



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA**

TÍTULO

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PADRES DE
FAMILIA DEL CENTRO DE EDUCACION BÁSICA ESPECIAL
MANUEL DUATO – LOS OLIVOS – 2017.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA HUMANA**

AUTORA

FLORES SANTIVANEZ, GISVEL

ASESORA

ALVAREZ URQUIZO, ANA MARIA

LIMA – PERU

2019

Con amor a mis padres Rubén Flores Acuña e Irma Santiváñez Barreto, por su apoyo incondicional en los momentos más difíciles, perfectamente mantenido a través del tiempo, por sus consejos, su perseverancia y constancia que siempre los caracterizan, y por ser el pilar fundamental en mi educación.

A mis profesores por la confianza y el apoyo incondicional para la culminación de mis estudios profesionales, así mismo en especial, a la profesora Ana María Álvarez Urquizo por su paciencia y apoyo en el desarrollo de este trabajo

RESUMEN

La presente investigación ha sido desarrollada bajo un diseño no experimental de tipo correlacional, tuvo como objetivo principal determinar la funcionalidad familiar y depresión en padres de familia del Centro De Educación Básica Especial Manuel Duato, de los Olivos. La muestra estuvo conformada por 120 padres de familia cuyas edades oscilan entre 25 a 66 años. A quienes se aplicó el instrumento: Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) y el inventario de Beck.

De acuerdo a los resultados, al analizar la correlación entre la Dimensión Cohesión familiar y la Depresión, Se acepta la hipótesis general de la investigación, ya que se encontró una relación altamente significativa, de tipo inversa y de nivel moderada, lo que quiere decir que a mayor puntaje de funcionalidad familiar menor será el nivel de depresión en padres de familia. Asimismo en la relación de la dimensión de cohesión con depresión se tienen una correlación altamente significativa, de tipo inversa y de nivel moderada baja, similar a los resultados de dimensión de adaptabilidad familiar, con depresión se observa que la correlación altamente significativa, de tipo inversa y de nivel moderada baja en padres de familia del Cebe Manuel Duato – Los Olivos – 2017. Lo que significa que a mayor cohesión y adaptabilidad, se tiene menores niveles de depresión.

Palabras clave: familia, funcionalidad familiar, depresión, discapacidad

ABSTRACT

The present research, developed under a non-experimental correlational design, had as its main objective the determination of family functionality and depression in parents of the Manuel Duato special elementary education center in Los Olivos. The sample consisted of 120 parents, whose ages ranged from 25 to 66 years. For this, the instrument was used: Scale of evaluation of Cohesion and Family Adaptability (FACES III) and Beck's inventory.

According to the results, when analyzing the correlation between the Family Cohesion Dimension and the Depression, the general hypothesis of the research is accepted, since a highly significant relationship of inverse type and moderate level was found, which means that The higher the score of family functionality, the lower the level of depression in parents. Also in the relation of the dimension of cohesion with depression there is a highly significant correlation, of inverse type and of low moderate level, similar to the results of family adaptability dimension, with depression it is observed that the highly significant correlation, of inverse type and of moderate low level in parents of Cebe Manuel Duato - Los Olivos - 2017. Which means that with greater cohesion and adaptability, there are lower levels of depression.

Keywords: family, family functionality, depression, disability

INTRODUCCIÓN

La discapacidad de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud es definida como cualquier restricción o impedimento de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. El nacimiento de un niño con este problema es un acontecimiento que se acompaña de un dramático impacto médico, familiar y social. La importancia de abordar una temática como la discapacidad, desde el estudio de la funcionalidad familiar radica en la idea de que se debe tomar en cuenta tanto a los individuos como a los sistemas, porque el entorno saludable de cualquier niño y, en especial del niño con necesidades especiales, es aquel que le permite y fomenta su desarrollo, esto en gran medida dependerá del tipo de interacción que hay en ese sistema. Si se incluye a la familia como un factor de la salud mental, se amplía la perspectiva de la concentración tradicional en el individuo. Durante su ciclo vital, toda familia enfrenta momentos de tensión que demandan adaptación por parte del sistema.

El diagnóstico de una condición diferente puede producir un impacto que perdura en el tiempo y genera cambios tan importantes en el seno de la familia como la salida de uno de los padres porque, al igual que cualquier otra condición diferente, como la esquizofrenia o la epilepsia, la discapacidad de un hijo es un factor que hace que la funcionalidad familiar cambie su estructura para mantenerse. Sabemos que el proceso presenta estados de depresión que afecta la relación, porque sus sueños no se harán realidad, y esto afecta a todos los miembros que lo conforman.

En ese contexto, el objetivo general de este trabajo fue relacionar la funcionalidad familiar y la depresión en padres de familia del Centro de Educación Básica Especial Manuel Duato - Los Olivos. La muestra estuvo conformada por padres de niños con diversos diagnósticos de discapacidad.

Esta investigación está dividida en cinco capítulos: en el primero se hace una descripción de la realidad problemática, la cual nos permite formular el problema de investigación que nos da la posterior elaboración de objetivos y a la vez precisar la importancia y diferentes limitaciones que se presentaron.

En el segundo capítulo, se aborda los lineamientos teóricos que se sustentan el estudio, como antecedentes, bases, conceptos y definición de términos.

En el tercero, se aborda la formulación de hipótesis, tanto general como específica. Se define manera conceptual y operacional las variables a usar

En el cuarto capítulo se describe el diseño metodológico y muestral de la investigación; los instrumentos de recolección de datos, las técnicas estadísticas aplicadas en el tratamiento de la información; a su vez se describe los aspectos éticos con los cuales se trabajó.

Finalmente en el quinto capítulo se hizo un análisis descriptivo de los datos recopilados, el análisis inferencial, la comprobación de las hipótesis planteadas; en base a ello se realiza la discusión, conclusiones y recomendaciones de la investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRAC	v
INTRODUCCION	vii
ÍNDICE	ix

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribucion de la muestra según Género	55
Tabla 2: Distribución de la muestra según edad cronológicas	56
Tabla 3: Distribucion de la muestra según ocupación laboral	56
Tabla 4: Frecuencias y porcentajes para los niveles de la sub escala Cohesion	57
Tabla 5: Frecuencias y porcentajes para los niveles de la sub escala adapatabilidad	57
Tabla 6: Frecuencias y porcentajes de los niveles de Funcionalidad familiar	58
Tabla 7: Frecuencias y porcentajes de los niveles de depresión	58
Tabla 8: Resultados de la prueba de Kolmogorov – Smirnov (K-S)	59
Tabla 9: Resultados de la prueba de correlación “r” de Pearson para funcionalidad familiar y depresión	59
Tabla 10: Resultados de correlación “r” de Pearson para cohesión y depresión	60
Tabla 11: Resultados de la prueba de correlación “r” de Pearson para adaptabilidad y depresión	61

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. 1 Descripción de la realidad problemática	1
1.2 Formulación del problema	4

1.2.1 Problema principal	4
1.2.2 Problemas secundarios	4
1.3 Objetivos de la investigación	5
1.3.1 Objetivo general	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4 Justificación e importancia investigación	5
1.5 Limitaciones del estudio	6
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes de la investigación	7
2.1.1 Antecedentes Internacionales	7
2.1.2 Antecedentes a nivel nacional	11
2.2 Bases teóricas	15
2.3 Definición de términos básicos	32
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	
3.1 Formulación de hipótesis general y específicas	34
3.1.1 Hipótesis general	34
3.1.2 Hipótesis específicas	34
3.2 Variables; definición conceptual y operacional	35
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍAS	
4.1 Diseño metodológico	38
4.2 Diseño muestral	39
4.3 Técnicas de recolección de datos	49
4.3.1 Técnicas	39

4.3.2 Instrumentos	40
4.4 Técnica Estadísticas para el procesamiento de información	44
4.5 Aspectos Éticos	44
CAPÍTULO V: RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSION	
5.1 Resultados; análisis descriptivo	45
5.2 Análisis inferencial	49
5.3 Comprobación de hipótesis	50
5.4 Discusión	52
5.5 Conclusiones y recomendaciones	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS Y APÉNDICES:	
1. Matriz de consistencia	62
2. base de datos	64
2. instrumentos	68

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática:

En un mundo socializado, la importancia de la familia ha sido, y es, trascendente en el desarrollo de la especie. Arenas (1990) en su tesis sobre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes, refiere que la familia es una institución que varía, se transforma, se adapta, se reinventa, perdura y es importante en el desarrollo de la vida de las personas que la componen.

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

Toda familia tiene expectativas con el nacimiento de sus hijos, se asumen responsabilidades, deberes y derechos, con esa ilusión se espera a un hijo, pero que sucede con la familia cuando el momento tan esperado de tener un hijo “normal” no se cumple. Es ahí donde la participación de la familia es fundamental para la persona con

discapacidad ya que en ella se aprenden los valores, hábitos, costumbres y es el soporte para su desarrollo integral, así como el enlace con el mundo externo, por ello es necesario fortalecer las acciones de asistencia a la familia, para que puedan ejercer plenamente sus derechos y asumir su rol activo y comprometido para el logro de la autonomía, seguridad y la autoestima. El tener un hijo con discapacidad implica una serie de emociones donde las sus ilusiones se ven afectadas, pasan por un proceso que va desde la etapa de shock emocional hasta la aceptación de la discapacidad de su hijo y que afecta el núcleo familiar, provocando un sentimiento de dolor entre los miembros que lo componen, haciendo que en la etapa de duelo la depresión, sea más acentuada, debido a que se afectan los factores del sistema familiar (Singuenza 2015, Arenas 2009).

Camacho, León, y Silva (2009) consideran que en Perú, el funcionamiento familiar es preocupante desde el ámbito de la formación de las familias, debido a que la violencia y los conflictos paterno-filiales son frecuentes así como la falta de autoridad eficiente para normar a los hijos, lo cual produce desestabilización, acarrea confusiones, que conlleva a grados que afectan su estado emocional entre ellos la depresión en sus miembros, debido a la disfuncionalidad familiar.

Singuenza (2015) manifiesta que el Modelo Circumplejo de sistemas familiares que fue desarrollado por el Dr. David H. Olson y sus colegas Russell y Sprenkleen, entre los años de 1979 a 1989, propone evaluar la percepción del funcionamiento familiar en dos parámetros: la adaptabilidad y la Cohesión familiar y de forma implícita evalúa la variable de la comunicación, que se torna subyacente o estructural de la adaptabilidad y de la cohesión, esto quiere decir que entre más adaptada y cohesionada sea una familia mejor serán sus procesos comunicacionales ; y, por el

contrario, entre menos adaptada y cohesionada sea una familia su estado comunicacional será escaso.

El Estado cuida y protege a la familia. En la Ley General de Educación N° 28044 en su Artículo N° 54 se reconoce a la familia como el núcleo fundamental de la sociedad, responsable en primer lugar de la educación integral de los hijos. Asimismo, podemos considerar que la Ley General de la Persona con Discapacidad (Ley N° 29973) en el artículo 5 establece que el Estado reconoce el rol de la familia en la inclusión y participación efectiva en la vida social de la persona con discapacidad, le presta orientación y capacitación integral sobre la materia, y facilita su acceso a servicios y programas de asistencia social.

Como vemos, la familia es importante en el desarrollo los hijos mas aún si tiene un diagnóstico de discapacidad, pero en este proceso de la aceptación de esta situación, se presenta la depresión que afecta no solo al niño sino a la familia en general, esta depresión, se presenta con más fuerza debido a la preocupación ante un futuro incierto después del diagnóstico, los padres padecen de grados de depresión leve o profunda por no saber qué pasará cuando ellos mueran. Este sentimiento se puede mezclar con los de culpa y fatalidad al intentar encontrar unos sustitutos que cuiden del hijo cuando ellos falten, privando, por ejemplo, a los hermanos, de una vida plena. Todo lo anterior nos lleva a ver que las familias se ven afectadas, pasando por una etapa que si no se trata a tiempo puede perdurar en el tiempo, con actitudes como sobreprotección al niño, o descuido y desatención, darle la poca importancia, así asimismo se puede advertir que incluso algunas familias se separan por esta condición del niño culpando a la pareja, en tanto el tener un hijo con discapacidad implica a través es un proceso de la aceptación de su hijo.

En el Centro de Educación Básica Especial, los padres refieren experiencias acerca de la llegada de su hijo con discapacidad. La señora María que cuando nació Matías trajo una serie de cambios en su familia, la relación con su pareja cambió, se sintió culpable y pensaba con temor sería el futuro de su hijo; esto se corrobora con estudios que se relacionan con la depresión en personas que deben afrontar situaciones cruciales con familiares que padecen enfermedades degenerativas o limitaciones físicas, neurológicas o psicomotoras. Por ello, es necesario conocer la relación de funcionalidad familiar y la depresión en los padres de hijos con discapacidad.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema principal

¿Cuál es la relación entre funcionalidad familiar y depresión en padres de familia del CEBE Manuel Duato, Los Olivos - 2017?

1.2.2 Problemas secundarios

1. ¿Cuál es el tipo de funcionalidad familiar en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos 2017?
2. ¿Cuáles son los niveles de depresión en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos – 2017?
3. ¿Cuál es la relación entre la dimensión de cohesión familiar con depresión en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos – 2017?
4. ¿Cuál es la relación entre la dimensión de adaptabilidad familiar con depresión en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos – 2017?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre Funcionalidad Familiar y depresión en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos – 2017

1.3.2 Objetivos específicos

1. Identificar el tipo de funcionalidad familiar en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos 2017
2. . Identificar los niveles de depresión en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos – 2017
3. Identificar la relación entre la dimensión de cohesión familiar con depresión en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos – 2017
4. Establecer la relación entre la dimensión de adaptabilidad familiar con depresión en padres de familia CEBE Manuel Duato – Los Olivos – 2017

1.4 Justificación e importancia de la investigación

1.4.1 Importancia de la investigación

En Perú existe 1'575,402 personas con algún tipo de discapacidad, lo que equivale al 5.2% de la población total del país, según revela una encuesta del Instituto Nacional de Estadística e Informática, del año 2012, (INEI, 2015). Asimismo refiere que el 38.6% de la población con discapacidad tiene solo una limitación, el 30.3% posee dos, el 17.7% cuenta con tres, 9.2% tiene cuatro y 4.3% presenta cinco o más siendo la discapacidad motora la que más afecta a los

peruanos, que alcanza a 932,000 que equivale a 59.2% de la población, y tiene como principal causa la edad avanzada de las personas (32.5%).

La presente investigación aborda dos variables poco estudiadas que se encuentran presentes en las familias de esta población con discapacidad, la importancia teórica radica en el aporte de mayor conocimiento acerca de la depresión y la funcionalidad familiar en las familias de niños con discapacidad por lo que permiten investigar acerca de la relación de esas dos variables, el aporte metodológico se encuentran en la validación de los instrumentos para la evaluación mientras que el aporte práctico está en la necesidad de fomentar talleres o programas con los padres de familia de niños con diagnóstico de discapacidad

1.4 Limitaciones del estudio

El resultado se limita a la población de padres de familia, del CEBE Manuel Duato de los Olivos, en niños con diversas formas de discapacidad.

Se tuvo poco apoyo de algunos padres de familia, se negaron a responder y otros se debió que coordinar una segunda fecha para la aplicación del instrumento psicológico porque no asistían en la fecha indicada.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de La Investigación.

2.1.1 Internacionales

Vázquez (2017) Ecuador. En su tesis “Cohesión, adaptabilidad familiar y tipo de familia su relación en el control de la diabetes del adulto mayor, Pasaje 2016”. Refiere que en el mundo existen 382 millones de personas con diabetes, en Ecuador la prevalencia de morbilidad por diabetes en mayores de 60 años es de 10,3% (MSP, 2013). En El Oro reportaron 5.272 casos de diabetes. El objetivo general fue: establecer la relación entre la cohesión, adaptabilidad familiar y tipo de familia con el control de la diabetes en los adultos mayores. El tipo de estudio es transversal, correlacional. El control de la diabetes se evaluó con la Hba1c y la cohesión, adaptabilidad familiar y tipos de familia con el test FACES III. Los resultados fueron: 73,0% de los adultos mayores miembros de familias no cohesionadas no controlan la diabetes en relación al 26,0% de la categoría si cohesionada con esta misma condición, El Chi2 calculado, valor de $p < 0,05$, V. Cramer demuestran que hay relación y por lo tanto se acepta la hipótesis alterna. En adaptabilidad se obtuvo que el 73,9% de los adultos mayores

integrantes de familias no adaptadas no controlan la diabetes en relación al 14,6% de la categoría si adaptabilidad con esta misma condición, El Chi2 calculado, valor de $p < 0,05$, V. Cramer demuestran que hay relación y por lo tanto se acepta la hipótesis alterna 1. En tipos de familia se encontró que 77,4% de los adultos mayores miembros de familias tipo extremas no controlan la diabetes en relación al 28,6% de la categoría tipo rango medio y equilibrado con esta misma condición. El Chi2 calculado, valor de $p < 0,05$, V. Cramer demuestran que hay relación y por lo tanto se acepta la hipótesis alterna. El OR demostró que en la No cohesión, no adaptabilidad familiar y tipo de familia extrema son una condición para no controlar la diabetes, así mismo los LCi y LCs demostraron que la no cohesión, la no adaptabilidad y el tipo de familia extrema son factores de riesgo.

Lopez –Marquez (2017) Mexico, en su trabajo de investigación refiere que para lograr la inclusión educativa de niños con discapacidad es indispensable una interacción efectiva y asertiva entre los padres de familia y la escuela. Su objetivo fue describir la funcionalidad familiar y el grado de participación escolar de padres de familia de niños con discapacidad neuromusculoesquelética mediante un estudio descriptivo en 108 padres de familia que acuden al Centro de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT) en Chihuahua, mediante la aplicación del cuestionario de participación escolar para padres de familia elaborado por el Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE) y el cuestionario Apgar familiar. Los resultados exponen que 60.2% percibe funcionalidad familiar normal, 37% disfuncionalidad leve y 2.8% disfuncionalidad grave; además, el 83.2% grado alto de PEPF y 16.8% regular. Se encontró una relación positiva y significativa entre funcionalidad familiar y el grado de participación escolar de padres de familia ($r = 0.434$). El 60% está insatisfecho del apoyo que reciben de la familia. Entre 42% y 44% desconocen los objetivos de las

materias, 58.3% no asiste a la escuela para padres y 72.2% nunca están dispuestos a pertenecer a la sociedad de padres. La educación pública es la encargada de atender al 91.7% de los hijos e hijas de los participantes. Se concluye que existe una correlación alta entre las variables de estudio, así como que la investigación arroja información relevante para investigaciones posteriores sobre las características de las familias de niños con discapacidad que encaminan a una participación escolar activa.

Anderson (2016) España, en su tesis “sobrecarga y funcionamiento familiar en familias con hijos con discapacidad”. Consiste en evaluar los niveles de sobrecarga en padres de niños con discapacidad e identificar el funcionamiento familiar. El trabajo sigue un diseño transversal por encuesta que evalúa los niveles de sobrecarga en 18 sujetos con una media de 41,8 años de edad, a través de la escala de Zarit (Zarit et al, 1982) y el funcionamiento familiar a través de la escala Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (Olson et al, 1980). Se analizan además las relaciones existentes entre la sobrecarga y las variables cuantitativas obtenidas a través de un cuestionario (Anderson, 2016) sobre datos personales.

Los resultados de la escala de Zarit (Zarit et al, 1982) indican sobrecarga en el 83,3% de los sujetos, con un 61,1% de sobrecarga intensa dentro de esa muestra. Respecto a la escala Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (Olson et al, 1980) los resultados muestran una tendencia caótica unida/separada, siendo un funcionamiento de rango medio.

Sigüenza (2015) Ecuador, en la Universidad de Cuenca presentó la tesis titulada “Funcionamiento familiar según el modelo circumplejo de Olson, para la obtención del título de Magister en Psicoterapia del niño y la familia cuyo propósito fue determinar el funcionamiento familiar según el modelo circumplejo de Olson a través de los componentes de cohesión y adaptabilidad que existe en niños”, a través de esta

investigación cualitativa y transversal se describieron las características objetivas del funcionamiento familiar en niños de la “Unidad Educativa Octavio Cordero Palacio”. La población de estudio estuvo constituida por 153 padres de familias y 24 estudiantes del séptimo años de educación básica. Se empleó como instrumento la escala de cohesión y adaptabilidad familiar (faces III) para los padres de familia. Los resultados evidenciaron que el 52,3% de las familias presentan una adaptabilidad alta lo que representa una familia caótica y la cohesión media de 40.5% considerada como familia unida. En las familias con adaptabilidad alta, son los padres quienes ejercen las relaciones de poder, imponiendo y estableciendo las reglas familiares, y una cohesión media, pues los lazos emocionales entre sus integrantes se ven reflejados en la preocupación constante de los padres por los conflictos de sus hijos, compartiendo el tiempo libre entre ellos. Los tipos de familia común entre los evaluados es “Caótica-unida” con el 26%.

Solórzano (2015) Ecuador, en su tesis “Funcionalidad y Disfuncionalidad en las Familias de niños con Discapacidad” Para La Obtención Del Título de Magíster en Psicoterapia del Niño y de la Familia. La autora refiere que bajo la visión sistémica se deben considerar varios aspectos que resultan relevantes para entender a las familias de niños con discapacidad, por tal razón este estudio analiza como objetivo principal las características de funcionalidad y disfuncionalidad en este tipo de sistemas. Para ello, se establece como base el modelo estructural de Salvador Minuchin, investigaciones bibliográficas sobre estudios similares en otros países acerca del tema y una revisión teórica sobre la discapacidad y la funcionalidad familiar. El estudio analiza al universo de familias de niños con discapacidad matriculados en el Año Lectivo 2013- 2014, del Centro de Integración Educativa “Luis Alberto Luna Tobar” (Cielalt) que alcanzó un total de 21 participantes; utilizando un enfoque cuantitativo y un diseño no

experimental de carácter transversal que logró un alcance investigativo fundamentalmente descriptivo; sin embargo cuyo análisis de resultados permite llegar a un nivel correlacional donde se obtienen datos de vital relevancia. Finalmente se concluye que el tipo de cohesión más frecuente es el desvinculado, que la adaptabilidad alcanzó su máximo porcentaje en el nivel flexible, lo que lleva a establecer que las familias de estudio se encontraban en un nivel medio de funcionalidad familiar.

2.1.2 Nacionales:

Sánchez (2017) El presente estudio de investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre LA Funcionalidad Familiar y la Depresión en Adolescentes de las Instituciones Educativas Publicas de Menores N° 60027 7 6010227 del Distrito de San Juan Bautista, Ayacucho, durante el año 2016, el método fue cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo, correlacional, el tamaño de la muestra estuvo constituida por 79 estudiantes. Los instrumentos utilizados fueron “Escala de Autovaloración de de Depresión de Zung que tuvieron una validez por el método Delphi 97.64% y 97.5% respectivamente; y confiabilidad de 81.6% y el Cuestionario de APGAR de ambos instrumentos, según el Alfa de Cronbach y la validez de Constructo mediante el análisis Factorial exploratorio. Los datos se analizaron con ayuda del programa estadístico SPSS versión 22. En el análisis univariado, se empleó la estadística descriptiva, a través de frecuencias, porcentajes en tablas y gráficos. Se empleó la estadística inferencial haciendo uso del análisis bivariado, utilizando la prueba de no paramétrica Tau de Kendall, indicada para variables categóricas ordinales, en la relación de las variables en estudio a un $\alpha < 0.05$) para la depresión total y la funcionalidad familiar, lo que nos sugiere aceptar la hipótesis general planteada. Así se demostró relación significativa entre el sexo y la funcionalidad familiar (Tau-b de

Kendall =3,298), con $p = 0,001$ ($p < 0.05$) para los hombres y Tau-b de Kendall =3,170, con $p = 0,002$ ($p < 0.05$) para las mujeres.

Soria (2013) refiere que la OMS considera que los desórdenes mentales se encuentran entre los más severos del mundo y estima para el año 2020, que la depresión mayor constituirá la segunda causa de discapacidad. Siendo que el adolescente constituye un grupo de alta vulnerabilidad por su natural proceso de desarrollo, requiriendo del apoyo y afecto familiar para evitar desórdenes emocionales y entre ellos el trastorno depresivo. Objetivo: determinar los niveles de depresión en adolescentes universitarios y su relación con el nivel de funcionamiento familiar y su rendimiento académico. Metodología: estudio cuantitativo, diseño descriptivo correlacional, realizado en la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza/URP-Lima; cuya población fue 265 estudiantes y una muestra censal de 56, con edades entre 17-21 años matriculados en el semestre 2012-II. La técnica de recolección de datos fue la encuesta teniendo como instrumentos: EDAR, Apgar Familiar, Escala de Funcionamiento Familiar de Olson y Hoja de Registro. La recolección fue realizada por la investigadora en diciembre/2012 en el área estudio. Para el análisis las univariabes usamos estadígrafos y para correlacionar la prueba de Chi 2 con apoyo del Paquete Estadístico SPSS v.13. El proyecto fue aprobado por el CIE del Hospital Nacional Víctor Larco Herrera. Resultados: el 63% de adolescentes se clasificó en depresión moderada y 16% en severa, con funcionamiento familiar en nivel medio (55%), observándose igual comunicación con el padre y madre, predominando un rendimiento de nivel bueno (60,7%) y entre ellos el 39,3% se clasificó en depresión moderada. La depresión (física, social y psicológica), la interacción familiar (cohesión y adaptabilidad) y los niveles de comunicación familiar no están relacionados. Conclusiones: existe una alta frecuencia de depresión en los adolescentes, independiente de su funcionamiento e interacción

familiar y rendimiento académico. Es imperativo que la enfermera se integre al sector educación para mayor acción preventiva y promocional de la salud mental en adolescentes.

González, Macuyama, Silva (2013) en su tesis tiene como objetivo: determinar los factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en los adolescentes de 1° al 5° grado de secundaria del colegio 2022 del distrito de Los Olivos - Lima 2013. Material y métodos: investigación de tipo descriptivo, de corte transversal. La población de estudio fue de 163 estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Resultados: el tipo familiar predominante fue el de familia extendida: 40,5% (66) de los adolescentes. El nivel de disfunción familiar fue muy elevado: 26,4% (43) con disfunción moderada y 24,5% (40) con severa. La relación factor familiar con tipo de familia y manifestaciones depresivas, hizo ver que el 40,7% (27) pertenece a familias extendidas y presentan manifestaciones depresivas definidas, y el 3,1% (1) de familia monoparental presenta depresión; aunque las diferencias no resultaron significativas ($p=0,712$). La relación funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas mostró que el 50,0% (20) de adolescentes de familias con disfunción severa presentan manifestaciones depresivas bien definidas, y el 46,5% (20) de familias con disfuncionalidad moderada también presenta manifestaciones depresivas bien definidas; incluso un 18,4% (7) proveniente de familias con buen funcionamiento presentan manifestaciones depresivas bien definidas. Las diferencias resultaron significativas ($p=0,030$). Conclusiones: las manifestaciones depresivas tienen relación directa con el funcionamiento de la familia, siendo este dato significativo ($p=0,030$). En tanto, las manifestaciones depresivas no guardan relación con el tipo de familia ($p=0,712$).

Arenas (2009) presenta el estudio de la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes que se efectuó en una muestra de 63 adolescentes, entre 12 y 17 años, de ambos sexos que asisten al Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el distrito de El Agustino, departamento de Lima. El diseño de la investigación es descriptivo correlacional. Se administró el Cuestionario tetradimensional de Depresión (CET-DE) para observar presencia o ausencia de depresión, y la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) para conocer el nivel de funcionalidad familiar que perciben en sus hogares, cuya validez de contenido fue estudiada a través del método de evaluación por criterio de jueces. Usando el estadístico Ji cuadrado (χ^2) se halló que la percepción de los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en adolescentes no presenta relación significativa en la muestra estudiada, así mismo dichas variable no se diferencian significativamente según sexo. En cuanto a la relación entre la presencia o ausencia de depresión según el sexo, no se hallaron diferencias significativas. Matilares, M. Arenas, C. et al (2010) en la tesis “Clima Familiar Y Agresividad En Estudiantes De Secundaria De Lima Metropolitana” Al ser procesados los resultados encontraron que las variables clima familiar y agresividad se encuentran correlacionadas. Al analizar los resultados tomando en cuenta los diversos subtests de la Escala de clima social se encontró que la dimensión Relación de la escala de clima social se relaciona con las subescalas hostilidad y agresividad verbal. No se encontró una relación significativa entre la dimensión desarrollo del clima social en la familia y las subescalas del cuestionario de agresividad. El clima social familiar de los estudiantes se muestra diferente en función del sexo al hallarse diferencias significativas en la dimensión estabilidad entre varones y mujeres. La agresividad de

los estudiantes también se muestra diferente en función del sexo, al hallarse diferencias significativas en la subescala de agresividad física entre varones y mujeres.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 La Familia: Definiciones y funcionalidad

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio, en una familia disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad en alguno de sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional (Florenzano, 1995). Se ha considerado a la familia como un sistema funcional, cuando es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar, cómo a su vez que sea capaz de superar las crisis por la que pueda atravesar (Florenzano, 1998). La familia se convierte así en un lugar de pertenencia real o simbólica que se mantiene durante toda la vida. Por lo que puede afirmarse que las personas, desde que nacen, se desarrollan en el seno familiar, en el que crecen, construyen su identidad, asumen responsabilidades,

compromisos y desarrollan recursos personales, que les permite entrar en el mundo adulto. Si bien la familia puede convertirse en una de las principales fuentes de apoyo de la persona a lo largo de la vida, los vínculos familiares altamente valorados, pueden generar insatisfacción y frustración en la medida en que no están presentes o son fuente de conflicto (Leibovich de Figueroa & Schmidt, 2010). Según Escardo (1992) la familia puede fracasar en su función social y convertirse en un ambiente inadecuado para la integración personal y social del niño o niña. Desde los planteamientos de Almonte, Montt y Correa (2003) se destaca que en prevención terciaria resulta necesario integrar a la familia en el trabajo terapéutico multidisciplinario en niveles de tratamiento mediato e inmediato.

La familia, como organización social representa la primera y más significativa fuerza de adaptación del niño a la sociedad (Berger & Luckman, 2003). Distintos organismos, como por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (2003) la reconoce como la principal fuente transmisora de conocimientos, valores, actitudes y hábitos. Además de facilitar la supervivencia biológica y ser el primer agente de socialización, la familia tiene profundos efectos en la vida anímica de los sujetos (Hernández, Triana & Rodríguez, 2005). Hasta hace no mucho tiempo se creía que la familia tenía un rol protagónico solo en la infancia, pero diversos estudios psicológicos señalan que la familia es importante aún en etapas vitales posteriores (Leibovich de Figueroa & Schmidt, 2010). En la adolescencia, el sujeto amplía su red de vínculos a partir de su participación en nuevos contextos (Suarez & Villena, 2001), a pesar de lo cual la relación que los jóvenes tiene con sus padres no solo no desaparece sino que es vista por ellos como una de las principales fuentes de apoyo emocional e instrumental (Arnett, 2008). La perspectiva epistemológica sistémica familiar es el marco teórico que considera a la familia como un sistema y en el que se ha basado esta investigación.

Desde un punto de vista sistémico, la familia sería un conjunto de elementos en interacción dinámica organizados en función de un objetivo que evoluciona en el tiempo (Bertalanffy, 1968). El sistema familiar posee unas características propias que son distintas de aquellas que presentan los miembros individuales que la componen: el todo es diferente de la suma de las partes. Toda modificación de un elemento del sistema entraña la modificación de todo el sistema familiar. La modificación del sistema conlleva consecuencias para cada elemento (Bertalanffy, 1968). Desde este enfoque la familia es considerada un sistema abierto que será permeable a las influencias del medio y flexible a las transformaciones tanto de sus miembros y con el exterior. En virtud de lo anterior, se la considera como un sistema en constante conflicto, que hace necesario la búsqueda de autorregulación para preservar el equilibrio y su permanencia en el tiempo, para esto se desarrollan pautas de transacción destinados a asegurar que la conducta de los miembros se regule en armonía con el sistema general, el que guiará la supervivencia de la familia en la sociedad (Minuchin, 1974). En las investigaciones y conceptualizaciones acerca del proceso salud - enfermedad, se ha puesto el acento en la relevancia del funcionamiento familiar como un elemento importante de considerar (Florenzano, 1995). La mayor parte de la evidencia científica actual apuntan a señalar que la familia se convierte en un factor de protección o de riesgo frente a las condiciones de salud de los individuos, de esta manera la disfuncionalidad familiar estaría relacionada con la emergencia de trastornos de salud física y mental, lo que se observa a manera de ejemplo en la influencia que ejercen las relaciones conflictivas entre los padres sobre las conductas de riesgo de sus hijos (Hidalgo, 1999; Florenzano, 2005; Navarro et al., 2007). En la literatura sobre el tema se observa que existen factores del funcionamiento familiar que se constituyen en condiciones de riesgo o protección para la salud de los miembros de una familia. Los factores protectores son

aquellos que reducen las probabilidades de tener consecuencias negativas para la salud y motivan a la persona al logro de las tareas de cada etapa de su desarrollo (Florenzano, 2005). La influencia de estos factores se puede apreciar particularmente en los estudios de adolescentes, investigaciones de la división de Ciencias Médicas del área oriente de la Universidad de Chile apuntan a mostrar una correlación alta entre disfuncionalidad familiar y la aparición de conductas de riesgo en el adolescente. Entre los aspectos del funcionamiento familiar asociados a condiciones de riesgo se encuentran: el grado de cohesión, la flexibilidad y la calidad de la comunicación entre sus miembros (Florenzano, 1998). Una familia que logre un nivel de funcionalidad adecuado en cada uno de estos factores, logrará prevenir la emergencia de problemáticas de salud física y mental entre sus miembros (Florenzano, 2005). 35 Existen familias que asumen estilos de afrontamientos ajustados ante determinadas situaciones conflictivas, son capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que le proporcionen salud y bienestar; pero hay otras que no pueden enfrentar las crisis por sí solas, a veces pierden el control, no tienen las suficientes fuerzas, y manifiestan desajustes, desequilibrios, que condicionan cambios en el proceso Salud-Enfermedad y específicamente en el Funcionamiento Familiar (Ortiz, 1999). El Funcionamiento Familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de 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 (Ortiz y Louro, 1996). Otro enfoque, es el del investigador en familia, Raymundo Macías (1994), quien considera que el Funcionamiento Familiar se debe evaluar a través de las variables: límites, roles, jerarquía, alianza, expresión de afectos, modos y normas de salud; también plantea que los problemas de salud pueden propiciar o exacerbar un inadecuado Funcionamiento Familiar. Lo disfuncional puede producir

síntomas de enfermedad, desencadenar crisis, agravar algún trastorno y hasta puede convertirlo en crónico y fijarlo. También puede incidir desfavorablemente en la evolución de cualquier tipo de tratamiento, y en rehabilitación.

Las investigaciones realizadas por Benites (1998) especifican que el clima familiar es la interacción entre padres e hijos, donde los hijos desarrollan su carácter y personalidad, teniendo como modelo a los agentes de autoridad quienes reforzarán o castigarán sus conductas.

Rodríguez y Vera (1998) dicen que el clima social familiar es el resultado del conjunto de sentimientos, actitudes, normas y formas de comunicarse que lo caracterizan cuando los componentes de la familia se encuentran reunidos. La familia forma parte de la mayoría de las situaciones de aprendizaje de los hijos, siendo parte del factor principal que interviene en el desarrollo de las habilidades académicas, es decir, es el entorno familiar el que va a motivar el aprendizaje y el buen rendimiento académico de los hijos.

Por su parte, Zavala (2001) define a la familia como el conjunto de personas que viven juntas, relacionadas unas con otras, que comparten sentimientos, responsabilidades, informaciones, costumbres, valores, mitos y creencias. Cada miembro asume roles que permiten el mantenimiento del equilibrio familiar. Es una unidad activa, flexible y creadora; una institución que resiste y actúa cuando lo considera necesario. Red de relaciones vividas. La familia como institución social es un sistema de fuerzas que constituyen un núcleo de apoyo para sus miembros y la comunidad.

2.2.2 Tipos de familia:

Se puede considerar los tipos de familias:

- Familia nuclear; integrada por padres e hijos.

- Familias uniparentales o monoparentales; se forman tras el fallecimiento de uno de los cónyuges, el divorcio, la separación, el abandono o la decisión de no vivir juntos.
- Familias polígamas; en las que un hombre vive con varias mujeres, o con menos frecuencia, una mujer se casa con varios hombres.
- Familias compuestas; que habitualmente incluye tres generaciones: abuelos, padres e hijos que viven juntos.
- Familias extensas; además de tres generaciones, otros parientes tales como: tíos, tías, primos o sobrinos viven en el mismo hogar.
- Familia reorganizada; que viven con otros matrimonios o cohabitan con personas que tuvieron hijos con otras parejas.
- Familias inmigrantes; compuestas por miembros que proceden de otros contextos sociales, generalmente, del campo hacia la ciudad.
- Familias apartadas; aquellas en las que existe aislamiento y distancia emocional entre sus miembros.
- Familias enredadas; son familias de padres predominantemente autoritarios

2.2.3 Las funciones de la familia

Las funciones más importantes de la familia son, satisfacer las necesidades de sus miembros. Además de esta función, la familia cumple otras funciones, entre las que podemos destacar:

- Función biológica, que se cumple cuando una familia da alimento, calor y subsistema.
- Función económica, la cual se cumple cuando una familia entrega la posibilidad de tener vestuario, educación y salud.

- Función educativa, que tiene que ver con la transmisión de hábitos y conductas que permiten que la persona se eduque en las normas básicas de convivencia y así pueda, posteriormente ingresar a la sociedad.
- Función psicológica, que ayude a las personas a desarrollar sus afectos, su propia imagen y a su manera de ser.
- Función afectiva, que hace que las personas se sientan queridas, apreciadas, aprobadas, protegidas y seguras.
- Función social, que prepara a las personas para relacionarse, convivir, enfrentarse a situaciones distintas unos con otros, competir, negociar y aprender a relacionarse con el poder.
- Función ética y moral, que se transmite los valores necesarios para vivir y desarrollarse en armonía con los demás.

Romeo, Sarquis y Zegers (1997). Refiere que todas las personas, especialmente los niños, necesitan que la familia a la que pertenece cumpla estas funciones. Es tarea de cada miembro de la familia hacer todo lo posible para lograr esto.

Rodríguez, G, y Vera V. (1998) asumen la definición del clima familiar como el resultado de sentimientos, actitudes, normas y formas de comunicarse que lo caracterizan cuando los componentes de la familia se encuentran reunidos.

La dinámica familiar es el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que esté atravesando dicha familia. Es la totalidad de fuerzas tanto positivas como negativas, determinantes del buen o mal funcionamiento de éste sistema y al cual se le atribuye una función primordial en el constante · cambio y crecimiento del grupo familiar. Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le son encomendadas, de acuerdo con la etapa ~ del ciclo

vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Es aquella en que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante; no obstante lo cual presenta aspectos de ambivalencia, sentimientos negativos e insatisfacciones de un miembro respecto al otro. Por lo tanto, la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamiento y expectativas entre cada miembro de la familia, que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.

2.3 La Depresión

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

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

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

b.1 Modelo psicodinámico. Los estudios sobre la depresión inician desde la antigua Grecia donde Hipócrates resaltó el concepto de melancolía y lo asoció con el individuo reprimido, años más tarde (1915) Freud plantearía en la publicación *Duelo y Melancolía* las diferencias entre la pérdida consciente que es real y evidencia duelo, y la pérdida inconsciente relacionada con la melancolía. Estos conceptos básicos permiten saber en que momento se está frente a un estado de depresión por una pérdida evidente y la persona entra en duelo natural, y en que momento los signos de tristeza entre otros se basan en una disminución de amor propio que se transforma en melancolía (Ávila, 1990 y Pelayo, 2009). Ávila (1990) comenta que Freud esbozó los siguientes conceptos para explicar la dinámica de la Melancolía: Ambivalencia, la pérdida supone sentimientos de amor (desea continuar con la unión Libido Objeto) y odio (desea la pérdida del Objeto, e incluso puede ser el causante de la pérdida, desligando Libido de Objeto). El Odio recae sobre su Yo (como sustitución de Objeto) "calumniándolo, humillándolo, haciéndolo sufrir". Identificación del YO con el objeto: "... El amor por el

Objeto es sustituido por la Identificación, la predisposición a la melancolía dependerá en parte del predominio de una elección de objeto de tipo narcisista. Siendo así e daría la regresión de la carga de objeto a la fase oral de la libido. En conclusión, la melancolía resulta del cruce entre el proceso del duelo y el proceso de la regresión de la elección de objeto narcisista al narcisismo...” Retroceso a la fase sádica: “...Por influjo de la ambivalencia expresada el odio recae sobre el objeto sustitutivo (el Yo) haciéndolo sufrir y cifrando en ello el goce, goce referido a la venganza hacia el objeto amado, por el cual la melancolía se ofrece como refugio para que el paciente no tenga que exteriorizar su hostilidad. El intento de suicidio es en consecuencia explicable para Freud en el contexto del sadismo, como un retorno de la carga de objeto hacia sí, lo que le hace posible tratarse a sí mismo como objeto. El Yo queda entonces bajo el dominio del Objeto...” Los propuesto por Freud fue utilizado por los psicoanalistas modernos y ellos planean hipótesis sobre el patología oral, patología del Súper-Yo, patología del narcisismo y baja autoestima como base de la depresión (Ávila, 1990). b.2 Modelo cognitivo. Beck (citado por Mendoza, 2001)

➤ Modelo explicativo de la depresión de Beck

Para Beck, los trastornos psicológicos derivan de distorsiones cognitivas (errores en los procesos cognitivos), que son maneras equivocadas de pensar que aparecen en forma de pensamientos automáticos (productos cognitivos) ante determinadas situaciones, y que provocan estados emocionales negativos y conductas inadecuadas. Por tanto, estas distorsiones cognitivas son provocadas por creencias irracionales o supuestos personales aprendidos en el pasado, que condicionan inconscientemente la percepción e interpretación del pasado, presente y futuro. Las personas que sufren depresión se vuelven vulnerables ante ciertas situaciones, y es importante entender que en esta teoría no se plantea que las

cogniciones sean la causa de la depresión o de otro trastorno emocional, lo que realmente se postula es la primacía de los síntomas: la activación de esquemas negativos y las distorsiones cognitivas consiguientes, serían el primer eslabón de la cadena de síntomas depresivos.

La tríada cognitiva en las personas con depresión

Cuando una persona se enfrenta a una determinada situación, el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones. Puesto que los esquemas que se activan en una determinada situación van a determinar el cómo responde esa persona, en las personas que padecen un trastorno depresivo se activarán esquemas inadecuados.

Por tanto, el primer síntoma depresivo es la activación de esquemas cognitivos relacionados con la visión de uno mismo, el mundo y el futuro. Las personas con esquemas negativos o tendencia a cometer errores de procesamiento serán más proclives a padecer trastornos depresivos.

La tríada cognitiva se refiere a tres esquemas característicos que inducen al individuo depresivo a percibirse a sí mismo, al mundo y al futuro desde un punto de vista negativo. De estos tres patrones cognitivos se derivan el resto de síntomas depresivos que sufre.

El esquema característico que sufren las personas deprimidas, y que Beck denomina la tríada depresiva, consiste en una visión negativa de:

- Sí mismo: las personas que padecen depresión suelen considerarse deficientes e inútiles. Atribuyen los errores que cometen a un defecto físico, mental o moral suyo, y piensan que los demás les rechazarán.

- Del mundo: Se sienten como derrotados socialmente y no están a la altura de las exigencias, ni tienen la capacidad de superar los obstáculos.
- Del futuro: La persona que padece depresión piensa que esta situación no se puede modificar, por lo que seguirá así siempre.

Distorsiones cognitivas

Los esquemas negativos activados en los individuos depresivos les llevan a cometer una serie de errores en el procesamiento de la información que facilitan los sesgos y permiten al depresivo mantener la validez de sus creencias. Beck enumeró una serie de distorsiones cognitivas, son las siguientes:

- Abstracción selectiva: se trata de prestar atención a un solo aspecto o detalle de la situación. Los aspectos positivos se suelen ignorar, dando más importancia a los aspectos negativos.
- Pensamiento dicotómico: los acontecimientos se valoran de forma extrema: bueno/malo, blanco/negro, todo/nada, etc.
- Inferencia arbitraria: consiste en sacar conclusiones de una situación que no están apoyadas por los hechos, incluso cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- Sobregeneralización: consiste en extraer sin base suficiente una conclusión general de un hecho particular.
- Magnificación y Minimización: tendencia exagerar lo negativos de una situación, un suceso o una cualidad propia y a minimizar lo positivo.
- Personalización: hace referencia a la costumbre de relacionar los hechos del entorno con uno mismo, mostrándose susceptible.

- Visión catastrófica: adelantar acontecimientos y, de entre las distintas opciones, pensar que siempre va a ocurrir lo peor.
- Deberías: consiste en mantener reglas rígidas y exigentes sobre cómo deben suceder las cosas.
- Etiquetas globales: consiste en poner etiquetas globales a nosotros mismos o a los demás sin tener en cuenta otros matices.
- Culpabilidad: consiste en atribuirse a uno mismo o a los demás toda responsabilidad de los acontecimientos, ignorando otros factores que contribuyen a los mismos.

Pensamientos automáticos

Por tanto, al activarse estos esquemas característicos de las personas depresivas, los productos cognitivos serán desadaptativos y negativos.

Los pensamientos automáticos son los diálogos internos, pensamientos o imágenes que aparecen ante una situación determinada, y los pacientes suelen considerarlos afirmaciones verdaderas no distorsionadas. Éstos muestran una serie de características y son las siguientes:

- Son mensajes o proposiciones específicas referidas a una situación concreta
- Siempre serán creído, independientemente de que sean irracionales o no
- Son aprendidos
- Entran de forma espontánea en la conciencia, dramatizando y exagerando lo negativo de la situación

- No son fáciles de detectar ni controlar, pues aparecen en el flujo del diálogo interno

Las etapas de duelo: Como se ha recogido en la introducción la llegada de un hijo discapacitado implica una crisis inesperada, obligando así a los padres a adaptarse con rapidez a una nueva situación. Ante esta situación, poca es la ayuda que reciben los padres para hacer frente a esta dificultad. Muchos son los estudios los que se centran en las personas con discapacidades pero poco se ha hecho respecto a los padres y madres, y cómo estos viven y hacen frente a esta situación tan estresante (Soto, 2008). Los padres de niños con discapacidades necesitan mucha fuerza interior para gestionar las dificultades que surgen a raíz de los cuidados especiales de su hijo/a. Para enfrentarse a esos retos los padres deben desarrollar varias habilidades, como la capacidad de resiliencia. Según Martínez (2012) todas esas descompensaciones a las que se ve envuelta la familia son consideradas como “otros duelos” que deben elaborar los padres. Hay una necesidad en el núcleo familiar de redistribuir los roles y las funciones de los miembros de esta, obligando a adoptar un nuevo estilo de vida, estableciendo nuevas metas y proyectos de vida.

El duelo es el proceso psicológico al que nos enfrentamos tras las pérdidas y que consiste principalmente en la adaptación emocional a estas, si bien se trata de una experiencia compleja que engloba también factores fisiológicos, cognitivos y comportamentales, entre otros.

Por definición la pérdida de cualquier objeto de apego provoca un duelo, si bien la intensidad y las características de éste pueden variar en gran medida en función del grado de vinculación emocional o de la propia naturaleza de la pérdida. Las pérdidas no siempre son físicas, sino que también pueden tener un carácter abstracto.

Así, las personas pasamos por un proceso de duelo cuando sufrimos una ruptura de pareja, cuando abandonamos el lugar donde nacimos de forma definitiva, cuando nos

despiden de nuestro puesto de trabajo o cuando perdemos la movilidad en una parte del cuerpo; no obstante, el duelo por muerte es el tipo más relevante por la potencia con que afecta a la mayor parte de personas.

Las reacciones ante una noticia como la discapacidad varían según la persona. Sin embargo, son sustanciales las diferencias que se dan entre una madre y un padre; aquello influenciará al rol que adoptarán de cara a la reorganización familiar. Los padres suelen mostrar menos sus sentimientos y emociones con respecto a la discapacidad de su hijo/a y representan quizás por ello más casos de depresión. Les invade una serie de sentimientos que les paraliza e impiden comprender la situación. Como elaboración de mecanismos de defensa, los padres suelen recurrir a la racionalización e intelectualización del problema (Núñez, 2003). Las madres, por otro lado, suelen mostrar un comportamiento más caótico. Pasan por periodos de euforia y crisis, mostrando una mayor tendencia a la culpabilidad, aflicción, y manifiestan la necesidad de exteriorizar sus vivencias y sentimientos. (Valleja, 2001). Son esas últimas, las madres, las que suelen comprometerse en su totalidad del cuidado de su hijo/a para sacarlo adelante, enfrentándose así a las distintas adversidades que se le pueden presentar, y llegando a renunciar a su propio cuidado personal (Valleja, 2001).

Además los modelos psicológicos que describen este proceso se han centrado fundamentalmente en el duelo que se desarrolla como consecuencia de la pérdida o muerte de una persona cercana o de la cercanía del propio fallecimiento; entre estos, el más importante es el de Elisabeth Kübler-Ros, estas son las siguientes:

1. Negación

La negación de la pérdida es una reacción que se produce de forma muy habitual inmediatamente después de ésta, con frecuencia aparejada a un estado de shock o embotamiento emocional e incluso cognitivo.

Aunque en ocasiones esta fase del duelo implica estrictamente la negación de la pérdida, esto no siempre sucede sino que puede manifestarse de un modo más difuso o abstracto. Así, por ejemplo, se puede dar una negación de la importancia de la pérdida o de su carácter definitivo más que del hecho de que se haya producido.

2. Ira

El fin de la negación va asociado a sentimientos de frustración y de impotencia con respecto a la propia capacidad de modificar las consecuencias de la pérdida. Dicha frustración conlleva a su vez la aparición de enfado y de ira, como sucede en general y no sólo durante el duelo.

Durante la etapa de ira la persona busca atribuir la culpa de la pérdida a algún factor, como puede ser otra persona o incluso uno mismo. El proceso de duelo implica la superación de la frustración y del enfado, que se relacionan con intentos psicológicos naturales pero fútiles de que nuestro estado emocional y nuestro contexto se mantengan iguales que antes de la pérdida.

3. Negociación

En la fase de negociación la persona guarda la esperanza de que nada cambie y de que puede influir de algún modo en la situación. Un ejemplo típico son los pacientes a quienes se les diagnostica una enfermedad terminal e intentan explorar opciones de tratamiento a pesar de saber que no existe cura posible, o quienes creen que podrán volver con su pareja si empiezan a comportarse de otra manera.

4. Depresión

La cuarta etapa del modelo de Kübler-Ross sobre el duelo es la de depresión. En este periodo la persona empieza a asumir de forma definitiva la realidad de la pérdida, y ello genera sentimientos de tristeza y de desesperanza junto con otros síntomas típicos de los estados depresivos, como el aislamiento social o la falta de motivación.

El hecho de perder a un ser querido, de enfrentarse a la propia muerte y otras causas del duelo puede hacer que la vida deje de tener sentido para nosotros, al menos durante un tiempo. No obstante, la fase de aceptación supone la normalización de estos sentimientos de tristeza tan naturales.

5. Aceptación

Después de las fases de negación, ira, negociación y depresión llega la aceptación de la pérdida y la llegada de un estado de calma asociado a la comprensión de que la muerte y otras pérdidas son fenómenos naturales en la vida humana.

La fase de aceptación se relaciona con la inevitabilidad de la pérdida, y por tanto del proceso de duelo. En los casos en que el duelo es debido a una enfermedad terminal suelen darse reflexiones con respecto a la propia vida, vista en retrospectiva una vez se acerca el final.

2.3 Definición de Términos Básicos

- **Clima familiar:** capacidad de funcionamiento 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.
- **Funcionalidad familiar.** capacidad de funcionamiento 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:** Vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí, en base al reconocimiento de que todos forman parte de una institución llamada familia. Esta cohesión familiar se puede percibir como: Dispersa, conectada, aglutinada y separada.
- **Adaptabilidad familiar:** Es la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar, la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo. Esta dimensión se puede percibir en 4 niveles: Caótica, estructurada, rígida y flexible.
- **Comunicación familiar:** Es un proceso interactivo que tiene gran importancia en la forma en cómo interactúan los miembros y en qué medida se facilita la adaptación y la cohesión en la familia.
- **Depresión:** estado de ánimo disfórico frente a un 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.
- **Discapacidad:** Falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.
- **Etapa de duelo:** es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida (pérdida de un empleo, pérdida de un ser querido, pérdida de una relación, etc.). Aunque convencionalmente se ha enfocado la respuesta emocional de la pérdida, el duelo también tiene una dimensión física, cognitiva, filosófica y de la conducta que es vital en el comportamiento humano y que ha sido muy estudiado a lo largo de la historia

- Familia: Grupo de personas formado por una pareja (normalmente unida por lazos legales o religiosos), que convive y tiene un proyecto de vida en común, y sus hijos, cuando los tiene

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de hipótesis principal y derivada

3.1.1 Hipótesis General

Existe relación altamente significativa entre Funcionalidad Familiar y depresión en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos – 2017.

3.1.2 Hipótesis específicos

1. Existe nivel de rango medio de funcionalidad familiar en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos 2017
2. Existe nivel greve de depresión en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos – 2017
3. Existe relación altamente significativa entre la dimensión de cohesión familiar con depresión en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos – 2017

4. Existe relación altamente significativa entre la dimensión de adaptabilidad familiar con depresión en padres de familia del CEBE
Manuel Duato – Los Olivos – 2017

3.1.2 Variables: Definición conceptual y operacional

Funcionalidad Familiar

Definición Conceptual: Según Saldivar, D. (2005) refiere que en toda familia se presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento. Si esta dinámica resulta adecuada y flexible, o sea, funcional, contribuirá a la armonía familiar y proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar. El artículo analiza el concepto de familia y los factores que inciden en el funcionamiento familiar saludable

Definición Operacional; para el presente trabajo se usara la escala de funcionalidad familiar de faces III que mide la cohesión y adaptabilidad familiar con puntajes basados en niveles.

Depresión

Definición conceptual: La OMS (2006) considera que la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Definición Operacional; La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en

el ámbito de la atención primaria. Para el objetivo se usara la encuesta de depresión de Beck que mide los niveles de depresión de las personas basadas en 21 preguntas.

3.2 Operacionalización de las variables

Variable	Dimensiones	Indicador	Items	Niveles
Funcionalidad Familiar	Cohesión	Desligada Separada Conectada Aglutinada	1,3,5,7,9,11,13, 15,17,19	Extrema Rango medio
	adaptabilidad	Regida Estructurada Flexible Caótica	2,4,6,8,10,12, 14,16,18,20	Balanceada
Depresión	Somatico - motivacional		6,7,11,12,13,14,15, 16,17,18,19,20,21,	Mínima Leve
	Cognitivo - Afectivo		1,2,3,4,5,8,9,10	Moderada Grave

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Diseño Metodológico

4.1.1 Tipo De La Investigación:

Es de método cuantitativo que según Pita y Pertegas (2002) refiere que es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre las variables a usar. De nivel básico, ya que intenta encontrar los principios generales que gobiernan los diversos fenómenos en los que el investigador se encuentra interesado. El tipo de estudio aplicado en la investigación es “descriptivo correlacional”. De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2006) se usa cuando se tiene el propósito de conocer la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías, o variables en un determinado contexto. Logra asociar variables mediante un patrón predecible para un grupo de pobladores y así poder realizar predicciones, explicar la relación entre variables y cuantificar relaciones entre variables.

4.1.2 Diseño De La Investigación:

El diseño de la investigación utilizado es el no experimental. De acuerdo a Hernandez, R. Fernandez, C. y Baptista, P. (2006) se observa el fenómeno tal y como se da en su contexto natural, para después analizarlos. En ella es difícil manipular variables. Los sujetos son observados en su ambiente natural. Diseño que nos va a permitir hallar el grado de relación que existe entre dos o más variables de interés en una misma muestra de sujetos o el grado de relación entre dos eventos observados. De corte transversal porque los datos obtenidos se dieron en un momento dado del tiempo

4.1.3 Procedimiento

El trabajo se realiza enviando una solicitud a la directora del CEBE Manuel Duato, para que autorice el ingreso a su institución para realizar la investigación, para ello se coordinara fechas y horarios para la aplicación de los instrumentos a usar. Las pruebas se tomarán de manera colectiva y de acuerdo a la disposición de la Dirección. Al momento de realizarlas se darán las pautas solicitando en sus repuestas la veracidad de ellas. Posteriormente se realizará la corrección de las pruebas, y se procederá a ingresar los datos a una base para su posterior análisis y discusión de los resultados.

4.2 Diseño Muestral:

4.2.1 Población y muestra

La población de estudio estará constituida por 120 padres de familia, que hacen referencia a los 120 alumnos que están distribuidos en las aulas de inicial y primaria, del Centro de Educación Básica Especial Manuel Duato de los Olivos. Para ello se

usará la selección de muestra no probabilística, llamada también muestra dirigida y que se supone es un procedimiento de selección informal, y de la cual se hacen inferencias (Hernandez, Fernandez y Baptita, 2006).

Dado el tamaño de la población no se contempló la estimación de la muestra dado que se tomó a toda la población como fuente de evaluación.

4.3 Técnicas de recolección de datos

4.3.1 Técnicas

Para la investigación se utiliza como técnica la encuesta, la que se puede definir siguiendo la idea de García (2010) como una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplia, que se lleva a cabo en el contexto de la vida cotidiana, usando procedimientos estandarizados de interrogación, con el fin de explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características.

4.3.2 Instrumentos:

Escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III) (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales). La Ficha Técnica. Autores : David Olson, Joyce Portner, Yoav Lavee. Lugar : Universidad de Minnesota Año : 1985 54 Base Teórica : Familiar Sistémico Modelo de Evaluación: Modelo circunflejo. Nivel de Evaluación : La familia y pareja Foco de Evaluación : Percepción real familiar Percepción ideal familiar Satisfacción familiar Número de Ítemes : 40 ítemes Escalas : Escala de Cohesión Escala de Adaptabilidad Normas : Percentiles b. Confiabilidad. Se midió a través de la consistencia interna y del test-retest, en la tercera versión del FACES (Olson, 1985), obteniendo los siguientes

resultados: La consistencia interna de la escala total alcanzó un coeficiente de Pearson de 0.68, teniendo para la dimensión de cohesión un coeficiente de Pearson de 0.77 y para la dimensión de adaptabilidad un coeficiente de Pearson de 0.62. Después de 4 a 5 semanas se aplicó un retest bajo las mismas condiciones obteniendo para la dimensión de cohesión un coeficiente de 0.83 y para la dimensión de adaptabilidad un coeficiente de 0.80. c. Validez. En la tercera versión del FACES (Olson, 1985), se realizaron estudios para determinar la validez de constructo. Para ello se estableció una correlación entre las dimensiones cohesión y adaptabilidad obteniendo un coeficiente de Pearson de 0.03. Polaino – Lorente y Martínez (1998) refieren que el desarrollo de la tercera versión del FACES era conseguir que la correlación entre cohesión y adaptabilidad fueran lo más cercana posible a cero ya que, desde un punto de vista teórico, se asumía que no correlacionaban entre sí y que eran independientes; es decir, la puntuación de una dimensión no condicionaría ni determinaría la puntuación obtenida por la otra, de ese modo la probabilidad de pertenecer a cualquiera de los 55 16 tipos de familia sería teóricamente equivalente. Los resultados obtenidos en esta versión ($r = 0.03$) fueron mucho menor al obtenido en el FACES II ($r = 0.65$) con lo cual se determina la independencia de las variables. En México, se estudió la validez de constructo del FACES III traducido al español utilizando la técnica multivariada de análisis factorial con fines confirmatorios. Dado que se buscaba dotar al estudio de rigor metodológico y estadístico, se plantearon estimadores de parámetros que determinaron los valores mínimos de referencia y para ello fue necesario establecer criterios, características, supuestos y condiciones teóricas del modelo de análisis factorial a fin de comprobar cuantitativamente si la validez de constructo fue adecuada. Se utilizó 12 supuestos del modelo de análisis factorial, los cuales son:

Determinante de la matriz de correlación múltiple, adecuación del muestreo (KMO), matriz de correlación prueba de esfericidad de Bartlett, antimagen de la matriz de correlación, correlaciones significativas en la matriz de correlación múltiple, autovalor para cada componente principal según criterio Kaiser, componentes principales y factores por obtener o confirmar (dimensiones), carga factorial de cada ítem para incorporarlo al modelo, porcentaje de residuales menores de 0.05 en valores absolutos, número de ítems consolidados a priori en cada dimensión, coeficiente de fiabilidad de Cronbach no estandarizado y varianza mínima explicada por el modelo. De los 12 criterios, 8 rebasaron satisfactoriamente los valores mínimos de referencia y 4 criterios no lo hicieron, pero los autores los consideraron como limitaciones de este modelo de validación; declarando finalmente que el FACES III en español es fiable (70%) y válido. (Ponce, Gómez, Terán, Irigoyen y Landgrave, 2002). d. Normas de aplicación. Se hace entrega de la hoja de respuestas y se leen las instrucciones: “A continuación va encontrar una serie de afirmaciones acerca de cómo son las familia, ninguna de dichas frases es falsa o verdadera, pues varía de familia en familia”. Es indispensable verificar que hayan respondido todos los ítems.

4.3.3 Cuestionario

Cuestionario Estructural: Inventario de Depresión de Beck-Segunda Edición (IDB-II): La prueba consta de 21 reactivos cuyo propósito es medir las actitudes y síntomas específicos que son constantes en la depresión. Asimismo, pretende identificar niveles de depresión (Bernal, 1995). Es una prueba enfocada en adultos y adolescentes, desde la edad de 13 años hacia adelante. La puntuación total fluctúa entre 0 y 63; a mayor puntuación total en el Inventario, mayor es la sintomatología depresiva. En esta investigación, la atención se focalizó en identificar la

sintomatología depresiva y asignar al paciente un indicador de su nivel de depresión (alto, moderado, bajo), mas no otorgarle una categoría diagnóstica. Las categorías sintomatológicas en las cuales se basa la prueba son: humor, pesimismo, sentimientos de fracaso, pérdida de satisfacción, sentimientos de culpa, sentimientos de merecer un castigo, autodesprecio, autoacusaciones, ideas suicidas, tendencia al llanto, irritabilidad, aislamiento, indecisión, distorsión de la imagen corporal, disminución de la actividad, trastornos de sueño, fatigabilidad, trastornos de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de libido. La prueba obtuvo una buena consistencia interna ($\alpha = 0,92$), tanto en muestras clínicas como no-clínicas. El BDI-II es una prueba ampliamente usada en población hispano hablante, tanto en Argentina (Brenlla & Rodríguez, 2006), España (Sanz, Navarro & Vásquez, 2003) como Perú (Alcántara, 2008; Rodríguez, 2008) ha demostrado su validez y confiabilidad. En Latinoamérica es la prueba de mayor uso para el diagnóstico de sintomatología depresiva. En Argentina, Brenlla & Rodríguez (2006), adaptaron la prueba con fines clínicos, por lo que, hicieron énfasis en la sensibilidad antes que en su especificidad. Es decir, adoptaron un umbral más bajo para detectar la depresión con el fin de disminuir la probabilidad de falsos positivos. Por lo tanto, los puntos de corte que se establecieron clasifican la puntuación total de 0 a 13, perteneciente al rango de depresión mínima; 14 – 19 dentro del rango de depresión leve; 20 – 28 en la categoría de depresión moderada y de 29 – 63 correspondiente a un nivel de depresión severo. El Alfa de Cronbach fue de .88 para pacientes y de .86 para el grupo de comparación. En la población general, la correlación también fue significativa entre ambas mediciones ($r=0,86$), lo cual, demuestra su estabilidad en el tiempo. En población peruana, el BDI-II, ha sido utilizado para los Estudios Epidemiológicos del Instituto de Salud Mental

“Honorio Delgado Hideyo Noguchi”, (2002). Rodriguez (2008) utilizó la prueba para su investigación en población adolescente (universitarios y pre-universitarios), obteniendo una alta consistencia interna y un Alfa de Cronbach de 0.91. El factor 1 obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.87 y el factor 2 de 0.80. Alcántara (2008) en una investigación con pacientes con VIH obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,94. Ambas investigaciones utilizaron la adaptación argentina, tanto por su énfasis en el trabajo con pacientes como por su alta confiabilidad y validez. Para la presente investigación, se analizó la confiabilidad por consistencia interna del IDB-II y se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,89. En el análisis de la capacidad Estilos de Humor y Sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama 18 discriminativa de los ítems a partir de las correlaciones ítem-test los coeficientes obtenidos fluctuaron entre 0,26 y 0,75.

4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Esta actividad se realizará mediante un registro de datos en el software de análisis estadístico SPSS 23 para evaluar la confiabilidad y consistencia de los resultados. El análisis se hará en dos etapas, en la primera se tendrá en cuenta la estadística descriptiva para hallar las medias y desviaciones estándar obtenidas por los participantes en ambos instrumentos, en la siguiente etapa se usará la estadística inferencial, realizando el análisis de correlación de Pearson, con el fin de identificar si existen relaciones entre las variables.

4.5 Aspectos éticos

Siguiendo las pautas de la American Psychological Association, el presente estudio cumplirá con el principio de protección a las personas, respetando la identidad, confidencialidad y privacidad de los participantes. Asimismo, la investigación se registrará bajo el código de consentimiento informado y expreso, pues su participación será de manera voluntaria.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1. Resultados; análisis descriptivos tablas de frecuencia

5.1.1. Análisis de los datos sociodemográficos

La tabla 1 presenta la distribución de la muestra según el género de los padres de familia. Se aprecia que el 80% (96) de la muestra son mujeres y el 20% (24) son hombres.

Tabla 1

Distribución de la muestra según género

Género	F	%
Masculino	24	20.0
Femenino	96	80.0
Total	120	100.0

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 2 presenta la distribución de la muestra según la edad cronológica de los padres de familia. Se observa que el 48.3% (58) de la muestra poseen edades mayores a los 38 años, el 46.7% (56) tiene edades comprendidas entre los 31 y 37 años y el 5.0% (6) poseen entre 25 y 30 años.

Tabla 2*Distribución de la muestra según edad cronológica*

Edad cronológica	F	%
25 a 30 años	6	5.0
31 a 37 años	56	46.7
38 a más	58	48.3
Total	120	100.0

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 3 presenta la distribución de la muestra de acuerdo a la situación laboral de los padres de familia. Se aprecia que el 57.5% (69) de la muestra trabaja de manera independiente y el 42.5% (51) laboran de manera dependiente.

Tabla 3*Distribución de la muestra según ocupación laboral*

Situación laboral	F	%
Trabajador independiente	69	57.5
Trabajador dependiente	51	42.5
Total	120	100.0

Fuente: Elaboración propia.

5.1.2. Análisis descriptivo para la variable funcionalidad familiar

Por su parte, la tabla 4 presenta las frecuencias y porcentajes de los niveles de la sub-escala cohesión de la variable funcionalidad familiar. Se aprecia que el 74.2% (89) se ubica en el nivel familia dispersa, el 20% (24) en el nivel familia separada, el 5.8% en el nivel familia conectada; mientras que para el nivel familia aglutinada no se ubicó ningún participante.

Tabla 4*Frecuencias y porcentajes para los niveles de la sub-escala cohesión*

	Niveles	<i>f</i>	%
Cohesión	Dispersa	89	74.2
	Separada	24	20.0
	Conectada	7	5.8
	Aglutinada	0	0
	Total	120	100.0

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 5 presenta las frecuencias y porcentajes de los niveles de la sub-escala adaptabilidad de la variable funcionalidad familiar. Se aprecia que el 34.2% (41) se ubica en el nivel familia estructurada, el 33.3% (40) en el nivel familia rígida, el 17.5% (21) en el nivel familia caótica y el 15% (18) en el nivel familia flexible.

Tabla 5*Frecuencias y porcentajes de los niveles de la sub-escala adaptabilidad*

	Niveles	<i>f</i>	%
Adaptabilidad	Rígida	40	33.3
	Estructurada	41	34.2
	Flexible	18	15.0
	Caótica	21	17.5
	Total	120	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 6 se aprecian las frecuencias y porcentajes para los tipos de funcionalidad familiar, donde encontramos que el 56.7% (68) de la muestra de padres de familia estudiada presentó un nivel de rango medio, el 33.3% (40) evidenció un nivel extremo y solo el 10% (12) acreditó un nivel balanceado en la funcionalidad familiar respectivamente.

Tabla 6

Frecuencias y porcentajes de los tipos de funcionalidad familiar según el modelo Circumplejo de Olson

		Niveles	<i>f</i>	%
Funcionalidad familiar		Extrema	40	33.3
		Rango medio	68	56.7
		Balanceada	12	10.0
		Total	120	100

Fuente: Elaboración propia.

5.1.3. Análisis descriptivo para la variable depresión

Luego, en la tabla 7 se presentan las frecuencias y porcentajes de los niveles de depresión de acuerdo al Inventario de Depresión de Beck – II. Se aprecia que el 43.3% (52) de los participantes se ubica en el nivel grave, 22.5% (27) evidenció un nivel mínimo, el 18.3% (22) obtuvo un nivel moderado y el 15.8% (19) alcanzó un nivel leve de depresión.

Tabla 7

Frecuencias y porcentajes de los niveles de depresión según el Inventario de Depresión de Beck - II

		Niveles	<i>f</i>	%
Depresión		Mínima	27	22.5
		Leve	19	15.8
		Moderada	22	18.3
		Grave	52	43.3
		Total	120	100.0

Fuente: Elaboración propia.

5.2. Análisis inferencial

5.2.1. Análisis de normalidad

La tabla 8, presenta los resultados del análisis de normalidad en los puntajes de las variables funcionalidad familiar y depresión. Esta evaluación fue relevante ya que permitió determinar el estadístico de relación a utilizar, el cual ayudó a dar respuesta a las hipótesis propuestas en la investigación; para tal fin se utilizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov – Smirnov (K – S). Se observa que los valores de significancia obtenidos fueron mayores al valor teórico de contraste ($p > 0,05$) por lo que las variables analizadas reportan una distribución normal de sus puntajes alrededor de la media. Entonces, los estadísticos inferenciales pertinentes para examinar las relaciones entre variable y sus dimensiones serían calculados a través de la prueba de correlación “r” de Pearson.

Tabla 8

Resultados de la prueba de Kolmogorov – Smirnov (K-S) para las variables funcionalidad familiar y depresión

	Funcionalidad familiar	Depresión
Z de Kolmogorov-Smirnov	0.738	1.157
P	0.648	0.137

Fuente: Elaboración propia.

5.3. Comprobación de hipótesis

Con el propósito de comprobar la hipótesis general de investigación acerca de la existencia de una relación entre las dos variables medidas en el presente estudio: funcionalidad familiar y depresión, se llevó a cabo un análisis de correlación por medio de la prueba de correlación de Pearson para la muestra completa, cuyos resultados se pueden observar en la tabla 9.

En el análisis de la correlación se encontró que la relación entre ambas variables es altamente significativa ($p < 0.001$) y por tanto, si existe una correlación siendo esta de tipo inversa y con un nivel moderada ($r = -0.456$). Es decir, a mayor puntaje de funcionalidad familiar, menor será el puntaje de depresión que alcanzan los padres de familia del CEBE Manuel Duato en el distrito de los Olivos.

Tabla 9

Resultados de la prueba de correlación “r” de Pearson para funcionalidad familiar y depresión

Variables		Depresión
Funcionalidad familiar	“r”	-0.456
	<i>p</i>	0.000 (***)

(***) Altamente significativo ($p < 0,001$)

En la tabla 11, se aprecia una correlación altamente significativa ($p < 0.001$), de tipo inversa y de nivel moderada baja entre la sub-escala adaptabilidad y depresión ($r = -0,278$) en los padres de familia del CEBE Manuel Duato en el distrito de los Olivos.

Tabla 11

Resultados de la prueba de correlación “r” de Pearson para adaptabilidad y depresión

Variables		Depresión
Adaptabilidad	“r”	-0.278
	<i>p</i>	0.000 (***)

(***) Altamente significativo ($p < 0,001$)

En la tabla 7 se puede observar que el nivel esta a un nivel grave de depresión con el 43.3% (52) , 22.5% (27) evidenció un nivel mínimo, el 18.3% (22) obtuvo un nivel moderado y el 15.8% (19) alcanzó un nivel leve de depresión. Lo que nos indica que se deja la hipótesis específica 2.

Por último, se presentan los resultados encontrados sobre el análisis estadístico específico para establecer la existencia de asociación entre las sub-escalas de funcionalidad

familiar y depresión, haciendo uso del estadístico “r” de Pearson. En la tabla 10, se reporta una correlación altamente significativa ($p < 0.001$), de tipo inversa y de nivel moderada baja entre la sub-escala cohesión y depresión ($r = -0.365$) en los padres de familia del CEBE Manuel Duato en el distrito de los Olivos. Por lo que se confirma la hipótesis 3

Tabla 10

Resultados de la prueba de correlación “r” de Pearson para cohesión y depresión

Variables		Depresión
Cohesión	“r”	-0.365
	<i>p</i>	0.000 (***)

(***) Altamente significativo ($p < 0,001$)

5.4. Discusión y conclusiones

5.4.1. Discusión de los resultados

Aproximadamente 350 millones de personas padecen de depresión en el mundo, y se espera que esta cifra aumente, pues se ha previsto que en el 2030 la depresión será la primera causa de morbilidad mundial (OMS, 2012). Si bien se da estos datos sabemos que en el momento en que se diagnostica una discapacidad a un niño, además de la propia realidad del trastorno, hay que tener en cuenta la fuerte repercusión que acomete en el entorno familiar, sobre todo en los padres del pequeño, que ven cómo todos los ámbitos de su vida cambian para siempre. Las reacciones emocionales ante la discapacidad de un hijo pueden ser muy variadas según cada caso, aunque todos los padres suelen pasar por fases similares desde el momento del diagnóstico. De todas maneras, las reacciones y el devenir de la deficiencia dependerán de diversos factores, como el grado de incapacidad del hijo, la dinámica familiar antes del diagnóstico, la situación económica, social e intelectual de la familia o las creencias religiosas. Si bien no se tiene

investigaciones sobre la relación entre funcionalidad familiar y depresión, es importante tomarlo en sobre los estados emocionales que están presentes cuando un padre tiene un hijo con discapacidad lo que motiva a seguir investigando en la búsqueda de factores asociados que se comporten como factores de riesgo y permitan dirigir propuestas específica de prevención. En este trabajo se estudiaron la funcionalidad familiar y la depresión en padres de familia con hijos con habilidades diferentes de un Centro de Educación Básica Especial del distrito de los Olivos. En los resultados estadísticos, tanto descriptivos como inferenciales, podemos considerar que brindan respuesta acorde a los objetivos e hipótesis planteados previamente.

Se aprecia que existe una mayor cantidad de mujeres (80%) y que de varones (20%). Estando en una distribución de edad donde el 48.3% tienen edades mayores a los 38 años, el 46.7% tienen edades comprendidas entre los 31 y 37 años y solo el 5.0% poseen entre 25 y 30 años. De lo que podemos inferir que existen padres que ya tienen más año con sus hijos con discapacidad, que le ha llevado a buscar formas de afrontamiento a la depresión,

Asimismo podemos ver que existe un nivel de cohesión familiar que nos indica que el 74.2% (89) se ubica en el nivel familia dispersa, el 20% (24) en el nivel familia separada, el 5.8% en el nivel familia conectada; mientras que para el nivel familia aglutinada no se ubicó ningún participante. En cuanto a la adaptabilidad de la variable funcionalidad familiar. Se aprecia que el 34.2% (41) se ubica en el nivel familia estructurada, el 33.3% (40) en el nivel familia rígida, el 17.5% (21) en el nivel familia caótica y el 15% (18) en el nivel familia flexible. A diferencia de Lopez – marquez (2017) refiere que de acuerdo al cuestionario Apgar familiar. encuentra que el 60.2% percibe la funcionalidad familiar normal, 37%

disfuncionalidad leve y 2.8% disfuncionalidad grave; además, el 83.2% grado alto de PEPF y 16.8% regular

las frecuencias y porcentajes para los niveles de funcionalidad familiar, se observó que el 56.7% (68) de la muestra de padres de familia estudiada presentó un nivel de rango medio, el 33.3% (40) evidenció un nivel extremo y solo el 10% (12) acreditó un nivel balanceado en la funcionalidad familiar respectivamente, a diferencia de los resultados encontrados por Sigüenza (2015) que evidenciaron que el 52,3% de las familias presentan una adaptabilidad alta lo que representa una familia caótica y la cohesión media de 40.5% considerada como familia unida. En las familias con adaptabilidad alta, son los padres quienes ejercen las relaciones de poder, imponiendo y estableciendo las reglas familiares, y una cohesión media, pues los lazos emocionales entre sus integrantes se ven reflejados en la preocupación constante de los padres por los conflictos de sus hijos, compartiendo el tiempo libre entre ellos. Los tipos de familia común entre los evaluados es “Caótica-unida” con el 26%.

Por los resultados podemos observar los niveles de depresión donde el 43.3% (52) de los participantes se ubica en el nivel grave, 22.5% (27) evidenció un nivel mínimo, el 18.3% (22) obtuvo un nivel moderado y el 15.8% (19) alcanzó un nivel leve de depresión.

En el análisis de la correlación se encontró que la relación entre ambas variables es altamente significativa ($p < 0.001$) y por tanto, si existe una correlación siendo esta de tipo inversa y con un nivel moderada ($r = -0.456$). Es decir, a mayor puntaje de funcionalidad familiar, menor será el puntaje de depresión que alcanzan los padres de familia del CEBE Manuel Duato en el distrito de los Olivos.

En cuanto a la relación entre la sub-escala cohesión y depresión se reporta una correlación altamente significativa ($p < 0.001$), de tipo inversa y de nivel moderada baja ($r = -0.365$) en los padres de familia del CEBE Manuel Duato en el distrito de los Olivos. Lo que nos dice que a mayor puntaje de cohesión será menor el puntaje de depresión en los padres de familia del cebe Manuel Duato del distrito de los Olivos

En cuanto a la escala de adaptabilidad y depresión se aprecia una correlación altamente significativa ($p < 0.001$), de tipo inversa y de nivel moderada baja ($r = -0,278$) en los padres de familia del CEBE Manuel Duato en el distrito de los Olivos, que a mayor puntaje de adaptabilidad, será menor la depresión.

5.5. Conclusiones y Recomendaciones

5.5.1 Conclusiones

- Dentro del nivel de cohesión familiar encontramos que el 74.2% se ubica en el nivel familia dispersa, el 20% en el nivel familia separada, el 5.8% en el nivel familia conectada; mientras que para el nivel familia aglutinada no se ubicó ningún participante.
- En cuanto a la adaptabilidad familiar se observa que el 34.2% se ubica en el nivel familia estructurada, el 33.3% en el nivel familia rígida, el 17.5% en el nivel familia caótica y el 15% en el nivel familia flexible.
- Se acepta la hipótesis general de la investigación, ya que se encontró relación altamente significativa, de tipo inversa y de nivel moderado, lo que quiere decir que a mayor puntaje de funcionalidad familiar menor será el nivel de depresión en padres de familia del Cebe Manuel Duato – Los Olivos – 2017.
- Se encuentran frecuencias y porcentajes para los tipos de funcionalidad familiar, donde encontramos que el 56.7% (68) de la muestra de padres de

familia estudiada presentó un nivel de rango medio, el 33.3% (40) evidenció un nivel extremo y solo el 10% (12) acreditó un nivel balanceado en la funcionalidad familiar respectivamente.

- Los niveles de depresión de los participantes se tiene que el 43.3% se ubica en el nivel grave, 22.5% evidenció un nivel mínimo, el 18.3% obtuvo un nivel moderado y el 15.8% alcanzó un nivel leve de depresión. Lo que se confirma la hipótesis específica
- En el objetivo de cohesión y depresión se tiene, se observa que la mayoría de padres en la relación dimensión de cohesión con depresión se tienen una correlación altamente significativa, de tipo inversa y de nivel moderada baja, lo que significa que a mayor cohesión, menor será el nivel de depresión.
- En cuanto a la dimensión de adaptabilidad familiar, con depresión se observa que la correlación altamente significativa, de tipo inversa y de nivel moderada baja en padres de familia del Cebe Manuel Duato – Los Olivos – 2017. significa que a mayor adaptación, menor será el nivel de depresión.

5.5.2. Recomendaciones

- Realizar talleres dirigido a padres de familia y docentes, sobre la importancia de la funcionalidad familiar, proponiendo actividades para mejorar las relaciones al interior del grupo familiar, tomando en cuenta a su hijo con discapacidad. Elaborar programas de acompañamiento familiar en las primeras etapas del nacimiento de las personas con habilidades diferentes.
- Diseñar y ejecutar programas de prevención e intervención en depresión, con el objetivo de mejorar las estrategias de afrontamiento y manejo de emociones, así como fortalecimiento de la autoestima en los padres de familia con hijos con discapacidad. Para ellos es importante que se consideren este tipo de actividades

dentro del plan anual de la institución educativa y su desarrollo esté a cargo de especialistas psicólogos. Asegurar atención y seguimiento de casos identificados de depresión en los padres de familia evaluados, a través de la derivación al centro de salud más cercano.

- Establecer horarios y actividades para que los padres trabajen en equipo dentro de la familia a fin de disminuir los efectos del impacto de tener un hijo con discapacidad
- Trabajar con la familia a fin de involucrar a todos los componentes para dar una atención de calidad a las personas con discapacidad
- En cuanto a la adaptabilidad se sugiere trabajar por etapas de acuerdo a las características de su hijo, aprender a aceptar la discapacidad del miembro de la familia.

REFERENCIAS

- Anderson, S (2016) Sobrecarga y funcionamiento familiar en familias con hijos con discapacidad. Universidad Central de Catalunya. Recuperado el 12 de Octubre del 2018. En http://dspace.uvic.cat/xmlui/bitstream/handle/10854/4776/trealu_a2016_anderson_sarah_sobrecarga_funcionamiento.pdf?sequence=1
- Arenas, S. (2009) Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. Tesis UNMSM. Perú. Recuperado el 15 de marzo del 2017 en: <http://www.uv.es/lisis/instrumentos/Funcionamiento-FamiliaR.pdf>
- Arranz, E. (2004). *Familia y desarrollo psicológico*. Chile: Editorial Pearson Prentice hall
- Benites, L. (1998). Tipos de familia, habilidades sociales y autoestima en un grupo de adolescentes en situación de riesgo. En Revista Cultura UPSMP, 12. Lima . Perú
- Bustos, E (2009). “La conducta agresiva del niño en edad infantil”. Córdova
- 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.
- Cava, M. (2003) Comunicación Familiar y Bienestar Psicosocial en Adolescentes. Actas del VIII Congreso Nacional de Psicología Social en Valencia – España. Recuperado el 24 de mayo del 2017 en: <http://www.uv.es/lisis/mjesus/encuentrosenpsico.pdf>
- Curiel, K. (2017) “clima social familiar y agresividad en los adolescentes del centro juvenil de diagnóstico y rehabilitación de Lima”. Tesis para optar por el título profesional de licenciatura en Psicología. Universidad Católica Sede Sapiens, Lima – Perú.
- Cuervo, L. (2010). Crianza con cariño. Recuperado el 25 de marzo del 2017 en: <http://www.corporacioncarino.org/content/libro/crianza-con-carino.pdf>
- Escardo, F. (1964). “*Anatomía de la Familia*” Bs. As. Editorial EL ATENEO.
- Goode, W. J. (1964). *La familia*. New York: Prentice-Hall.

- Hernandez, R. Fernandez, C. Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. Editorial McGraw-Hill. Mexico.
- INEI (2016) *Primera Encuesta Nacional especializada sobre Discapacidad 2012. Marzo 2014*. Recuperado de:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1171/ENEDIS%202012%20-%20COMPLETO.pdf
- Martínez y Moncada (2012). “Relación entre los niveles de agresividad y la convivencia en el aula en los estudiantes de cuarto grado de educación primaria de la I.E.T N° 88013 “Eleazar guzmán barrón”, Chimbote.
- Manobanda, M. (2014) “El clima social familiar y su incidencia en las conductas agresivas en los estudiantes de décimo año de Educación Básica de la Unidad Educativa General Eloy Alfaro durante el período abril-agosto 2014”. Ambato – Ecuador.
- Núñez, B (2003). La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares. Archivos Argentinos de Pediatría. Vol. 101, nº2, pp. 133-142.
- Organización de las Naciones Unidas (1994). La familia y los tipos de familia. Barcelona. Centro UNESCO. Recuperado en:
http://files.unicef.org/uruguay/spanish/libro_familia.pdf
- OMS (200) Manual De Recursos De La OMS Sobre La Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Suiza.
- Rodríguez Ravello, G, y Vera Calmet V. (1998) Clima Social Familiar y Autoestima en Adolescentes de 13 a 16 años de los colegios secundarios de Trujillo. UPCV
- Romero, Sarquis y Zegers. (1997). *Comunicación Familiar*. Chile: Programa de Formación a Distancia- Mujer Nueva PUC.
- Saenz, L. (2016) Relación entre clima social familiar y agresividad en los alumnos del Centro De Educación Básica Alternativa San Andres. Piura, 2015

- Sigüenza, W. (2015). Funcionamiento familiar según el modelo circumplejo de Olson. (Tesis de Maestría, Universidad de Cuenca). Ecuador.
- Solorzano, D (2015) “funcionalidad y disfuncionalidad en las familias de niños con discapacidad” tesis previa a la obtención del título de magíster en psicoterapia del niño y de la familia. Universidad de Cuenca Ecuador
- Soto, R (2008) Adaptación de la forma abreviada del “cuestionario de recursos y estrés (QRS-F 1983)”, para padres de personas con autismo. Vol. 8, n°1, pp.1-27. Instituto de Investigación en Educación. Universidad de Costa Rica.
- Valleja D. (2001) Duelo de los padres ante el nacimiento de un niño con discapacidad. Revista médica Universidad de Antioquia. Vol. 14, n°2.
- Valdivieso, J. (2016) Depresión en Personas con Discapacidad y su Relación con la Funcionalidad Familiar. Universidad Nacional De Loja – Ecuador - 2016
- Vásquez, J (2017) Cohesión, adaptabilidad familiar y tipo de familia su relación en el control de la diabetes del adulto mayor, Pasaje 2016. Tesis Universidad Nacional de Loja. Ecuador
- Zambrano, C; Almeida, E (2017) Clima social familiar y su influencia en la conducta violenta en los escolares. Universidad Estatal el Milagro. Ecuador.

1. Anexos

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PROBLEMA DE INVESTIGACION	OBJETIVOS DE ESTUDIO	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	MARCO METODOLOGICO
---------------	----------------------------------	-----------------------------	------------------	------------------	--------------------	---------------------------

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESION EN PADRES DE FAMILIA DEL CENTRO DE EDUCACION BASICA ESPECIAL MANUEL DUATO – LOS OLIVOS – 2017.	PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLE 1		
	¿Cuál es la relación entre funcionalidad Familiar y depresión en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos – 2017?	Determinar la relación entre funcionalidad Familiar y depresión en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos – 2017.	Existe relación significativa entre Funcionalidad Familiar y depresión en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos – 2017.	Funcionalidad familiar	1. Cohesion familiar 2. Adaptabilidad familiar	TIPO DE ESTUDIO Descriptivo correlacional. DISEÑO DE ESTUDIO Diseño No Experimenta). POBLACION Y MUESTRA 120 padres de familia
	PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPOTESIS ESPECIFICAS			
1. ¿Cuál es el tipo de funcionalidad familiar en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos 2017? 2. ¿Cuáles son los	1. identificar niveles de funcionalidad familiar en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos 2017	1. Existe nivel de rango medio de funcionalidad familiar en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos 2017 2. Existe nivel grave	Depresión	1. No depresión 2. Depresión leve 3. Depresión moderada	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS Cuestionario de 21 ítems de inventario de la depresión.	

	<p>niveles de depresión en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos – 2017?</p> <p>3. ¿Cuál es la relación entre la dimensión de cohesión familiar con depresión en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos – 2017?</p> <p>4. ¿Cuál es la relación entre la dimensión de adaptabilidad familiar con depresión en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos – 2017?</p>	<p>2. Identificar los niveles de depresión en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos – 2017</p> <p>3. Identificar la relación entre la dimensión de cohesión familiar con depresión en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos – 2017</p> <p>4. Establecer la relación entre la dimensión de adaptabilidad familiar con depresión en padres de familia CEBE Manuel Duato – Los Olivos – 2017</p>	<p>de depresión en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos – 2017</p> <p>3. Existe relación altamente significativa entre la dimensión de cohesión familiar con depresión en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos – 2017</p> <p>4. Existe relación altamente significativa entre la dimensión de adaptabilidad familiar con depresión en padres de familia del CEBE Manuel Duato – Los Olivos – 2017</p>		<p>4. Depresión grave</p>	<p>Cuestionario de 20 ítems de Escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar</p>
--	--	---	---	--	---------------------------	--

BASE DE DATOS

N°	Género	Grado_ins	Edad	Ocupación	Funciona_total	Cohesión	Adaptabilidad	DX_COH	DX_ADAP	DX_Funcioa	Depresión	DX_DEPRE
1.	1	2	40	2	57	39	18	2	1	2	21	3
2.	1	2	48	2	41	27	14	1	1	1	15	2
3.	1	2	39	2	61	33	28	1	3	2	34	4
4.	1	2	42	2	46	29	17	1	1	1	18	2
5.	1	2	47	2	81	42	39	3	4	2	14	2
6.	1	2	41	2	50	30	20	1	2	2	39	4
7.	1	2	41	2	61	37	24	2	2	3	23	3
8.	1	2	43	2	52	28	24	1	2	2	21	3
9.	1	2	44	2	53	28	25	1	3	2	38	4
10.	1	2	47	2	69	37	32	2	4	2	27	3
11.	1	2	46	2	43	24	19	1	1	1	4	1
12.	1	2	46	2	36	19	17	1	1	1	0	1
13.	1	2	40	2	49	21	28	1	3	2	13	1
14.	1	1	39	2	37	20	17	1	1	1	19	2
15.	1	1	40	2	39	17	22	1	2	2	38	4
16.	1	1	48	2	75	39	36	2	4	2	22	3
17.	1	1	43	2	54	34	20	1	2	2	7	1
18.	1	1	45	2	49	32	17	1	1	1	33	4
19.	1	1	42	2	67	38	29	2	4	2	17	2
20.	1	1	41	2	47	27	20	1	2	2	11	1
21.	1	1	39	2	52	30	22	1	2	2	9	1

22.	1	1	36	2	60	34	26	1	3	2	35	4
23.	1	1	35	2	37	21	16	1	1	1	10	1
24.	2	2	44	1	47	30	17	1	1	1	34	4
25.	2	2	48	1	71	38	33	2	4	2	34	4
26.	2	2	36	2	37	25	12	1	1	2	12	1
27.	2	2	44	1	48	31	17	1	1	1	18	2
28.	2	2	46	2	43	24	19	1	1	1	32	4
29.	2	2	49	1	55	34	21	1	2	2	46	4
30.	2	2	42	1	53	35	18	2	1	3	19	2
31.	2	2	45	1	55	27	28	1	3	2	28	3
32.	2	2	40	2	43	26	17	1	1	1	13	1
33.	2	2	67	2	68	39	29	2	4	2	30	4
34.	2	2	42	1	54	34	20	1	2	2	39	4
35.	2	2	50	1	60	37	23	2	2	3	17	2
36.	2	2	36	1	58	31	27	1	3	2	37	4
37.	2	2	48	1	39	20	19	1	1	1	0	1
38.	2	2	39	1	74	40	34	2	4	2	33	4
39.	2	2	35	1	43	27	16	1	1	1	13	1
40.	2	2	47	1	47	29	18	1	1	1	31	4
41.	2	2	49	1	76	40	36	2	4	2	11	1
42.	2	2	42	1	58	33	25	1	3	2	15	2
43.	2	2	48	1	72	37	35	2	4	2	32	4
44.	2	2	37	2	39	25	14	1	1	1	4	1
45.	2	2	42	1	55	34	21	1	2	2	16	2
46.	2	2	37	1	37	19	18	1	1	1	26	3
47.	2	2	37	1	36	18	18	1	1	1	34	4

48.	2	2	46	1	42	21	21	1	2	2	23	3
49.	2	2	37	2	59	35	24	2	2	3	21	3
50.	2	2	41	1	40	22	18	1	1	1	8	1
51.	2	2	43	1	50	27	23	1	2	2	9	1
52.	2	2	40	1	66	40	26	2	3	3	6	1
53.	2	2	38	1	61	29	32	1	4	1	14	2
54.	2	2	42	1	61	32	29	1	4	1	32	4
55.	2	2	48	1	31	15	16	1	1	1	27	3
56.	2	2	38	1	82	45	37	3	4	2	30	4
57.	2	2	46	2	53	30	23	1	2	2	33	4
58.	2	2	39	1	49	25	24	1	2	2	30	4
59.	2	2	30	2	46	25	21	1	2	2	8	1
60.	2	2	45	1	52	30	22	1	2	2	10	1
61.	2	2	30	1	43	22	21	1	2	2	20	3
62.	2	2	36	1	47	31	16	1	1	1	21	3
63.	2	2	40	1	53	30	23	1	2	2	35	4
64.	2	2	30	2	48	26	22	1	2	2	0	1
65.	2	2	41	1	47	26	21	1	2	2	45	4
66.	2	2	39	1	63	42	21	3	2	3	16	2
67.	2	2	48	1	56	30	26	1	3	2	4	1
68.	2	2	45	2	77	43	34	3	4	2	17	2
69.	2	2	49	1	66	37	29	2	4	2	32	4
70.	2	2	46	1	60	38	22	2	2	3	14	2
71.	2	2	46	2	57	36	21	2	2	3	42	4
72.	2	2	39	1	50	35	15	2	1	2	38	4
73.	2	1	30	1	78	42	36	3	4	2	12	1

74.	2	1	47	2	65	27	38	1	4	1	16	2
75.	2	1	46	1	47	25	22	1	2	2	30	4
76.	2	1	35	2	50	25	25	1	3	2	11	1
77.	2	1	46	2	52	32	20	1	2	2	45	4
78.	2	1	40	2	65	32	33	1	4	1	40	4
79.	2	1	42	1	50	27	23	1	2	2	31	4
80.	2	1	36	1	55	32	23	1	2	2	35	4
81.	2	1	37	1	55	30	25	1	3	2	40	4
82.	2	1	40	1	42	27	15	1	1	1	39	4
83.	2	1	39	1	43	26	17	1	1	1	28	3
84.	2	1	48	1	34	19	15	1	1	1	23	3
85.	2	1	40	2	40	21	19	1	1	1	16	2
86.	2	1	32	2	63	35	28	2	3	3	14	2
87.	2	1	36	2	51	28	23	1	2	2	28	3
88.	2	1	32	1	57	30	27	1	3	2	33	4
89.	2	1	61	1	71	41	30	3	4	2	28	3
90.	2	1	37	2	47	29	18	1	1	1	13	1
91.	2	1	46	2	50	28	22	1	2	2	12	1
92.	2	1	40	1	59	38	21	2	2	3	19	2
93.	2	1	42	2	44	30	14	1	1	1	21	3
94.	2	1	32	2	31	19	12	1	1	1	26	3
95.	2	1	38	2	59	32	27	1	3	2	27	3
96.	2	1	39	1	46	32	14	1	1	1	35	4
97.	2	1	36	1	58	32	26	1	3	2	32	4
98.	2	1	36	1	56	38	18	2	1	2	29	4
99.	2	1	46	1	38	16	22	1	2	2	31	4

100.	2	1	37	1	47	24	23	1	2	2	37	4
101.	2	1	64	1	39	25	14	1	1	1	35	4
102.	2	1	34	1	46	28	18	1	1	1	35	4
103.	1	1	24	2	63	36	27	2	3	3	9	1
104.	2	1	36	1	37	20	17	1	1	1	32	4
105.	2	1	33	1	57	32	25	1	3	2	28	3
106.	2	1	37	2	54	32	22	1	2	2	39	4
107.	2	1	37	1	47	32	15	1	1	1	34	4
108.	2	1	43	1	42	22	20	1	2	2	10	1
109.	2	1	36	1	29	15	14	1	1	1	38	4
110.	2	1	30	2	59	29	30	1	4	1	44	4
111.	2	1	39	1	61	37	24	2	2	3	44	4
112.	2	1	46	1	35	18	17	1	1	1	29	4
113.	2	1	31	1	51	28	23	1	2	2	37	4
114.	2	1	37	2	67	36	31	2	4	2	31	4
115.	2	1	35	2	49	23	26	1	3	2	26	3
116.	2	1	36	1	51	29	22	1	2	2	27	3
117.	2	1	37	1	49	27	22	1	2	2	31	4
118.	2	1	50	1	41	21	20	1	2	2	17	2
119.	2	1	33	1	73	43	30	3	4	2	13	1
120.	2	1	45	1	47	30	17	1	1	1	31	4

Instrumentos

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

- 1) . No me siento triste
Me siento triste.
Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

- 2) . No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
Me siento desanimado respecto al futuro.
Siento que no tengo que esperar nada.
Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

- 3) . No me siento fracasado.
Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
Me siento una persona totalmente fracasada.

- 4) . Las cosas me satisfacen tanto como antes.
No disfruto de las cosas tanto como antes.
Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

- 5) . No me siento especialmente culpable.
Me siento culpable en bastantes ocasiones.
Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
Me siento culpable constantemente.

- 6) . No creo que esté siendo castigado.
Me siento como si fuese a ser castigado.
Espero ser castigado.
Siento que estoy siendo castigado.

- 7) . No estoy decepcionado de mí mismo.
Estoy decepcionado de mí mismo.
Me da vergüenza de mí mismo.
Me detesto.

- 8) . No me considero peor que cualquier otro.
Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.

- Continuamente me culpo por mis faltas.
Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) . No tengo ningún pensamiento de suicidio.
A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
Desearía suicidarme.
Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10) . No lloro más de lo que solía llorar.
Ahora lloro más que antes.
Lloro continuamente.
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 11) . No estoy más irritado de lo normal en mí.
Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
Me siento irritado continuamente.
No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
- 12) . No he perdido el interés por los demás.
Estoy menos interesado en los demás que antes.
He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
He perdido todo el interés por los demás.
- 13) . Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
Evito tomar decisiones más que antes.
Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
Ya me es imposible tomar decisiones.
- 14) . No creo tener peor aspecto que antes.
Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15) . Trabajo igual que antes.
Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
No puedo hacer nada en absoluto.
- 16) . Duermo tan bien como siempre.
No duermo tan bien como antes.
Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 17) . No me siento más cansado de lo normal.
Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
Estoy demasiado cansado para hacer nada.

- 18) . Mi apetito no ha disminuido.
No tengo tan buen apetito como antes.
Ahora tengo mucho menos apetito.
He perdido completamente el apetito.
- 19) . Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
He perdido más de 2 kilos y medio.
He perdido más de 4 kilos.
He perdido más de 7 kilos.
Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.
- 20) . No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
- 21) . No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
Estoy menos interesado por el sexo que antes.
Estoy mucho menos interesado por el sexo.
He perdido totalmente mi interés por el sexo.

1. Escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III)

Nombre persona encuestada	
Fecha	

Instrucciones

A continuación usted deberá seleccionar una de las opciones que se le presentarán a continuación. Deberá marcar con una **X** la opción que mas se acerque a su respuesta.

Nº	Pregunta	Casi Nunca o Nunca	De vez en cuando	A veces	Muchas Veces	Casi Siempre o Siempre
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7	Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia.					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					

9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11	Nos sentimos muy unidos.					
12	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente.					
13	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie					
14	En nuestra familia las reglas cambian.					
15	Con facilidad podemos planear actividades en la familia.					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					