un índice de 0.81 (p<0.001) lo cual hace referencia a la fuerte relación de la depresión infantil con la ansiedad.

También se obtienen correlaciones negativas con los instrumentos que miden los constructos de autoestima, extraversión, control de creencias, entre otros; el más alto grado de correlación inversa está dado por el constructo de autoestima, resaltando el medido con el Self-Steem Scale Piers-Harris (SCS) con un índice de -0.89 (P< 0.001) lo cual hace referencia a la relación que existe entre la depresión infantil y las puntuaciones negativas de la autoestima.

En nuestro medio, Raffo (1991) encuentra una correlación negativa significativa entre puntaje de sintomatología depresiva y nivel de autoconcepto (r = -0.48; p<0.01; n=80), lo que significa que la sintomatología depresiva está relacionada con bajo nivel de autoconcepto.

Por otro lado, Reategui (1994) encontró relación de la sintomatología depresiva con los siguientes constructos: (a) Autoconcepto, medido con la Escala de Autoconcepto para niños de Daniels-Piers, con el cual obtuvo una relación inversa altamente significativa de -0.80 en mujeres, -0.64 en hombres y -

0.70 en ambos, lo cual hace referencia a la fuerte relación que existe entre altos puntajes de sintomatología depresiva y bajo autoconcepto; (b) Inestabilidad emocional, medido con el Inventario de Personalidad de Eysenk para Niños (IPE-N), con el cual obtuvo una correlación de -0.33; (c) Introversión medido con el IPE-N, con el cual obtuvo una correlación positiva considerable de 0.77; por último (d) Bajo rendimiento escolar, encontrándose cierta relación con las notas escolares bajas de - 0.22 (p<0.01). En la versión española del CDI (2004) se emplearon diversos instrumentos que miden constructos relacionados con la depresión infantil. Se obtienen correlaciones positivas con los instrumentos que miden el constructo de ira con el cual se obtuvo índices entre 0.27 y 0.45 (p<0.01), utilizando el Inventario de Ira estado rasgo (STAXIN).

También, se obtiene relación positiva con el constructo de agresividad con el cual se obtuvo un índice de 0.42 (p<0.01); utilizando la Escala de Agresividad Física y Verbal (AFV).

En otros estudios, se encuentra una correlación positiva con el constructo de Inestabilidad de 0.46 (p<0.01) y se encuentran correlaciones negativas para los constructos de Extraversión, -0.14 (p<0.01); Apertura, -0.42 (p<0.01) utilizando el Cuestionario de Personalidad de los Cinco Grandes Factores para Niños. También se obtiene correlación negativa con algunas escalas del constructo de Temperamento, medido con la Escala de

Temperamento revisada (DOTS-R) entre -0.05 y -0.19. Por último, se encuentra correlaciones negativas con Autoeficacia entre -0.24 y - 0.50 (p<0.01), utilizando la Escala de Autoeficacia Percibida. Todos estos datos muestran una buena validez de constructo y están relacionados con las investigaciones anteriores.

Validez de constructo (Método Análisis Factorial)

Por último, en el presente trabajo presenta en la medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo con una puntación de 0.84 y en la prueba de esfericidad de Bartlett un valor de sig. 0.00, lo que denotaría una aceptación. Además en la obtención de la varianza total explicada, el análisis de los componentes principales con rotación varimax alcanzó un porcentaje acumulado de 60,289 que comprobaría que hay evidencia para afirmar que es válida en la muestra de estudio.

b) ESCALA DE EVALUACIÓN DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR

Se utilizó la Escala de Olson, Joyce Portener y Joav Lavee (1985) - FASES III, que evalúa la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar, consta de 40 ítemes, 20 de la versión real y 20 de la versión ideal.

Ficha técnica del instrumento

- 94 -

Nombre Original: Escala de Evaluación de la Cohesión y

Adaptabilidad Familiar FACES III.

Autores: David Olson, Joyce Portener y Joav Lavee (1985)

Traducción: Ángela Hernández Córdova, Universidad Santo

Tomas, Colombia,

Administración: Individual o colectiva.

Duración: 10 minutos.

Significación: Tercera versión de la escala FACES que fue

diseñada para evaluar dos dimensiones básicas de la familia:

Cohesión y Adaptabilidad dentro del modelo Circumplejo de

David Olson y colaboradores; clasifica 16 tipos de familia. El

instrumento es útil para obtener el Funcionamiento Real, Ideal e

indirectamente la Satisfacción familiar.

Descripción: Cada escala está compuesta de 20 ítems,

agrupados en dos dimensiones:

a) Cohesión familiar, que evalúa el grado en que los miembros

de la familia están separados o conectados a ella; es el vínculo

emocional que los miembros de la familia tienen entre sí, cuenta

con niveles de: Desligada, Separada, Conectada y Amalgamada.

b) Adaptabilidad familiar, evalúa la capacidad que tiene el

sistema de cambiar su estructura (poder, roles, reglas) de

acuerdo a su desarrollo y los eventos que le toca vivir, cuenta

con los niveles: Rígida, Estructurada, Flexible y Caótica.

Validez y confiabilidad.

A través el coeficiente Alpha de Cronbach se ha determinado la confiabilidad para cada escala, en Cohesión es de 0.77, en Adaptabilidad 0.62 y en la escala total 0.68. La prueba Test Retest calculada con el coeficiente de correlación productomomento de Pearson obtuvo en Cohesión 0.83 y Adaptabilidad 0.80.

Para obtener información más adecuada a la realidad, previamente se realizó un estudio piloto con una muestra de personas con características y condiciones similares. Dicho piloto, servirá para elaborar baremos ajustados a esta realidad y por lo tanto, los resultados puedan ser más coherentes para determinar e interpretar las variables de estudio.

1.5 Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos.

Dentro de las técnicas de recojo de datos, utilizaremos instrumentos de medición el cual registrará los datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables en la investigación (Grinnell, Williams y Unrau, 2009). En toda investigación cuantitativa aplicamos un instrumento para medir las variables contenidas en las hipótesis. Para tal efecto, los instrumentos a utilizar contienen *confiabilidad*, *validez* y *objetividad*. La **confiabilidad** de los instrumentos de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales (Hernández-Sampieri *et al.*, 2013;

Kellstedt y Whitten, 2013; y Ward y Street, 2009). La **validez**, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir. La **objetividad** se refiere al grado en que éste es o no permeable a la influencia de los sesgos y tendencias del investigador o investigadores que lo administran, califican e interpretan (Mertens, 2010).

Una vez que los datos se han codificado, transferido a una matriz, guardado en un archivo y "limpiado" los errores, procedemos a analizarlos. El análisis cuantitativo de los datos se lleva a cabo *por computadora u ordenador*. Utilizaremos el software SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales), versión 24. Para finalmente tabularlo en cuadros estadísticos, los cuales nos servirán para poder explicar y confrontar las variables en estudio, las hipótesis, etc.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

COMPOSICION DE LA MUESTRA

Tabla 1

Composición de la muestra por Género

Frecuencia	Porcentaje
122	43
160	57
282	100.0
	160

PORCENTAJE

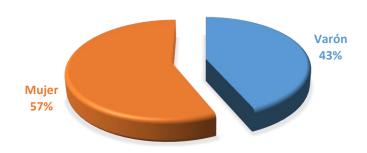


Figura 1. Porcentaje de estudiantes según género.

Tabla 2

Composición de la muestra por Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
11	54	19
12	41	15
13	40	14
14	38	13
15	52	18
16	45	16
17	12	4
Total	282	100.0

Porcentaje de participantes segun edad

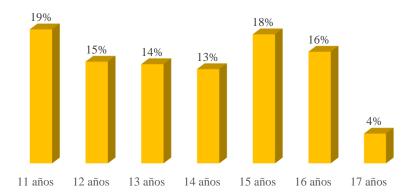


Grafico 2. Porcentaje de participantes según edad.

En el Grafico 2 se presenta con respecto a la participación del presente estudio tenemos que las puntuaciones altas de participación, es así que tenemos a los de 11 años (19%), a los de 15 años (18%) y a los de 16 años (16%), a los de puntuaciones intermedias a los de 12 años (15%), a los de 13 años (14%) y a los de 14 años (13%) y las puntuaciones bajas de participación es al de 17 años (4%).

Pruebas de normalidad

H_i: los datos se ajustan a la curva de distribución normal

H₀: los datos no se ajustan a la curva de distribución normal

Intervalo de confianza: 95%

Nivel de significación: 0.05

Prueba estadística: Kolmogorov-Smirnov

Tabla 3

Pruebas de contraste de normalidad para las variables de estudio y sus dimensiones

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Funcionalidad familiar	.128	282	.000
Depresión	.228	282	.000
Cohesión	.480	282	.000
Adaptabilidad	.269	282	.000

En la tabla 3, se observa que al realizar el análisis de las variables de estudio y sus dimensiones teóricas se encontraron que presentan un valor p (Sig.) menor a 0.05, en todos los casos, lo que expresa que no se ajusta a una distribución normal. De lo anterior señalado, se sostiene que la prueba de hipótesis para las correlaciones se ejecutará con el estadístico no paramétricos, por tal se utilizará el Rho de Spearman, también se podrá identificar el tipo y grado de asociación entre la variable de estudio y sus respectivas dimensiones teóricas.

 Tabla 4

 Correlación entre Funcionalidad familia y depresión

			Depresión
Rho de	Funcionalidad Familiar	Coeficiente de correlación	346
Spearman		Sig. (bilateral)	.000

En la tabla 4, se encontró que es una correlación de tipo inversa y de grado media entre la funcionalidad familiar y depresión (p< 0.05, r=-.346), es decir que los evaluados que presenta una mejor funcionalidad familiar tienden a mostrar menor grado de depresión o viceversa, por lo tanto se acepta la hipótesis de trabajo y se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 5

Correlación entra la dimensión de cohesión de la escala funcionalidad familiar y la depresión.

			Depresión
Rho de Spearman	Cohesión	Coeficiente de correlación	275
		Sig. (bilateral)	.006

En la tabla 5 el análisis muestra que se tiene un valor (p< 0.05); por consiguiente, se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe correlación entre la dimensión cohesión y depresión. Esta correlación es de tipo inversa significativa y de grado media (r= -0.275). Por consiguiente, se puede concluir que a mejor cohesión, menor es la depresión o viceversa.

Tabla 6

Correlación entra la dimensión de adaptabilidad de la escala funcionalidad familiar y la depresión.

			Depresión
Rho de	Adaptabilidad	Coeficiente de correlación	288
Spearman		Sig. (bilateral)	.004

En la tabla 6, el análisis muestra que se halló un valor (p< 0.05); lo cual indica que se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe correlación entre la dimensión adaptabilidad de funcionamiento familiar y la depresión. Esta correlación es de tipo inversa significativa y de grado media (r= -0.288). Por lo tanto, se puede concluir a menor adaptabilidad, mayor nivel de depresión o viceversa.

CAPÍTULO V

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

La presente investigación tuvo como objeto el estudio del clima social familiar y los síntomas depresivos. Entendiendo al clima social familiar, como el resultado de sentimientos actitudes, normas y formas de comunicarse, que un adolescente tiene dentro del ambiente familiar, puesto que dentro de ella se obtiene aspectos fundamentales como confianza, amor, aceptación, entre otros, Moos, (citado por Flores y Santisteban, 2014). Y a los síntomas depresivos como una interrupción de las necesidades fisiológicas y los procesos cognitivos, además de problemas en el ámbito académico, en relación a la sociedad, y a las quejas somáticas. Corveleyn (citado en Sáenz, 2010).

El clima familiar es otro de los factores que influye en la presencia de la depresión infantil. Las relaciones negativas entre padres e hijos, en algunos casos, tienden a hacerse más frecuentes en la medida en que los hijos crecen, y, especialmente en la adolescencia, están relacionadas con los desencadenantes y el curso de la depresión infantil (Del Barrio, 2005).

Entre las causas de las relaciones negativas entre padres e hijos encontramos la falta de control que tienen algunos padres sobre sus sentimientos negativos, los cuales a veces son dirigidos hacia sus hijos provocando peleas y riñas (Poznaski y Zrull, 1970 citados en Del Barrio, 2005); las actitudes coercitivas que pueden limitar la autonomía de los hijos, provocando sentimientos de ineficacia (Bandura et al., 1996 citados en Del

Barrio); la falta de atención de los padres hacia sus hijos (Bifulco et al. 1987), que suele provocar sentimientos de soledad y abandono; las excesivas expectativas que pueden tener los padres hacia sus hijos, lo cual puede originar que ellos se comparen, menoscabando su autoestima (Stark, 1990 citado en Del Barrio); y, por último, otro factor de riesgo en este contexto es la inestabilidad emocional de los padres, siendo el problema de la depresión parental uno de los factores de riesgo más potente en la aparición de este trastorno en los niños; además del divorcio y la mala relación entre los cónvuges (Del Barrio). Es por esta razón que en la presente investigación en la **Tabla 4**, se encontró que es una correlación de tipo inversa y de grado media entre la funcionalidad familiar y depresión (p< 0.05, r=-.346), es decir que los evaluados que presenta una mejor funcionalidad familiar tienden a mostrar menor grado de depresión o viceversa, la cual indica que mientras las dimensiones de relación, desarrollo y estabilidad se encuentren estables, menos probabilidad de síntomas depresivos van a existir. Concordando estos resultados de Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela (2000), donde comentan que existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida como efecto de una depresión mayor; aclarando de esta manera la relación inversa de las variables.

Con respecto a la relación entre depresión y conflictos familiares en la población evaluada, En la **Tabla 5** el análisis muestra que se tiene un valor (p< 0.05); por consiguiente, se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe correlación entre la dimensión cohesión y depresión. Esta correlación es de tipo

inversa significativa y de grado media (r= -0.275). Es posible señalar que existe una relación inversamente proporcional entre la puntuación obtenida por los adolescentes en la Escala de Depresión Infantil de Kovacks y la Escala de Cohesión Familiar de Moos. Estos resultados coinciden con los obtenidos por esta investigación, así mismo Huerta (1999), 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.

Con respecto a la relación entre depresión y conflictos familiares en la población evaluada, En la **Tabla 6**, el análisis muestra que se halló un valor (p< 0.05); lo cual indica que se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe correlación entre la dimensión adaptabilidad de funcionamiento familiar y la depresión. Esta correlación es de tipo inversa significativa y de grado media (r= -0.288). Según Shafer (2000) 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. Para *Olson.* Olson (citado por Sotil y Quintana, 2003 y Condori, 2002) La adaptabilidad familiar tiene que ver con la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar, es 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.

CONCLUSIONES

- 1. Con el resultado de la prueba estadística de Spearman con 0.05, podemos decir que existe relación entre el clima social familiar y síntomas depresivos en los adolescentes de la institución educativa "Héroes de Jactay".
- 2. Respecto a la funcionalidad familiar y depresión, los evaluados presentan una mejor funcionalidad familiar tienden a mostrar un menor grado de depresión en los adolescentes de la institución educativa "Héroes de Jactay".
- 3. Respecto a la cohesión y depresión, los evaluados presentan una mejor cohesión y menor es la depresión en los adolescentes de la institución educativa "Héroes de Jactay".
- 4. Respecto al funcionamiento familiar y la depresión, esta correlación es de tipo inversa significativa y de grado media. Por lo tanto que a menor adaptabilidad, mayor nivel de depresión en los adolescentes de la institución educativa "Héroes de Jactay".

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

- 1. A la institución educativa, elaborar planes de implementación de orientación de bienestar al educando y ponerlos en marcha, a través de su equipo multidisciplinario, dado que en la institución ya que se cuenta con profesionales que pueden aportar y estos de involucren en el desarrollo emocional de los alumnos, reforzar redes de apoyo para mejorar el ambiente familiar, utilizando estrategias y metodologías de tratamiento para tener familias saludables.
- 2. Al profesional de psicología que se encuentra atendiendo esta población, y teniendo el conocimiento de que la ubicación de la institución educativa se encuentra en una población de riesgo y vulnerabilidad, debe identificar las necesidades e interés de los y las adolescentes, conocer los factores de riesgo y protección mediante la orientación y consejería individual y familiar.
- 3. Compromiso de las autoridades educativas, docentes tutores y padres de familia a involucrarse con el problema, en la intervención planteada por los profesionales, para lograr una mejor calidad de vida de la población y de los adolescentes.
- 4. Se realicen investigaciones que permitan identificar los niveles de autoestima, problemas alimenticios, ansiedad, abuso de sustancias psicoactivas, entre otros, asociados a los síntomas depresivos, donde influya el clima social familiar.

BIBLIOGRAFIA

Alonso-Fernández, F. (1998). Cuestionario estructural tetra dimensional para la depresión. Madrid: Editorial TEA Ediciones S A.

Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffín, 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

Bama R., Concha, I., Florenzano, R., Gonzales, A., Horwitz, N., Maddaleno, M., Romero, M., Salazar, D., Segovia, 1., 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, hipercinescia, 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., Aionso-Femández, 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 25(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 d 10 de Febrero 2010 en Revista Psicothema 75(4), 524-532. http://wwwAV.psicOthema.com/pdf/l102.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.accionporlosnifios.org.pe

Idelfonso, R. (2002). FJ 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 Valcnzuela. 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 5(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/portaL/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://wvvw.minsa.gob.pe/ocom/prensa/notadeprensa.asp7np_cod

igo=7922&mes=9&anio=2009 Navarro, I., Musitu, G. y Herrero, J. (2007/ Familias y problemas, un programa especializado en intervenciónpsicosocial. 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

vvwvv.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 Tetradimensional 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

psicopatología .Madrid: Ed. Rialp.

Ponce E. Gómez F., Terán M., Irigoyen A. y Landgrave \$. (2002) Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México).

Consultado el 12 de Diciembre 2007 en http://external.doyma.es/pdf727/27v30nl0al3041205pdfD01 .pdf Polaino - Lorente, A., y Martínez, P. (1998). Evaluación psicológica y

Prado R., Aguila 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 ¡a Universidad de Lima 6 178-196.

En http://dialnet.unirioja.es/servletJarticulo7codigo-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 genera! Aplicada, de la Federación Española de Asociaciones de Psicología 49(1), 103 - 110.

En http://dialnct.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 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=A

666.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.coin/espanol/e-IUms/e-IMiiliim/em-hi.htm

Zavala, G. (2001). El clima familiar, su relación con los intereses vocación ales y los tipos caracterológicos de los alumnos del 5to. ario 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 C

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

Apellidos y Nombres: Edad:		Sexo:
Lugar que ocupa en la familia: Nivel de Instrucción:		Número de hermano: de
Distrito de procedencia:		
	INSTRUCCIO	NES
A continuación va encontrar una ser dichas frases es falsa o verdadera, p	rie de afirmaciones a oues varia de familia	acerca de como son las familias, ninguna de en familia.
Ud. Encontrará cinco	o (5) posibilidades de	e 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 ellas sinceramente marcando con u familia.	r con detenimiento duna (x) la alternativ	cada una de las proposiciones y contestar a a que según Ud. Refleja cómo vive en su

Pase a las siguientes afirmaciones y responda

Describe a tu familia actualmente	Casi Nunca	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			7.		
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.					
que labores en el nogar.					

Idealmente cómo to mustavía ma	Casi	Una vez	A	Con	Casi
Idealmente, cómo te gustaría que sea tu familia	Nunca	que otra vez	veces	frecuencia	siempre
1 1' 1 1 1 1 1 1 1 1	(1)	(2)	(3)	(4)	(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				
8. En nuestra familia hariamos	×				
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		V			
quiénes son los líderes en nuestra					
familia.					
19. La unión de la familia sería muy					
importante. 20. Sería difícil decir quién se					
20. Sería difícil decir quién se encargaría de que labor en el hogar.					
cheargaina de que labor en el nogar.					

LA PRUEBA HA CONCLUIDO GRACIAS POR TU ATENCIÓN

GRADO:	SECCIÓN:	COLEGIO:		
SEXO: M/F	EDAD:	FECHA DE NACIMIENTO:		
LUGAR DE NACIMIENTO:				



INSTRUCCIONES

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

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

Hagamos un ejemplo. Pon una equis junto a la frase que MEJOR te describa:

EJEMPLO:

9 9

Siempre leo librosDe vez en cuando leo librosNunca leo libros

RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LAS FRASES QUE MEJOR DESCRIBAN TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS.

DE LAS TRES FRASES QUE SE PRESENTAN EN CADA PREGUNTA ESCOGE SÓLO UNA, LA QUE MÁS SE ACERQUE A CÓMO ERES O TE SIENTES.

PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE.

3.	 De vez en cuando estoy triste. Muchas veces estoy triste. Siempre estoy triste. La mayoría de las cosas las hago bien. Muchas cosas las hago mal. Todo lo hago mal. 	2. 4. [Nunca me va a salir nada bien. No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien. Las cosas me van a salir bien. Muchas cosas me divierten. Algunas cosas me divierten. Nada me divierte.
5.	O Siempre soy malo o mala. Muchas veces soy malo o mala. Algunas veces soy malo o mala.	6.	 A veces pienso que me puedan pasar cosas malas. Me preocupa que pasen cosas malas. Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas.
7.	O Me gusta como soy. O Me gusta como soy.	8.	O Todas las cosas malas son por mi culpa. O Muchas cosas malas son por mi culpa. O Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.
9.	No pienso en matarme.Pienso en matarme pero no lo haría.Quiero matarme.	10.	 Todos los días tengo ganas de llorar. Muchos días tengo ganas de llorar. De vez en cuando tengo ganas de llorar.
11.	O Siempre me preocupan las cosas. O Muchas veces me preocupan las cosas. O De vez en cuando me preocupan las cosas.	12.	O Me gusta estar con la gente. O Muchas veces no me gusta estar con la gente. O Nunca me gusta estar con la gente.
13.	No puedo decidirme. Me cuesta decidirme. Me decido fácilmente.	14.	 Soy simpático o simpática. Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan. Soy feo o fea.

15.	O Siempre me cuesta hacer las tareas.	16.	O Todas las noches me cuesta dormir.
	O Muchas veces me cuesta hacer las		O Muchas veces me cuesta dormir.
	O No me cuesta hacer las tareas.		O Duermo muy bien.
17.	O De vez en cuando estoy cansado o cansada.	18.	O La mayoría de los días no tengo ganas de comer.
	O Muchos días estoy cansado o cansada.		O Muchos días no tengo ganas de comer.
	O Siempre estoy cansado o cansada.		O Como muy bien.
19.	No me preocupan el dolor ni la enfermedad. Muchas veces me preocupan el dolor y la enfermedad.	20.	O Nunca me siento solo o sola. O Muchas veces me siento solo o sola. O Siempre me siento solo o sola.
	O Siempre me preocupan el dolor y la enfermedad.		
21.	 Nunca me divierto en el colegio. Sólo a veces me divierto en el colegio. Muchas veces me divierto en el colegio. 	22.	 Tengo muchos amigos. Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más. No tengo amigos.
23.	 Mi trabajo en el colegio es bueno. Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes. Llevo muy mal los cursos que antes llevaba muy bien. 	24.	 Nunca podré ser tan bueno como otros niños. Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños. Soy tan bueno como otros niños.
25.	Nadie me quiere. No estoy seguro de que alguien me quiera. Estoy seguro de que alguien me quiere.	26.	O Generalmente hago lo que me dicen. O Muchas veces no hago lo que me dicen. O Nunca hago lo que me dicen.
27.	O Me llevo bien con la gente.		
	O Muchas veces me peleo.		
	O Siempre me peleo.		