

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD DE POSGRADO DE TERAPIA FAMILIAR**



Una Institución Adventista

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESION
EN MADRES DE HOGARES MONOPARENTALES QUE ASISTEN
A LA IGLESIA ADVENTISTA EN CIUDAD GUAYANA,
ESTADO BOLIVAR, VENEZUELA, 2015**

Tesis

Presentada para optar el grado académico de Magister en Ciencias de la
Familia con mención en Terapia Familiar

Por

Zoila Mercedes Alvarado de Atalido

Lima, Perú

2015

Funcionalidad familiar y su relación con la depresión en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en Ciudad Guayana, Estado Bolívar, Venezuela, 2015

TESIS

Presentada para optar el Grado Académico de Magister en Ciencias de la Familia con Mención en Terapia Familiar

JURADO DE SUSTENTACIÓN


Dra. Erika Inés Acuña Salinas
Presidenta


Dr. Arturo Chico Robles
Secretario


Dr. José Peña Castillo
Asesor


Dra. Ana Rebeca Escobedo Ríos
Vocal

Lima, 31 de diciembre de 2015

A mi amante esposo Jorge, amigo,
compañero y apoyo constante.

A Eneida por superarlo todo en el cuidado
a nuestra madre hasta su final.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien ha sido mi sostén en todo momento y me concede toda bendición, esta meta lograda es producto de su amor e interés en mi vida.

Al Dr. Joel Peña Castillo, quien ha sido inspiración, por su excelencia en su esmerada labor, quien además ha sido mi asesor, hombre de Dios, ejemplar, muy consciente y oportuno en la atención a las necesidades de las personas.

Al Dr. Arnulfo Chico, por su dirección en la práctica, quien enseñó, paso a paso, lo que significa estar en la sala con la familia, por su modelaje constante en mi experiencia diaria.

A mis compañeros de estudio, por constituir un equipo excelente de seres humanos, quienes quedarán en el recuerdo y nunca serán olvidados.

A todos mis “pacientes”, quienes me obligan a mantenerme educándome, estudiando, mantener viva la lectura; por compartir conmigo sus más profundas dolencias que me han servido para comprender el corazón humano.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
TABLA DE CONTENIDO	iv
LISTA DE TABLAS	vii
LISTA DE FIGURAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRAC	xi
INTRODUCCIÓN	xii

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.1.1. Descripción de la situación problemática.....	1
1.1.2. Formulación del problema	6
Problema general.....	6
Problemas específicos.....	7
1.2. Justificación de la investigación.....	7
1.3. Objetivos de la investigación:.....	8
1.3.1. Objetivo general.....	8
1.3.2. Objetivos específicos.....	9
1.4. Hipótesis de la investigación.....	9
1.4.1. Hipótesis general.....	9

1.4.2. Hipótesis específicas.....	9
1.5. Variables de la investigación.....	10
1.5.1. Identificación de las variables.....	10
1.5.2. Operacionalización de las variables.....	11
CAPÍTULO II	
FUNDAMENTO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	16
2.1.1. Investigaciones internacionales.....	16
2.1.2. Investigaciones nacionales.....	22
2.2. Marco histórico de la investigación.....	25
2.2.1. Funcionalidad familiar.....	25
2.2.2. Depresión.	29
2.3. Bases teóricas de la investigación.....	32
2.3.1. Teorías de la funcionalidad familiar.....	32
2.3.2 Teoría de los sistemas naturales.....	32
2.3.3 Teoría estructural.....	34
2.3.4 Teoría de la comunicación de Virginia Satir.T.....	38
2.4. Modelos de la funcionalidad familiar.....	39
2.4.1. Modelo Circumplejo de David Olson.....	39
2.4.2 Funcionalidad Familiar según Elena de White.....	40
2.5. Teorías de la depresión.....	40
2.5.1. Teorías Conductuales de la Depresión.....	41
2.5.1.1 La disminución del esfuerzo positivo.....	42
2.5.1.2 Entrenamiento en el autocontrol.....	42
2.5.1.3 Artur Nezu: la solución aprendida.....	43
2.5.2 Teorías cognitivas de la depresión.....	44
2.5.2.1 La teoría cognitiva de Aron Bec.....	44

2.5.3. Clasificación de los estados depresivos según el DSMIV.....	46
2.6. Definición de términos.....	50
CAPÍTULO III	
MÉTODOS DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	51
3.2. Población y muestra.....	52
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	52
3.4. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	57
CAPÍTULO IV	
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
4.1. Presentación de los resultados.....	58
4.2. Contratación de hipótesis.....	78
4.3. Discusión de los resultados.....	84
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones.....	89
5.2. Recomendaciones.....	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	94
ANEXOS.....	105

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Procedencia.	58
Tabla 2. Estado civil de madres monoparentales	59
Tabla 3. Edad.	60
Tabla 4. Número de hijos.....	61
Tabla 5. Tipo de familia	62
Tabla 6 Instrucción.....	63
Tabla 7 Ocupación.....	64
Tabla 8 Funcionalidad Familiar.....	65
Tabla 9 Cohesión	66
Tabla 10 Armonía.....	67
Tabla 11 Comunicación.....	68
Tabla 12 Permeabilidad.....	69
Tabla 13 Afectividad.....	70
Tabla 14 Roles.....	71
Tabla 15 Adaptabilidad.....	72
Tabla 16 Respuesta somática.	73
Tabla 17 Respuesta cognitiva	74
Tabla 18 Estado de ánimo.	75
Tabla 19 Respuesta psicomotora.....	76
Tabla 20 Depresión	77
Tabla 21 Correlación entre la Funcionalidad familiar con la depresión...	79

Tabla 22 Correlación entre la Funcionalidad familiar con la respuesta somática	80
Tabla 23 Correlación entre la Funcionalidad familiar con la respuesta cognitivo	81
Tabla 24 Correlación entre la Funcionalidad familiar con el Estado de ánimo	82
Tabla 25 Correlación entre la Funcionalidad familiar con la Respuesta psicomotor	83

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Procedencia.	59
Figura 2. Estado civil de madres monoparentales	60
Figura 3. Edad.	61
Figura 4. Número de hijos.....	62
Figura 5. Tipo de familia	63
Figura 6 Instrucción.....	64
Figura 7 Ocupación.....	65
Figura 8 Funcionalidad Familiar.....	66
Figura 9 Cohesión	67
Figura 10 Armonía.....	68
Figura 11 Comunicación.....	69
Figura 12 Permeabilidad.....	70
Figura 13 Afectividad.....	71
Figura 14 Roles.....	72
Figura 15 Adaptabilidad.....	73
Figura 16 Respuesta somática.	74
Figura 17 Respuesta cognitiva	75
Figura 18 Estado de ánimo.	76
Figura 19 Respuesta psicomotora.....	77
Figura 20. Depresión	78

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue estudiar la relación existente entre funcionalidad familiar y depresión en un grupo de mujeres pertenecientes a hogares monoparentales, conformando una muestra de 102 mujeres de ciudad Guayana. Se aplicaron dos instrumentos, el de funcionalidad familiar FFSIL, para lo cual se realizó la confiabilidad obteniéndose un coeficiente Alfa de Cronbach: 0.894 y con el instrumento de medición de depresión de Zung se realizó el mismo procedimiento y cuyo coeficiente Alfa de Cronbach es 0.891.

Durante el tratamiento estadístico se usó medidas de tendencia central: mediana, cálculo de porcentajes y en la contrastación de las hipótesis el Chi-cuadrado de Pearson y el estadístico Tau_b de Kendall. La correlación entre la funcionalidad familiar con la depresión, se observa que el Chi-cuadrado de Pearson = 57,156, *gl.* = 9 y $p = ,000 < .05$ y el estadístico Tau_b de Kendall muestra un coeficiente de correlación = -.676 y *Valor p* = .000 < .05 . En el estudio, se observó que el 5.9% de las mujeres presenta signos de disfuncionalidad severa, el 22.5% son disfuncionales y el 46.1% son moderadamente disfuncionales.

Estos resultados permiten afirmar que existe relación significativa entre funcionalidad familiar y depresión en la muestra estudiada. De manera similar se aprecia con las dimensiones de la depresión (somática, cognitivo, estado de ánimo y psicomotor) y la funcionalidad familiar.

Palabras claves: funcionalidad familiar, depresión, hogar monoparental.

ABSTRAC

The aim of this study was to study the existing relation between familiar functionality and depression in a group of women belonging to single-parent homes, shaping a sample of 102 women of city Guyana. Two instruments were applied, that of familiar functionality FFSIL, for which realized the reliability a coefficient being obtained Cronbach's Alpha: 0.894 and with the instrument of measurement of Zung's depression there was realized the same procedure and whose coefficient Cronbach's Alpha is 0.891.

During the statistical treatment there were used measures of central trend: median, calculation of percentages and in the contrastación of the hypotheses the Chi-square of Pearson and the statistician Tau_b de Kendall. The correlation between the familiar functionality with the depression, observes that Pearson's Chi-square = 57,156, gl. = 9 and $p = .000 < .05$ and the statistician Tau_b de Kendall shows a coefficient of correlation = -.676 and Value $p = .000 < .05$. In the study, was observed that 5.9 % of the women presents signs of severe malfunction, 22.5 % is disfunctional and 46.1 % is moderately disfunctional.

These results allow to affirm that significant relation exists between familiar functionality and depression in the studied sample. In a similar way it is estimated by the dimensions of the depression (somatic, cognitive, state of mind and psychomotor) and the familiar functionality.

Key words: familiar functionality, depression, single-parent home.

INTRODUCCIÓN

La investigación realizada se fundamenta en la necesidad de encontrar una respuesta a uno de los problemas familiares más conocidos, sin embargo no atendido, se trata de la funcionalidad. Se plantea en este trabajo de investigación determinar la relación existente entre funcionalidad familiar y depresión en hogares monoparentales.

El estudio de los seres humanos ha sido por todas las décadas objeto apreciable de investigación. Las personas pertenecen a un núcleo, hay alguien, y algo al cual se pertenece, se llama familia; y aun cuando en era del posmodernismo ha sido difícil definirla o dar una conceptualización que satisfaga a todos, se mantiene vigente el concepto tradicional que la caracteriza.

Muchos autores en el ámbito internacional y nacional han reflejado en sus obras escritas los cambios que afectan la estructura familiar y del impacto que éstos han tenido es asumir la responsabilidad que tradicionalmente se ha tenido en la familia. El concepto tradicional de familia conformada por padre, madre e hijos está siendo remplazado por otros enunciados. Tomar uno de esos conceptos actuales, como lo es la familia monoparental y analizarla bajo la perspectiva de la funcionalidad familiar resultará en el entendimiento de la danza que vive este tipo de familia.

La ausencia de alguno de los progenitores en una familia, deja el sistema familiar expuesto a sufrir grandes y numerosos problemas que deshacen la estabilidad familiar.

Es necesario conocer los factores que intervienen para que una familia sea funcional o disfuncional. Entre los factores que influyen en el bienestar familiar se encuentra la monoparentalidad, que define la familia constituida por un solo

progenitor, quien convive con los hijos y es el único sustentador de la familia. Esta familia se produce en consecuencia de un divorcio, separación, muerte de alguno de los cónyuges, o simplemente de una elección de vida.

El otro factor que estudia esta investigación es la depresión. La depresión es más que sentirse triste. Es un problema médico grave que puede cambiar la forma en cómo se sienten las personas, la forma como piensa, las relaciones y las actividades del diario vivir. Es conocido que la depresión afecta tanto a los hombres como a las mujeres, pero las mujeres tienen más probabilidades de que se les diagnostique con depresión que a los hombres. La mujer busca con más frecuencia que los hombres alivio para los problemas que afectan las emociones. Sin embargo, muchas mujeres que padecen una enfermedad depresiva nunca buscan tratamiento, viven con su familia y su influencia es muy determinante para el sistema familiar.

Para fines de este estudio resulta necesario definir la familia tal como se expresa a continuación; es un “organismo vivo” compuesto de distintas partes que ejercen interacciones recíprocas. Del mismo modo, podemos considerar la familia un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento; cada parte del sistema se comporta como una unidad diferenciada, al mismo tiempo que influye y es influida por otras que forman el sistema (Eguiluz, 2003).

Es responsable guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Terapia familiar sistémica, para estudiar y dar seguimiento al proceso de funcionalidad familiar.

Se concibe realizar esta investigación en Venezuela, pues los problemas familiares y la depresión son problemas de alta frecuencia. Según el último estudio realizado por el Ministerio del Poder Popular para la salud, en Venezuela, 6,9 de la población venezolana sufre de depresión, 3,65% padece trastornos bipolares, mientras el 23,8% tiene trastornos de ansiedad (Noticias 24/ salud), y asegura “que es como la violencia nos ataca a todos”.

Esta investigación de tipo descriptivo y correlacional tiene el objetivo: determinar si existe relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en madres de hogares monoparentales que viven en Ciudad Guayana, Estado Bolívar. Se midieron las variables en estudio con una muestra de 102 mujeres de la iglesia Adventista.

En el capítulo uno se plantea el problema, su justificación y los objetivos en cuestión. El segundo capítulo hace mención de las bases teóricas, antecedentes del problema, marco histórico y conceptual. Las hipótesis variables están contenidas en el capítulo tres, con la operacionalización y los instrumentos a utilizar.

El cuarto capítulo queda constituido por el marco metodológico, donde se exponen los métodos que se utilizaron para obtener los resultados mediante diversas fórmulas estadísticas y el capítulo cinco contiene las conclusiones y recomendaciones finales.

Este estudio permite afianzar lo que salta a la vista en la población venezolana, pero que pocos se han atrevido a llevarlos a una investigación. Será de ayuda para varias áreas del saber y servirá de referencia a otros estudios. Lo que cobra importancia es saber manejar los resultados, con el fin de enriquecer el saber de la cultura venezolana y fomentar mediante la educación el que todos aprendan

y entiendan su rol en la familia y disminuir los riesgos cuando no existen límites definidos y la jerarquía está cuestionada.

“En Cristo todos somos miembros de una familia. Dios es nuestro Padre, y desea que nos intereseamos en los miembros de la familia, no de vez en cuando, sino mediante un interés decidido y permanente” (White, 1979). Sin duda, la terapia familiar se nutre constantemente de lo que sucede en las familias; por tal motivo, el interés puesto enriquece la forma de abordaje del sistema familiar, para ayudarles a encontrar soluciones a la multiplicidad de problemas.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

1.1.1. Descripción de la situación problemática

La familia juega un rol muy importante en el desarrollo de cada individuo que lo compone, y éste a su vez influye en la sociedad en la cual se desenvuelve. Una de las mayores necesidades del ser humano es ser aceptado, amado, respetado y tener sentido de pertenencia. Esas necesidades pueden y deben ser suplidas en el ambiente familiar. Por tanto, la familia necesariamente debe cumplir la función en su entorno inmediato: educación, alimentación, salud, socialización, recreación y la enseñanza de valores espirituales y morales.

Si la familia cumple o no eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, en vez de referirse a ella como normal o patológica. Al respecto, Huerta (1999) afirma que una buena funcionalidad familiar se manifiesta en la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Pichón Riviére (1998, p. 67) piensa que el concepto de familia persiste y se va formando, se va haciendo y se pueden experimentar algunas metamorfosis; sin embargo, como institución se mantiene y declara que la familia es “una estructura social básica que se configura por el

interjuego de roles diferenciados (padre, madre, hijo), y enunciado en los niveles o dimensiones comprometidos en su análisis, podemos afirmar que la familia es el modelo natural de la situación de interacción grupal”

Por naturaleza, la mujer tiene una función formadora para sus hijos, la Biblia lo expresa del siguiente modo: "Tu mujer será como vid que lleva fruto a los lados de tu casa; tus hijos como plantas de olivos alrededor de tu mesa" (Salmo 128: 3).

En la actualidad y como norma social, religiosa y cultural, predomina la aceptación del modelo tradicional de familia nuclear conyugal, constituida por un matrimonio con o sin descendencia. Este modelo familiar no sólo sigue siendo predominante, sino sigue constituyendo un modelo mayoritario de referencia para buena parte de la población. Por otro lado, junto al papel hegemónico (el significado de homogéneo contempla que provenga de la acepción del verbo «*eghemoneno*» que significa «guiar», «*preceder*» o «*conducir*» y de la cual derivan los significados «*estar al frente*», «*comandar*» y «*Gobernar*») de la familia nuclear, se asiste también a una creciente diversificación de fórmulas alternativas de convivencia: entre otras, los hogares unipersonales, los hogares sin núcleo familiar y los hogares que albergan un núcleo monoparental, por el aumento en el número de hogares complejos.

Una familia nuclear está compuesta por el padre, la madre y los hijos procreados con funciones diferentes, formando el sistema parental e incluye la crianza de los hijos y las funciones inherentes: el afecto, la socialización, el cuidado, a través de este subsistema los hijos aprenden todo tipo de interacción, valores y reglas que conformaran su personalidad. Como esencia se puede decir que la salud integral de los miembros de la familia depende fundamentalmente de cómo este

constituido el hogar; la ausencia de uno de cónyuge pareciera no poder ser remplazado eficazmente pues desde los principios y con base bíblica así lo constituyó Dios. *“Por tanto, dejará el hombre a su padre y a su madre, y se unirá a su mujer, y serán una sola carne”* (Génesis. 2:24).

La familia monoparental con presencia de solo la progenitora, en ausencia del padre, por cualquier razón; demanda de la primera capacidades para cumplir las funciones del subsistema parental, para que los hijos puedan desarrollarse en su mayor plenitud. Cuando las funciones de crianza, afecto, socialización y el cuidado recaen sobre la madre, ésta indudablemente tendrá que ser sustentadora, sin dejar de cumplir el papel modeladora y satisfacer las necesidades de sus hijos.

El rol de género tradicional asignado a las mujeres las sitúa como las cuidadoras naturales de las personas dependientes; en este caso, hijos e hijas. Se asume que, ante la maternidad, son ellas quienes deben hacerse cargo de los hijos a todos los niveles. La crisis de valores presentes en la institución familiar venezolana, similar a la que ocurre en otras sociedades, se caracteriza por la existencia de fallas en sus estructuras y funciones, falta de disposición para asumir las responsabilidades y deberes inherentes a la vida familiar, ausencia o confusión de patrones de disciplina en el hogar, persistencia de uniones eventuales, coexistencia de rasgos culturales disímiles, etc. (Perdomo, González y Acuña, 1982).

Si a todo esto se suma el riesgo que representa formar hogares monoparentales, asumidos por mujeres quienes sufren de depresión, se pudiera estar hablando que existirán eventos conflictivos fuera de control que dañan la estructura familiar. Los hogares monoparentales han sufrido y sufren un estigma

social, cuyo origen, en gran parte, reside en su situación minoritaria frente al modelo ideal y dominante de la familia nuclear. Cabe añadir que en muchos estudios sobre la familia, tanto en la teoría como en la investigación, se ha partido de los mismos supuestos de los valores dominantes de la sociedad, además se ha otorgado gran énfasis a la estructura, olvidando la importancia de otros aspectos (procesos, relaciones de poder, etc.) de la vida familiar.

De este modo, se encuentran mujeres más afectadas, agregando los roles que cumple dentro y fuera de la familia, se puede estar hablando de una situación de alto riesgo de salud mental y de la exacerbación de problemas que trae como consecuencia este padecimiento. En este contexto, la depresión es una realidad fuera de serie en Venezuela, trae consigo la afectación de muchas áreas del común de la vida; el buen o mal funcionamiento de la familia es un factor desencadenante para la conservación de la salud tanto de quien padece la depresión, así como de la familia con quien convive.

Otro factor excepcional es la realidad estadística del país, pues el 62% de las familias venezolanas están en manos de mujeres solas, eso dice que el peso de la familia lo llevan ellas (Aponte Sánchez, 2008). Las familias monoparentales ubican a las madres con la mayor responsabilidad en mantener la estabilidad del sistema familiar, esto puede generar menoscabo de su salud física, mental y emocional, como consecuencia de desear cumplir con múltiples roles que pueden descontrolarse.

Una serie de despistajes de la depresión (Kort y Pérez, 2001) con el nombre de *“Campaña Nacional Frente a la Depresión”* en la ciudad de Caracas y auspiciado por las Redes de Alianza Global para la Defensa de la Salud Mental

(Gurian, Nueva York) resultaron que para ese momento, uno de cada cuatro caraqueños presentan manifestaciones significativas de “depresión moderada”.

Según la Organización Mundial de la Salud existe en el mundo más de 350 millones de personas que experimentan depresión y que han sido reportadas, (Centro de prensa OMS, 2013). La patología de la esfera afectiva que se convierte en tristeza prolongada, abatimiento, irritabilidad, cambios de humor perturban las obligaciones habituales del diario vivir (Galvanovskis, 2000). La depresión se convierte en problema, porque afecta las relaciones familiares e interpersonales que impiden procesar la información, desde el punto de vista de la percepción, el pensamiento, la inteligencia y el razonamiento. Según Chincilla (2008), las investigaciones y estudios realizados en personas deprimidas han arrojado como resultado que la prevalencia es doble en el sexo femenino.

En este sentido, una mujer deprimida que lleva la carga de la familia, como proveedora para las necesidades físicas básicas, para mantener la familia estable en sus relaciones personales y conservar la armonía, la comunicación, afectividad, cohesión; definir los roles y límites resulta verdaderamente un problema de gran dimensión. Las familias de madres solas que nunca han compartido su maternidad con una pareja constituyen una realidad familiar de la que poco se sabe.

Los datos muestran unas familias con enormes dificultades económicas, sustentadas por mujeres con empleos muy precarios y apoyados, en lo económico y en el cuidado de hijos e hijas, por la familia de origen. El sentimiento de minusvalía puede desencadenar la depresión y esta, a su vez, una funcionalidad familiar perturbada. Todo sistema familiar debe ser capaz de enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (Huerta, 1999).

White (1963) declara: “La madre puede y debe hacer mucho para dominar sus nervios y ánimo cuando está deprimida. Aun cuando está enferma. No debiera hacer sentir a los niños su propia flaqueza y nublar sus mentes jóvenes y sensibles por su propia depresión de espíritu, haciéndoles sentir que la casa es una tumba y que la pieza de mamá es el lugar más lúgubre del mundo”

Esta realidad, no quedan al margen las madres quienes asisten a la Iglesia Adventista; un numeroso grupo de ellas vive esta situación; también las mujeres abandonadas, están divorciadas o simplemente decidieron ser madres solteras. Se ha observado que muchas de estas familias tienen problemas familiares sobre todo en la crianza de los hijos y la subsistencia adecuada que favorezca el crecimiento óptimo y la estabilidad del hogar. Muchas mujeres se enfrentan inclusive a la intolerancia de la propia familia, sus exigencias y el desencanto de no tener una familia funcional de manera que puede conservar el equilibrio, sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas de una determinada patología.

A partir de esa problemática, este trabajo de investigación se orienta a realizar un acercamiento al tema que tiene trascendencia, debido al impacto que tiene para la colectividad venezolana la familia: núcleo fundamental de la sociedad. Plantea estudiar la relación que existe entre la Funcionalidad Familiar y la depresión en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en Ciudad Guayana, Estado Bolívar, Venezuela.

1.1.2. Formulación del problema

Problema general

¿Qué relación existe entre la funcionalidad familiar y la depresión en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana estado Bolívar, Venezuela, 2015?

Problemas específicos

- a) ¿Qué relación existe entre la funcionalidad familiar y la respuesta somática en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela 2015?
- b) ¿Qué relación existe entre la funcionalidad familiar y la respuesta cognitiva en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela 2015?
- c) ¿Qué relación existe entre la funcionalidad familiar y el estado de ánimo en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela 2015?
- d) ¿Qué relación existe entre la funcionalidad familiar y la respuesta psicomotora en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en Ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela 2015?

1.2. Justificación de la investigación

Este trabajo es significativo, porque la familia seguirá siendo el pilar de la sociedad, no importa si esta crece con defectos o en santa armonía. Todo lo que sucede en la familia ocurre en todos lados donde hay interrelación humana. Es importante el desarrollo armonioso del ser biopsicosocial y la madre juega un papel importante como educadora y formadora de valores, de manera que este trabajo significa que sus resultados podrán ser utilizados, para la planificación de orientaciones dirigidas a las familias monoparentales y ayudarles a desarrollar valores, principios y creencias que les permitan mantener el sistema familiar estable.

Los resultados de esta investigación podrían ser útiles para varias ciencias, en especial para la familia, pues aporta información de hogares monoparentales muy poco estudiados hasta ahora y puede servir de base para entender la danza de este tipo de familias.

Puede ser utilizada para otras investigaciones similares, en las cuales se estudien las variables analizadas y servir de referencia o motivación para estudios similares, pues este tipo de familia se está haciendo dominante en la sociedad actual.

Este trabajo de investigación ha ayudado a entender el rol de la mujer, quien vive sola criando a sus hijos, escuchar sus experiencias; muchas de ellas han tenido éxito, otras han tenido que esforzarse no solo para la manutención sino también en los resultados de la crianza de sus hijos. Es importante en la terapia familiar poder comprender esta situación, para proceder en la intervención adecuadamente y quizá con la participación de todos los miembros de familia.

Para la sociedad y, especialmente, para la iglesia y para quienes son líderes juveniles, este trabajo de investigación puede aportar sus resultados para la orientación de jóvenes aun solteros, sin hijos y hacer conciencia del significado del matrimonio y la paternidad responsable, creando una perspectiva clara del compromiso que representa el matrimonio, los resultados pudieran ser usados para programas de educación y capacitación, un entrenamiento para la vida.

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación existente entre la funcionalidad familiar y la depresión en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela, 2015.

1.3.2. Objetivos específicos

- a) Determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la respuesta somática en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela 2015.
- b) Determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la respuesta cognitiva en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela 2015.
- c) Determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y el estado de ánimo en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela 2015.
- d) Determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la respuesta psicomotora en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela 2015.

1.4. Hipótesis de investigación

1.4.1. Hipótesis general

Hi existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela 2015.

1.4.2. Hipótesis específicas

- a) Existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la respuesta somática en madres de hogares monoparentales.
- b) Existe relación significativa entre funcionalidad familiar y la respuesta cognitiva en madres de hogares monoparentales.

- c) Existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y el estado de ánimo en madres de hogares monoparentales.
- d) Existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la respuesta psicomotora en madres de hogares monoparentales.

1.5. Variables de la investigación

1.5.1. Identificación de variables

Funcionalidad familiar. Dinámica relacional sistemática que se da a través de cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Una familia es funcional o disfuncional basado en su capacidad de adaptarse a los cambios con cada ciclo de la dinámica familiar.

Depresión. Trastorno del estado de ánimo, que dura por lo menos dos semanas en las cuales las personas muestran tristeza extrema, pérdida de la alegría o interés en la vida y otros síntomas como cambios de peso, insomnio, sentimientos de inutilidad o culpa, pérdida de la memoria, incapacidad para concentrarse y pensamiento sobre la muerte o el suicidio.

Familia monoparentales. La familia monoparentales se define como toda agrupación familiar de hijos dependientes económicamente de uno solo de sus progenitores con el cual conviven, y que es a la vez el que ostenta, sea de hecho o de derecho, la custodia sobre los mismos.

1.5.2. Operacionalización de las variables

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESION EN MADRES DE HOGARES MONOPARENTALES QUE ASISTEN A LA IGLESIA ADVENTISTA EN CIUDAD GUAYANA ESTADO BOLIVAR- VENEZUELA AÑO 2015.

VARIABLE				
FUNCIONALIDAD FAMILIAR: Dinámica relacional sistemática que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad				
DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	Instrumento	Valoración
Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de la tarea cotidiana.	Decidir	1. Se toman decisiones para cosas importantes en la familia	<i>FF-SIL, Cuestionario de funcionalidad familiar. De la Cuesta, Pérez Louro (1999)</i>	-Casi nunca -Pocas veces -A veces -Muchas veces -Casi siempre
	Colaboración	8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan		
Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.	Acuerdo	2. En mi casa predomina la armonía		
	Respeto	13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar		
Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.	Confianza	5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.		
	Sinceridad	11. Podemos conversar diversos temas sin temor.		
Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir	Flexible	7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.		

experiencias de otras familias e instituciones.		12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.		
Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.	Cariño	4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.		
	Calidez	14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.		
Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.	Consideración	13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.		
	Cooperación	9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.		
Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.	Empatía	6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.		
		10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones		

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESION EN MADRES DE HOGARES MONOPARENTALES QUE ASISTEN A LA IGLESIA ADVENTISTA EN CIUDAD GUAYANA ESTADO BOLIVAR- VENEZUELA AÑO 2014-2015

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE				
DEPRESIÓN: Trastorno del estado de ánimo, que dura por lo menos dos semanas en las cuales las personas muestran tristeza extrema, perdida de la alegría o interés en la vida y otros síntomas como cambios de peso, insomnio, sentimientos de inutilidad o culpa, perdida de la memoria, incapacidad para concentrarse y pensamiento sobre la muerte o el suicidio				
DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	Instrumento	Valoración
Somático. Síntomas que se manifiestan en el cuerpo sin que exista intención	Llanto	3. Tengo ataques de llantos, deseo llorar	Escala de Automedición de Depresión de ZUNG (Conde, Escriba y col. 1991)	-Nada o pocas veces -Algunas veces -Muchas veces -La mayoría de las veces o siempre
		9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado		
	Insomnio	4. Tengo problemas de sueño durante la noche		
	Pérdida de peso	5. Como igual que antes		

		7. Noto que estoy perdiendo peso		
		8. Tengo problemas de estreñimiento		
	Indiferencia	11. Mi mente está despejada como siempre		
		12. Me resulta fácil todo lo que solía hacer		
Cognitivo. Trastorno en la cual las percepciones intelectuales estas interferida	Disfruta/Admira	6. Disfruto admirar, conversar con mujeres/hombres atractivos		
	Esperanza	14. Tengo esperanza en el futuro		
	Irritable	15. Soy más irritable que de costumbre		
	Decidir	16. Tomo las decisiones fácilmente		
	Utilidad	17. Siento que soy útil en la vida		
	Plenitud	18. Siento que mi vida esta plena		

	Desesperanza	19. Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviera muerta		
	Optimismo	20. Sigo disfrutando con lo que hacia		
Estado de ánimo. Se trata de hábitos en el modo de reaccionar físicamente ante los eventos de la vida diaria, pero también de hábitos que condicionan una actitud predominante ante la vida en general	Abatimiento	1. Me siento abatida, desanimada y triste 2. Por la mañana es cuando mejor me siento		
	Desanimo	10. Me canso sin motivo		
Psicomotor. Situación en la que los movimientos sufren interferencia bien sea de lentitud o de agitación	Cansancio	10. Me canso sin motivo		
	Intranquilidad	13. Me encuentro intranquila y no puedo estarme quieta		

CAPÍTULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Antecedentes del problema

2.1.1. Investigaciones internacionales

Pelayo (1994) realizó un estudio sobre la estructura semiológica con una metodología tetradimensional y las situaciones familiares y laborales crónicas en la depresión de la mujer. La muestra utilizada fue de 108 mujeres depresivas y 57 formaban una sub muestra de mujeres en el primer episodio depresivo, a parte se tenía una muestra de control con 67 mujeres sin depresión. La recolección de datos fue efectuada en un ambulatorio de la seguridad social de Madrid, usando el Cuestionario Estructural Tetradimensional de Depresión.

Entre los resultados se destacan los siguientes hallazgos: la adscripción a un estrato socioeconómico bajo, muestra una asociación significativa con la presencia de un estado depresivo; la percepción de las mujeres sobre una relación asimétrica como una situación crónica en su vida conyugal es un factor asociado significativamente con el síndrome depresivo; las situaciones crónicas de pareja que reflejan una falta de intimidad y la presencia de continuos conflictos con el compañero, favorecen el inicio, mantenimiento y repetición de los episodios depresivos; en las mujeres que compatibilizan habitualmente el trabajo doméstico y el extra doméstico la preocupación por separarse de los hijos y el miedo a no

desempeñar bien su rol materno-familiar, son factores que favorecen la instauración de un estado depresivo; dentro de las situaciones crónicas de carácter desfavorable, alcanzan mayor valor en la etiología de la depresión en la mujer las de contenido interpersonal.

Martínez y col. (2009) realizaron estudio sobre ña depresión en adolescentes embarazadas en México, el estudio fue de tipo no experimental, descriptivo y exploratorio, participó una muestra de 100 mujeres, de las cuales 50 eran adolescentes embarazadas (menores de 18 años de edad) y 50 mujeres adultas (mayores de 18 años de edad), que acudían a consulta mensual en el Instituto Nacional de Perinatología de la Ciudad de México.

Para el análisis se identificaron cuatro áreas: síntomas psicológicos, factores sociales, síntomas físicos y expectativas. Del total de instrumentos, diez se aplicaron a adolescentes embarazadas (menores de 18 años de edad) y los diez restantes a embarazadas adultas (mayores a 18 años de edad). Los análisis estadísticos realizados determinaron una buena confiabilidad (Alfa de .708) para el total del instrumento, mientras que para la escala de depresión se obtuvo un valor de .894. Con respecto al tipo de relación de pareja (soltera, divorciada, casada, unión libre...), se observa que en ambos grupos la probabilidad de desarrollar depresión moderada es exactamente la misma.

Álvarez (2009) efectuó un estudio sobre la relación entre la depresión y los conflictos familiares, en adolescentes que habitan en comunidades rurales y urbanas del Estado de Tlaxcala en la República Mexicana. Se empleó la escala de clima familiar (FES), tomando sólo 3 reactivos de cada una de las 3 sub escalas (Relaciones, Desarrollo y Estabilidad) para evaluar la cohesión familiar, así mismo

utilizaron el inventario de Depresión de Beck (BDI), para evaluar la intensidad sintomática de la depresión. La muestra se seleccionó de escuelas secundarias de Tlaxcala, México, quedando 244 adolescentes finalmente y la media de edad fue de 13.43 años.

Los resultados de la investigación indican que existe una relación inversamente proporcional entre los síntomas depresivos y los conflictos familiares, lo que sugiere que, a mayor índice de depresión, existe menos cohesión familiar, demostrando que la carencia de apoyo social en el ambiente familiar del adolescente afecta en su proceso psicosocial.

Zapata (2007) realizó una investigación sobre la depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. Se utilizó una encuesta prospectiva a 747 adolescentes de 10 a 19 años de edad, de una escuela secundaria federal de Irapuato, Guanajuato: México. Para evaluar la depresión se aplicó el test de Zung y para detectar la disfunción familiar el APGAR familiar. El resultado revela que el 33% de los encuestados fueron diagnosticados con disfunción familiar, clasificándose como moderada en 203 adolescentes (el 27.2%) y grave en 44 adolescentes (el 5.9%).

Treinta sujetos (el 6%) fueron diagnosticados con depresión y en 43.3% de los casos estuvo asociado a disfunción familiar. Al aplicar el test de Apgar familiar a la muestra de adolescentes de la escuela federal produjo el resultado: más de la mitad tenía disfunción familiar, a pesar de ello no se asocia significativamente con la presencia de depresión, porque la población evaluada no tenía evidencia de problemas o trastornos psicológicos precisamente, eran adolescentes con una vida aparentemente normal.

En Perú, Arena (2009) realizó un estudio descriptivo correlacional entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes, 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 Agustino, departamento de Lima. Se administró el Cuestionario tetradimensional de Depresión (CET-DE) para observar la 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. Usando el estadístico Ji cuadrado (χ^2) se halló que la percepción de los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en adolescentes no presenta relación significativa en la muestra estudiada, así mismo dichas variables no se diferencian significativamente según sexo. En cuanto a la relación entre la presencia o ausencia de depresión según el sexo, no se hallaron diferencias significativas.

En México, Munro (2005) estudió un grupo de 43 médicos del Instituto Mexicano del seguro social residentes, el objetivo de la investigación fue estudiar la relación de la autoestima y funcionalidad familiar, aplicando test validados internacionalmente, para evaluar el nivel de autoestima (Test de Coopersmith, versión acortada) y el grado de funcionalidad familiar (APGAR familiar). En 32 de los médicos entrevistados se obtuvo un nivel medio alto de autoestima (el 74.4%) y en 5 de ellos un nivel significativamente alto de autoestima (el 9.3%). En cuanto a la funcionalidad familiar, el 83.7% de los médicos, se encontró que sí existe relación entre el nivel de autoestima medio alto y significativamente alto de estos médicos con tener familias funcionales, 36 tuvieron familias funcionales. Esto

demuestra que inclusive en aquellos casos en que se considera la muestra con conocimientos académicos favorables no escapa de tener familias no funcionales.

Mendoza (2006) hizo un análisis del funcionamiento familiar en el primer nivel de atención. El estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal, a través de estudios de diagnóstico de salud familiar y los instrumentos de evaluación, del subsistema conyugal y el FACES III, aplicados a familias adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 66 del IMSS de Xalapa, México.

De acuerdo con la evaluación del subsistema conyugal, la muestra evaluada reveló un 52% de parejas funcionales, un 39% de parejas moderadamente disfuncionales y un 9% de parejas severamente disfuncionales, mientras los resultados del FACES III revelaron que el 43% de las familias eran de rango medio, el 41% de las familias eran balanceadas y el 16% eran extremas. En este estudio se observó que tanto la comunicación como los límites inadecuados entre los integrantes concurren en familias disfuncionales con diferencias estadísticamente significativas.

Arriechi (2001), en un estudio para determinar el impacto de la funcionalidad familiar de los padres en adolescentes con crisis, encontró que la disfunción familiar se relaciona con características maternas, madres entre 20 y 39 años presentaron un 55% de disfuncionalidad, baja autoestima 90% y con 92.5% de patrón de comunicación incongruente. Al relacionar esto con el hecho de que el 40% de la muestra se encuentran en unión libre; es decir, sin parejas encontramos el impacto que tienen las madres solteras llevar la responsabilidad en el sistema familiar y que esto interviene de manera significativa.

En Colombia, Medellín, Zapata y col (2013), en la investigación titulada: *Familias monomarentales y monoparentales y su relación con los hijos e hijas adolescentes según el nivel socioeconómico y el sexo*, estudiaron y analizaron desde la metodología cualitativa las características de las familias monoparentales con hijos/as adolescentes en función del sexo y el nivel socioeconómico.

El estudio se desarrolló en fases complementarias y progresivas que iniciaron con la indagación y construcción conceptual hasta llegar al procesamiento, construcción de los datos, triangulación, análisis y redacción del informe de resultados. La muestra escogida fue de manera intencional, en total se trabajó con 18 familias y realizaron 36 entrevistas a familias monoparentales, 18 de ellas con padres y madres y 18 de ellas con sus hijos o hijas adolescentes; es decir, 2 entrevistas por familia. La selección de las familias entrevistadas se realizó a partir de las características de la muestra. Entre los muchos indicadores estudiados se observa una particularidad en familias monoparentales y con presencia de varios hijos; en los casos en que el hijo adolescente entrevistado es el mayor se presenta una parentalización del hijo; es decir, éste entra a asumir funciones parentales de cuidado básico, servir alimentos, acompañamiento, revisión de tareas escolares de los hermanos menores.

Trujano y López (2002) realizaron estudio instrumental, en el cual desarrolla una escala breve de análisis del funcionamiento familiar a partir de la escala americana *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES II)*, aplicada y adaptada para la sociedad de España, al estudiar el sistema familiar de madres solteras encontraron que éstas estaban en unos casos solas formando una familia nuclear incompleta con el apoyo de la familia extensa, siendo evidente la existencia

de una cohesión amalgamada al igual que una adaptabilidad caótica, lo que indica que se trata de familias con una disciplina excesivamente complaciente, falta de control y de límites precisos y claros que no favorecen la construcción de la autonomía individual.

Garay López en México (2005) estudió un grupo de 444 mujeres en un estudio descriptivo en la que aplicó la escala de Zung, para medir la depresión en mujeres en el campo laboral y fuera de él. Encontró que el estado civil se relaciona con la depresión en una significancia de 0,99 Alfa Cronbach de la muestra con una media de 42.02. Los resultados obtenidos a través de este estudio revelan la influencia de la variable depresión sobre las mujeres en el contexto familiar y su condición de pareja, dejando en evidencia que un 72% de la muestras mostraron depresión leve a moderada y que un 45% de ellas eran madres solteras con toda la carga económica, educacional de los hijos.

2.1.2. Investigaciones nacionales

En Caracas y Mérida, Molina y colaboradores (2000) realizaron un estudio, cuyo objetivo fue evaluar la funcionalidad familiar y su relación con Graffar, aplicando el test de APGAR Familiar, en adolescentes. En pediatría, la clasificación de Graffar es un esquema internacional para la agrupación de niños y adolescentes basado en el estudio de las características sociales de la familia, la profesión del padre, el nivel de instrucción, las fuentes de ingreso familiar, la comodidad del alojamiento y el aspecto de la zona donde la familia habita. Los criterios fueron establecidos en Bruselas, Bélgica por el profesor Graffar como un indicador de los diversos niveles de bienestar de un grupo social.

Se aplicó el test de APGAR Familiar, que evalúa: adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución familiar, en 253 adolescentes, 112 de Caracas (grupo 1) y 141 de Mérida (grupo 2). Se evaluaron actividades, tipo de familia, estrato social, educación materna, jefe de familia y disfunción familiar, entre marzo - mayo de 1998. Ambos grupos mostraron un alto número de estudiantes, en Mérida, 12,8 por ciento, estudian y trabajan. En ambos, el número de familias nucleares completas es bajo (33% y 48,9%) con gran proporción de familias incompletas (47,3% y 40,4%).

En Caracas predominan estratos sociales IV y V, en Mérida II, III, IV. Jefes de familia, en Caracas: madre 46,4 por ciento, padre 40,2 por ciento. En Mérida: padre 56 por ciento, madre 36,9 por ciento. Niveles educativos maternos, universitarios y bachilleres en Mérida, con un 2,9 por ciento analfabetas. En Caracas predomina el nivel escolar y bachillerato incompleto, con un 12,6 por ciento de analfabetas. La disfunción familiar fue elevada en la capital, 47,6 por ciento mayor en las clases IV y V; en Mérida 17 por ciento, observada en las clases II y III. Ambos grupos muestran pocas satisfacciones de la funcionalidad familiar.

En Barquisimeto, Estado Lara, Venezuela, Franco y Mendoza (1994) establecieron un programa para padres con métodos de crianza y patrones variados de función familiar, trabajado en una muestra de 60 padres y representantes (20 de cada 3 escuelas diferentes). Fueron sometidos a un programa controlado de entrenamiento de doce horas de duración, en el periodo enero - julio 94. Se tomó un pre test para detectar características de riesgo (nivel socioeconómico, Apgar familiar y diagnósticos de: función familiar y nivel de satisfacción personal).

Aplicando las escalas mencionadas antes de dar inicio a este programa en los resultados recogidos había un alto índice de disfuncionalidad: 50%, de la población estudiada, 11,67% eran disfuncionales severos y 38,33% disfuncionales moderados. En el control de abril se observó el siguiente comportamiento: el grupo de disfuncionales severos disminuyó en forma leve: 1 caso (el 1,67%). En el grupo de disfuncionales moderados, la disminución fue muy evidente. La importancia de este estudio es que la muestra fue mayormente mujeres (el 85%), no se menciona monoparentalidad, pero es evidente que la satisfacción y la funcionalidad familiar están relacionadas con este género en particular.

En el estado Bolívar, Venezuela, García (2010) realizó un estudio de tipo correlacionar, causal, transversal y probabilístico, para comprobar la relación existente entre el riesgo suicida y cohesión familiar en los estudiantes pertenecientes a los semestres de 3ero a 6to de la carrera de Medicina de la Escuela de Ciencias de la Salud “Dr. Francisco Battistini Casalta” de la Universidad de Oriente en Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Febrero 2010.

Se seleccionaron de manera intencional probabilística 235 estudiantes, 169 del sexo femenino y 66 del sexo masculino, con rango de edades entre 18 y 26 años. A cada estudiante se le realizó una encuesta, se recolectaron datos personales y se aplicaron dos instrumentos: el primero de ellos evaluó Riesgo Suicida y el segundo Cohesión Familiar. Encontrándose que el 9,79% de la población estudiada presentó riesgo suicida, de los cuales el 7,23% era del sexo femenino y 2,55% del sexo masculino. El 5,11% de los estudiantes con riesgo suicida presentaron cohesión familiar disgregada, evidenciando relación significativa al nivel $p < 0,05$, además de presentar la razón de verosimilitud de 0,994,

lo cual indica interdependencia, desde el punto de vista estadístico entre riesgo suicida y cohesión familiar disgregada. Se evidencia la influencia de la familia en la salud mental de sus miembros.

2.2. Marco histórico de la investigación

2.2.1. Funcionalidad familiar

La familia fue concebida en el Edén, cuando Dios creó todas las cosas para que pudieran disfrutar de un mundo perfecto. El relato bíblico lo expresa del siguiente modo: “Entonces dijo Dios: Hagamos al hombre a nuestra imagen, conforme a nuestra semejanza; y señoree en los peces del mar, en las aves de los cielos, en las bestias, en toda la tierra, y en todo animal que se arrastra sobre la tierra. Y creó Dios al hombre a su imagen, a imagen de Dios lo creó; varón y hembra los creó. Y los bendijo Dios, y les dijo: Fructificad y multiplicaos; llenad la tierra, y sojuzgadla, y señoread en los peces del mar, en las aves de los cielos, y en todas las bestias que se mueven sobre la tierra” (Gen. 1: 26, 27). Al respecto, White (1998) lo expresa así:

El matrimonio recibió la sanción y bendición de Cristo y debe considerarse como una institución sagrada. La verdadera religión no contrarresta los planes del Señor. Dios ordenó que la mujer se uniera al hombre en santo matrimonio para formar familias coronadas de honra que fueran símbolos de la familia celestial... El matrimonio, cuando se forma con pureza y santidad, verdad y justicia, es una de las mayores bendiciones dadas a la familia humana.

Solo un Dios perfecto pudo haber creado la familia: objeto de su más tierno cuidado. La familia ha pasado por muchas edades y culturas y ha ido transformándose en lo que hoy se ve como familia. Por muchos años ha influido en su formación los escritos bíblicos. Sin embargo, debido a la evolución del

conocimiento, de la sociedad y la cosmovisión del mundo contemporáneo, la familia ha sufrido transformaciones que han provocado problemas susceptibles de ser estudiados por expertos a lo largo de la historia

Al respecto de la historia de la familia, Engels (2004) expresa:

Hasta 1860 ni siquiera se podía pensar en una historia de la familia. Las ciencias históricas hallábase aún, en este dominio, bajo la influencia de los cinco libros de Moisés. La forma patriarcal de la familia, pintada en esos cinco libros con mayor detalle que en ninguna otra parte, no sólo era admitida sin reservas como la más antigua, sino que se la identificaba descontando la poligamia con la familia burguesa de nuestros días, de modo que parecía como si la familia no hubiera tenido ningún desarrollo histórico.

Más de un siglo después, la familia ha sufrido muchas transformaciones. En la última década, los estudios de funcionalidad familiar han sido considerados objeto de estudio y han intervenido muchos expertos: Watzlawick, Minuchin, Satir, Bowen y otros, quienes formaron el famoso grupo de Palo Alto, reconocido en el campo académico como principal promotora del enfoque sistémico.

Hay un acuerdo general en que los "pioneros" en el estudio de las familias desarrollaron su trabajo durante los años 50 de manera aislada, y no fue hasta el final de la década que comenzaron a agruparse. Es bueno conocer de autores muy citados, alabados y criticados como Sigmund Freud, autor del psicoanálisis, quien intenta mediante el psicoanálisis liberar a la familia de sus restricciones inconscientes, para que puedan actuar en cualquier lugar sin vincularse con las imágenes del pasado. Sus primeros estudios especialmente los primeros trabajos sobre el Edipo, como problema alrededor de la familia (Freud, 2014).

Estos estudios no se detuvieron, en los Estados Unidos en la década de los 50, surgen nuevas tendencias en el campo social y el estudio de la conducta principalmente después de la segunda guerra mundial, sus precursores

consideraban que era significativo estudiar los problemas de una forma holística y prestar más atención a los fenómenos interpersonal y sociales. El desarrollo de la ecología, la cibernética, las teorías de la comunicación y las ciencias de los sistemas, van a construir las bases para la aparición de un nuevo paradigma en las ciencias de la conducta, el denominado paradigma sistémico.

El desarrollo del instrumento de evaluación del sistema familiar tiene una historia de dos décadas. En 1978, Olson, Portner y Bell iniciaron el análisis del funcionamiento familiar con un conjunto de escalas construidas con un lenguaje accesible para niños a partir de los doce años de edad. En esta primera versión, se evaluaba la cohesión y la adaptabilidad familiar percibida por cada miembro a través de 96 ítems.

A partir de 1981, Olson, Portner y Bell iniciaron un trabajo de reducción del número de ítems de la escala y simplificación de las frases en algunos ítems. De este modo, se redujo el instrumento a 30 ítems. Con la selección de 20 ítems de la escala original, los autores han informado haber encontrado una correlación entre cohesión y adaptabilidad muy baja. Este instrumento también evalúa la percepción ideal que los miembros de la familia mantienen con respecto a los niveles de cohesión y adaptabilidad (Minuchin, 1986).

Los denominados pioneros del estudio de las familias que dio origen a la terapia familiar, parten de dos puntos; la primera tiene una dominación psiquiátrica y los segundos los que parten de las nuevas teorías en el desarrollo, la antropología, sociología y comunicación fundamentalmente. Estos van a congregar a un grupo de científicos que basaron sus investigaciones en la comunicación. Para

ello partieron de grupos humanos que presentaban mayor trastorno de comunicación como lo eran el de los esquizofrénicos.

En 1951, John Bell entendió que lo que Bowlby hacía eran tratamientos conjuntos de la familia, en lugar de observar a ésta de vez en cuando para conseguir que interfirieran lo menos posible en el tratamiento individual del paciente. Le pareció una buena idea, y a su vuelta a Estados Unidos comenzó a entrevistar y tratar familias, con excelentes resultados (Pereira, 2002).

La teoría general de los Sistemas fue concebida por Ludwig von Bertalanffy en la década de 1940, con el fin de proporcionar un marco teórico y práctico a las ciencias naturales y sociales. La teoría de Bertalanffy supuso un salto de nivel lógico en el pensamiento y la forma de mirar la realidad que influyó en la psicología y en la construcción de la nueva teoría sobre la comunicación humana. (Ramírez, 1999).

El Grupo de Palo Alto, localidad cercana a la Universidad de Berkley, en California, creado por, y en torno al antropólogo Gregory Bateson, Jay Haley, John Weakland, William Fry y Don Jackson, a los que posteriormente se unió Virginia Satir, basaron sus principales corrientes teóricas de análisis de comunicación interpersonal y fue concebida en los años cuarenta y cincuenta a partir de presupuestos de la Antropología cultural y la Psiquiatría, que posteriormente, en los años cincuenta y sesenta, fue modificada por determinados conceptos de la cibernética, la teoría matemática de la comunicación y la teoría general de sistemas.

Este modelo básico, que forma parte central de las aportaciones epistemológicas y teórica en el campo de la comunicación y cultural denominado

“Grupo” o “Escuela” de “Palo Alto”, se ha aplicado en diversos contextos empíricos al análisis de la familia y la terapia familiar sistémica, habiéndose extendido extraordinariamente, primero en Estados Unidos y posteriormente en América del Sur y Europa.

2.2.2. Depresión

La depresión fue originalmente llamada melancolía (del griego clásico μέλας "negro" y χολή "bilis"), y frecuentemente confundida con ella, la depresión (del latín *depressus*, abatimiento) es considerada uno de los trastornos mentales más antiguos que se conocen. En muchas culturas y la historia de algunos personajes da cuenta la presencia de este problema. Inclusive en el arte y las escrituras antiguas se deja percibir entre todo que da testimonio de su existencia (Polaino-Lorente, 2000).

Los trastornos depresivos han existido desde civilizaciones antiguas, incluyendo la historia registrada en la Biblia acerca del Rey Saúl, cuando estaba afligido por “un espíritu maligno” y se suicidó: “Saúl se quitó él mismo la vida dejándose caer sobre su propia espada. Así pereció el primer rey de Israel cargando su alma con la culpa del suicidio” (Patriarcas y Profetas, pp. 736, 737).

La medicina griega ha documentado criterios clínicos análogos a los que conocemos hoy. La depresión ha sido objeto de numerosos estudios desde épocas muy antiguas; sin embargo, debido al aumento creciente de la población que la padece existen muchos expertos que continúan investigándola. Los textos antiguos hablan de ella como melancolía que fue el término que se utilizó por muchos años para referirse a la depresión (Polaino, 2000).

Hipócrates (460-357 a. C.) sentó las bases para una mejor comprensión de la melancolía. Él consideraba que el portador era un sujeto triste que tenía un bazo con continúa hipersecreción de bilis negra y que esta sobrecarga prolongada llevaría a la desesperanza, el insomnio, el desinterés por las actividades de la vida diaria, la irritabilidad y la pérdida del apetito. Un refrán hipocrático afirmaba, además, que los pacientes que sufrían de miedo o ansiedad, eran más propensos al desencadenamiento de melancolía.

En el siglo XIX e inicios del XX, el conocido psicoanalista Sigmund Freud y el alemán Emil Kraepelin aportaron grandes conceptos acerca de la depresión. Freud fue el psicoanalista que popularizó la mente consciente e inconsciente. Sostenía que la ansiedad que sufre la persona tiene su causa en una lucha constante relacionados con aspectos inconscientes e instintos básicos del ser humano y las reglas sociales (Cloninger, 2003).

Posteriormente se intentó una mayor precisión taxonómica, destacando que con la depresión podía presentarse temor, desinterés por la vida y sentimientos de odio. Los postulados hipocráticos continuaron vigentes y se extendieron por Europa a lo largo de las ocupaciones árabe y turca, hasta el fin del imperio otomano. Poco después, Avicena, el difusor persa, se encargó de describir diferentes cambios del estado de ánimo, y desarrolló, con gran amplitud, la teoría de los temperamentos (Barcia, 1999).

En la década de 1960, el norteamericano Aarón T. Beck denominó depresión al problema del procesamiento de información mental. Beck, originalmente un psicoanalista de la Universidad de Pennsylvania, desarrolló el modelo de terapia cognitiva, luego de definir la depresión como una tríada cognitiva, de acuerdo con

la cual el paciente piensa de sí mismo que no vale mucho, que está solo, y el futuro incierto lo incapacita para enfrenta a la vida diaria cara a cara, para enfrentar todos los retos. Su expectativa de futuro está totalmente bloqueada por la desesperanza y por pensamientos o auto percepciones negativas (Jervis, 2005).

La importancia del modelo cognitivo radica en que estableció un puente entre la psicología del yo (de origen freudiano) y los modelos conductuales de depresión. Presentó un modelo de abordaje terapéutico que permite modificar las atribuciones negativas (que hace el sujeto), para aliviar la caída afectiva; y además, fortalecer al individuo y evitar nuevos lapsos de pensamientos negativos, desesperanza (Posadas, 2005).

Hacia mediados del siglo XX era evidente los diversos términos que se usaban. Tanto la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) como la Organización Mundial de la Salud (OMS) se dieron entonces la tarea de organizar una nomenclatura más homogénea y consistente. La cuarta edición corregida del DSM (DSM IV-TR) y la 10ma. de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) testimonian este voluntad, y más recientemente el DSM V última versión publicada.

La APA, en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), el Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAA), y el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA), diseñaron una agenda de trabajo para la preparación del DSM-V, con el objetivo de “mejorar nuestro sistema diagnóstico, en busca de nuevos abordajes” (Posadas, 2005).

2.3. Bases teóricas de la Investigación

2.3.1. Teorías de funcionalidad familiar

La funcionalidad familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad en sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional (Pérez, 1989). Se ha considerado la familia 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 y la crisis por la que pueda atravesar (Huerta, 1998, De La Revilla y Fleitas, 1994).

Según Arriechi (2001), es una realidad que están en aumento las familias salidas de la formalidad de la nuclear, haciendo que las funciones varíen en cada uno de sus miembros, entre éstas se encuentra la familia monoparental. Todas estas características y algunas otras más, son las que en conjunto la denominada definición de familias monoparentales.

Cuando uno de los padres se encuentra solo en la crianza de los hijos, el núcleo primario está incompleto. Debido a la forma como está conformada este tipo de familia, se presenta con mucha frecuencia el ingreso de otras personas en la crianza y cuidado de los hijos cuando la mujer por necesidad sale a buscar el sustento. Algunos de estos cuidadores pueden ser los abuelos, tíos, amigos, algún vecino, un familiar cercano o las guarderías entre otros (Zapata, 2013).

2.3.2. Teoría de los Sistemas Naturales

El Dr. Murray Bowen, de los Estados Unidos (1913-1990), desarrolló a principios de la década del 50 la Teoría de los Sistemas Naturales, sobre la base de la observación de los procesos que ocurren en los seres humanos desde un

punto de vista natural. Podría definirse como el conjunto de cosas que ordenadamente relacionadas entre sí contribuyen a un fin determinado. Se destacan la interacción y el orden a una finalidad. Si se toma a la “teoría general de sistemas”, bajo la concepción de Von Bertalanffy se trata de la característica del sistema por un estado estable, dinámico, que permite un cambio constante de componentes mediante asimilación y desasimilación. La familia como sistema juega un papel importante, no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida de que cumpla con sus funciones básicas (Latorre, 1996).

Bowen cree que existen dos predisposiciones en el ser humano: una parte, la tendencia al *togherthness*, palabra que no tiene una traducción exacta en castellano pero significa “*pegoteo*” o “*juntidad*” y refiere la necesidad de estar en grupo, acompañados; por otra parte, la tendencia a la *diferenciación* o *individualidad*, que se manifiesta como la necesidad de sentirse autónomos, independientes, con metas, focos y propósitos propios (Olavarrieta, 2006). Estas dos tendencias naturales son transversales a todos los procesos humanos: de pareja, de familia, laboral, de amistad y se observan también en los procesos naturales de todos los seres vivos del planeta.

Afirma Gonzales (2007) que la teoría de Sistemas de Bowen reconoce que existe una interacción entre los aspectos biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y demás factores que determinan ciertos comportamientos individuales. Se habla de ocho enunciados o conceptos: Diferenciación de sí mismo, triángulos, la diferenciación de autonomía, familia nuclear-sistema

emocional, familia en proceso de proyección, proceso de transmisión multigeneracional, límite emocional, posición de hermanos y la sociedad.

2.3.3. Teoría Estructural

Muchos son los que han participado en el desarrollo de la teoría estructural del funcionamiento familiar; sin embargo, el principal exponente es Minuchin (1977, citado por Hidalgo, 1999), quien refiere a la familia como sistema que tiene una estructura que existe, porque sus miembros han colocado los patrones de interacción que se practican, dándole forma a la organización. El sistema familiar, además, se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, cada uno de los cuales tiene roles, funciones y tareas específicas. Los subsistemas principales son el conyugal (marido y mujer), parental (padre y madre), fraterno (hermanos) y filial (hijos) (Hidalgo, 1999).

Este concepto nació mientras Minuchin trabajaba como psiquiatra en la correccional para niños de Wiltwyck, en Nueva York, debido a que los jóvenes atendidos en esta institución, una vez rehabilitados y dados de alta, reincidían, generalmente por problemas familiares, estos jóvenes usualmente pertenecían a familias inmigrantes con limitaciones en el lenguaje.

Al observar la necesidad de intervenciones terapéuticas concretas y con acciones orientadas, en lugar de abstractas y verbales, modificaron las técnicas ya existentes tomando una nueva alternativa a la que denominaron “más acción menos habla” y emplearon técnicas de acción, técnicas de Rol-playing, técnicas basadas en acciones para la casa o domicilio, así como otras completamente innovadoras, que tuvieron como utilidad el diagnóstico y el tratamiento (Sánchez, 2000).

El principal giro que dio este modelo, se orientó a la inclusión del contexto y a la responsabilidad compartida de los miembros de la familia y su relación con la aparición del síntoma al mismo tiempo, se busca entender cómo es que el síntoma actúa como el esfuerzo de algunos miembros para mantener la estabilidad familiar (Desatnik, 2004).

El modelo estructural se define como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia" (Minuchin, 1977), estas pautas establecen cómo, cuándo, y con quién cada miembro de la familia se relaciona, regulando la conducta de los sus miembros.

La estructura familiar debe ser relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, protegiéndola de las fuerzas externas y dando un sentido de pertenencia a sus miembros; pero al mismo tiempo debe aceptar un grado de flexibilidad para poder acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida y de las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la familia, con lo que facilita el desarrollo familiar y los procesos de individuación (Steven, 2011).

Este sistema debe además tener límites, constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera en una situación determinada, su función es proteger la diferenciación de los sistemas y subsistemas en funcionamiento. La claridad de los límites dentro de una familia es un parámetro útil para evaluar su funcionamiento (Minuchin, 1977).

Salvador Minuchin (2004) expresa el concepto de familia como un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que, a su vez, rige el funcionamiento de los

miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia.

Según Minuchin (1974), una familia es funcional o disfuncional basado en su capacidad para adaptarse a distintos factores de estrés (extra-familiar, idiosincrásico), que a su vez se basa en la claridad y la adecuación de los límites de sus subsistemas. Los límites se caracterizaron a lo largo de un continuo de enredo pudiéndose notar límites desde, difuso, permeables y rígidos. Además, los subsistemas de la familia se caracterizan por una jerarquía de poder. El modelo estructural propone una clasificación de acuerdo con las características de los límites entre subsistemas. Así plantea los siguientes tipos de familias: desligadas, aglutinadas y la de límites claros.

Los tipos de subsistemas que componen la familia están claramente definidos: el conyugal, el parental y el fraterno. Por otra parte, los roles son todos los papeles que juegan los miembros de la familia. La jerarquía es otro constructo importante en el sistema familia, define la función del poder y la diferenciación de roles de padres e hijos y de fronteras entre generaciones. El funcionamiento familiar eficaz requiere que los padres y los hijos acepten el hecho de que el uso diferenciado de autoridad constituye un componente necesario (Minuchin, 1979).

Los límites llamados también fronteras son reglas que determinan que miembros de los diferentes subsistemas participan y la forma como lo hacen, tienen la función de proteger la diferenciación del sistema. La claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su

funcionamiento. Los límites varían de acuerdo con su grado de permeabilidad siendo difusos, rígidos o claros. Las alianzas y coaliciones son otra parte del sistema familiar; generalmente oculta que involucra a personas de la misma o dos generaciones (Minuchin, 2004).

El presente trabajo de investigación está fundamentado en esta teoría, tomando como dimensiones sus conceptos principales; los cuales fueron sustentados por De la Cuesta, Pérez, (1999); el funcionamiento familiar es considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de siete dimensiones: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad.

De la Cuesta (1999) define estas dimensiones para darle soporte a su concepto del siguiente modo:

Cohesión. Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

Armonía. Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación. Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

Permeabilidad. Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Afectividad. Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles. Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Adaptabilidad. Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

2.3.4. Teoría de la comunicación de Virginia Satir

Virginia Satir, autora y psicoterapeuta pionera en el campo de la Teoría Sistémica Familiar, inicio sus prácticas en medio privado, con su primera familia cliente en 1951, y para 1955 estaba trabajando en el Instituto Psiquiátrico de Illinois, motivando a otros terapeutas a enfocarse en familias en vez de pacientes individuales. En California confundo el “Mental Research Institute” en Palo Alto la teoría de comunicación y validación. La familia constituye un factor representativo en el proceso del desarrollo de la individualidad, la formación, la información y actitudes asimiladas y almacenadas que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior.

Se considera, según el concepto de Virginia Satir; (2002), que la familia es un microcosmos donde el poder, la intimidad, la autonomía, la confianza y la habilidad de comunicación se entrelazan y dan fundamento a la estructura familiar. En el seno familiar se esperan manifestaciones de sentimientos, comprensión y la satisfacción de necesidades que se dan en los acontecimientos cotidianos del interactuar de cada persona que la conforman.

Satir (1987) ha planteado que existen 5 modelos de comunicación, de los cuales 4 se plantean de maneras negativas. Ella los ha denominado tipo aplacador (minusválido), tipo culpador (agresivo, tipo superrazonable y tipo irrelevante o distractor. Las personas que utilizan estas formas limitan el uso de los recuerdos individuales y la capacidad para edificar con otras personas. Son formas que

incrementan la cantidad de miedo y dependencia y llegan incluso a afectar la salud física.

2.4. Modelos de la funcionalidad familiar

2.4.1. Modelo Circumplejo de David Olson

El modelo Circumplejo fue desarrollado por David Olson, profesor de la Universidad de Minnesota, quien realizó su tesis doctoral en el departamento de Desarrollo Humano y Relaciones Familiares de la Universidad de Pennsylvania en los años 60, con una orientación clínica.

Éste es uno de los modelos más importantes para el estudio de la funcionalidad familiar y establece una tipología para clasificar y manejar los distintos perfiles a través de tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación. El Modelo Circumplejo evalúa la familia como un todo y parte de la idea que el grado de funcionalidad de la misma depende principalmente de su cohesión y de su adaptabilidad (Olson, 1983).

Olson, Russell y Sprenkle (1985) hablan de tres dimensiones centrales del comportamiento familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Además, consideran que la interacción de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad condiciona la funcionalidad familiar. Cada una de estas dimensiones tiene 4 rasgos y su combinación determina 16 tipos familiares, integradas en tres niveles de funcionamiento familiar. Es un modelo que facilita el diagnóstico familiar usando la perspectiva sistémica.

2.4.2. Funcionalidad Familiar según Elena White.

White, conocida autora cristiana estadounidense y escritora de diversos temas religiosos entre los cuales se destaca a la familia, al respecto de la funcionalidad familiar expresa (White, 1952, p. 158):

La firma familiar es una sociedad sagrada, en la cual cada miembro debe desempeñar una parte, ayudándose el uno al otro. El trabajo de la familia debe realizarse con suavidad, cómo funcionan las diferentes partes de una maquinaria bien ajustada. No debe actuar un miembro contra otro. Todos deben participar unidos en la buena obra de alentarse unos a otros; deben manifestar amabilidad, tolerancia y paciencia; hablar en tono bajo y sereno; rehuir de la confusión y hacer cada uno todo lo que pueda para aliviar las cargas de la madre.

2.5. Teorías de la depresión

La depresión es un sentimiento de tristeza intensa que puede producirse tras una pérdida, transcurso de un duelo, pero es desproporcionado con respecto al hecho ocurrido y persiste por un periodo mayor al esperado (García- Delgado, 2003).

Los estudios epidemiológicos estiman que la depresión es dos veces más común en las mujeres que en los hombres y se calcula en muchos estudios realizados (Álvarez, Álvaro, Blazer, Castilla y otros) que la incidencia es de 5-6% de la población con una prevalencia del 5 al 11% a lo largo de la vida. La probabilidad que se presente es dos veces mayor en mujeres que en hombres, siendo el pico habitual entre 20 y 40 años (García- Delgado, 2003).

La depresión es, en primer lugar y siguiendo a Castilla del Pino (1981), un síntoma; es una manifestación que se presenta con carácter exclusivo o casi exclusivo, pero que a veces simplemente acompaña a otros síntomas sin relación directa con él. En segundo lugar, la depresión es un síndrome, en el que lo nuclear,

la base, es la tristeza, se enlaza con otros síntomas de manera casi o muy frecuentemente constante, de manera que al conjunto puede suponerse una relación estrecha y, en igual medida, pueda ser objeto de un estudio específico. En tercer lugar, la depresión es una enfermedad cuya manifestación habitual (no la única) es el síndrome depresivo (y dentro de él, su síntoma habitual: la tristeza) y sobre el cual puede indagarse con referencia a aspectos concretos; esto es su etiología, patogenia, curso, evolución, resolución y tratamiento.

Para esta investigación, la depresión se comprenderá como la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente y con pérdida de interés en las cosas que antes se disfrutaban. Representada en una alteración del afecto y expresada a través del decremento en el rendimiento cognitivo, perceptivo y motor normal (Calderón, 1998).

2.5.1. Teorías conductuales de la depresión

Las aproximaciones conductuales al tratamiento de la depresión se caracterizan fundamentalmente por utilizar una metodología científica más que una teoría específica o un conjunto de técnicas (Antonuccio, Ward y Tearnan, 1989). Los tratamientos conductuales de la depresión tienden a confiar en los hallazgos empíricos de la psicología experimental, centrándose en los determinantes actuales de la conducta más que en la historia de aprendizaje.

Esta teoría conductual sugiere que la depresión unipolar es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno. Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden recíprocas. Las estrategias

conductuales se utilizan para cambiar los patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción (Antonuccio et al., 1989). En la actualidad hay varios modelos conductuales de la depresión:

2.5.1.1. La disminución del esfuerzo positivo

Para Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss (1986), la depresión puede ser el resultado de la reducción del refuerzo positivo contingente a las conductas del paciente. El total de refuerzo positivo que consigue un sujeto es función de 1) el número de acontecimientos que son potencialmente reforzadores para la persona; 2) el número de hechos potencialmente reforzadores que tienen lugar; y 3) el conjunto de habilidades que posee una persona (p.ej., habilidades sociales) para provocar refuerzo para sus conductas proveniente del entorno.

Los aspectos cognitivos de la depresión: baja autoestima, culpabilidad, pesimismo, etc., son el resultado de las atribuciones que hace el sujeto acerca de su sentimiento de disforia. Los planteamientos iniciales de Lewinsohn fueron posteriormente reformulados (Lewinsohn et al., 1985). Para Lewinsohn, las teorías conductuales y cognitivas de la depresión habían sido hasta entonces demasiado limitadas y simples. Ellos proponen un modelo en el que se plantea que la ocurrencia de la depresión se considera como un producto de factores tanto ambientales como disposicionales; la depresión se conceptualiza como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones (Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 1997).

2.5.1.2. Entrenamiento en autocontrol

Rehm (1977) propuso un modelo de autocontrol para la depresión en el que intentó integrar los aspectos cognitivos y conductuales del trastorno. El

entrenamiento en autocontrol para manejar la depresión hace énfasis en una combinación de la consecución progresiva de la meta, autor refuerzo, manejo de contingencias y rendimiento conductual. En el entrenamiento de autocontrol, tal como lo desarrolló Rehm (1977), se entiende que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos. La teoría del autocontrol se centra en la contribución del individuo a esta relación negativa a través de las respuestas conductuales y cognitivas.

Los individuos deprimidos tienen una tendencia perfeccionista, pretenden metas inalcanzables, se centran en aspectos negativos de su entorno y se aplican pocos refuerzos mientras la tasa de autocastigo es elevada. La teoría no intenta minimizar el papel de los factores ambientales, considera que los acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia por sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de estrategias de autocontrol. A través de una regulación errónea de las expectativas y de las estrategias de autoevaluación, por su codificación selectiva y procesamiento y recuperación de los acontecimientos negativos, la persona deprimida tiene un mayor riesgo de autocastigarse (Vázquez, 2000).

2.5.1.3. El modelo de Arthur Nezu: la solución aprendida.

Nezu y sus colaboradores (Nezu, 1987, 1989) desarrollaron una formulación de la depresión, cuya cuestión central para el comienzo y el mantenimiento de la depresión en un individuo son déficit o la ineficacia de sus habilidades de solución de problemas.

De acuerdo con la formulación de Nezu (en Vázquez, 2000), los pacientes que tengan un déficit en habilidades de solución de problemas tendrán un mayor riesgo para desarrollar un episodio depresivo. De modo más específico, Nezu

señaló que la depresión podía ser el resultado de carencias en alguno de los cinco componentes de la estrategia de solución de problemas: 1) orientación hacia el problema; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de soluciones alternativas; 4) toma de decisiones; y 5) puesta en práctica de la solución y verificación.

Nezu (1987) indicó que el comienzo de la depresión ocurre cuando el individuo tiene que hacer frente a una situación difícil. Si no se resuelve esta situación problemática, es probable que se produzcan consecuencias negativas, lo cual se traduce a su vez en una disminución en el refuerzo de la conducta del sujeto.

2.5.2. Las teorías cognitivas de la depresión

Las terapias cognitivas son el resultado de una tradición intelectual que se remonta al menos a la filosofía estoica, y más recientemente a la psicopatología empírica, en cuanto que consideran que la interpretación del sujeto sobre un suceso es más importante que el suceso en sí mismo. Las teorías cognitivas hacen énfasis en que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos puede dar lugar a un trastorno depresivo. La investigación apoya que los sujetos depresivos tienen una tendencia a evaluar negativamente, afectando a un amplio rango de procesos cognitivos.

2.5.2.1. La teoría cognitiva de Aron Beck.

Actualmente, la mayoría de los trabajos empíricos sobre la depresión se basan sobre la teoría cognitiva que propuso Beck (1979), para quien la depresión es, en gran medida, el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto. Esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo

y los esquemas. La cognición se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales. El contenido cognitivo es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente; para los terapeutas cognitivos, la interpretación que haga el sujeto sobre un hecho (contenido cognitivo) tendrá una influencia importante en lo que siente (Gastó, 1998).

La tríada cognitiva (Beck, 1967) se refiere a que el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo. El paciente deprimido se ve a sí mismo como indigno, incapaz e indeseable, el mundo lo ve lleno de obstáculos y de problemas insolubles y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador.

Basados en esta teoría se formulan las dimensiones de este trabajo de investigación utilizando la escala desarrollada por Zung Williams en 1965, que ha resultado muy funcional por la característica ventajosa de auto medición, la misma evalúa cuatro áreas importantes en el diagnóstico de la depresión: el área cognitiva, el área somática, el estado de ánimo y el aspecto psicomotor.

Chinchilla (2008) afirma que la depresión tiene un *predominio cognitivo*; trastorno en el cual las percepciones intelectuales están interferidas. La valoración que hace una persona deprimida acerca de sí misma y de su entorno suele ser negativa. El desprecio por sí misma, la culpa infringida y pérdida de la autoestima suelen ser signos evidentes de características cognitivas.

Otro punto destacado al referirse a la depresión es que tiene un *predominio somático*: síntomas que se manifiestan en el cuerpo sin que exista intención. Puede manifestarse como trastornos homeostáticos, neurológicos y autonómicos. En el

aspecto homeostático se presenta como pérdida de peso (sin causa alguna definida) así como insomnio, somnolencia diurna y fatiga. Hay presencia de dolores musculares o neuromialgia (Chinchilla, 2008).

En el estado de ánimo, trata de hábitos en el modo de reaccionar físicamente ante los eventos de la vida diaria, también de prácticas que condicionan una actitud predominante en la vida en general, hay manifestación de vacío, tristeza, llanto, sentimientos de minusvalía, culpa exagerada y sensación de muerte (Chinchilla, 2008).

En el aspecto psicomotor es la situación en la que los movimientos sufren interferencia, bien sea de lentitud o de agitación psicomotriz y ansiedad psíquica. Estas son dos manifestaciones que se pueden presentar en depresiones, donde hay un componente sintomático ansioso importante, puede verse la presencia de agitación física o mental, falta de deseos para la marcha o cualquier actividad que requiera ejercicio físico.

2.5.3. Clasificación de los estados depresivos según el El Manual

diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV y V).

Siguiendo principalmente líneas operativas y experimentales, desde hace algunos años se aceptan los siguientes criterios diagnósticos de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, que pueden recoger con bastante aproximación un conjunto de elementos que describen síntomas depresivos. En líneas generales, son criterios comunes para las pautas tanto del DSM-IV como de la CIE-10. Se trata de la depresión propiamente dicha.

No se considerara la depresión en el contexto de un trastorno bipolar (psicosis maníaco-depresiva) o de un trastorno afectivo mixto, estas entidades requieren unas estrategias de prevención y de manejo diferentes (DSM-5, 2013).

- *Trastorno depresivo mayor, episodio único (F32) o recidivante (F33)*

Criterio A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas (de los cuales el primero o el segundo han de estar necesariamente presentes), durante al menos un periodo de dos semanas, y que suponen un cambio importante en el paciente respecto a su actividad previa.

- Síntomas principales. Estado de ánimo depresivo – triste, disfórico, irritable (en niños y adolescentes), la mayor parte del día, y prácticamente todos los días. Incluye manifestaciones de llanto, verbalización de tristeza o desánimo. En apreciación subjetiva, o a través de la información de personas cercanas. Disminución o pérdida de interés; o de la capacidad para el placer o bienestar en la mayoría de las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.
- Síntomas somáticos. Disminución o aumento del peso; o en su ausencia objetiva, disminución o aumento del apetito, casi cada día y la mayor parte de los días. Insomnio o hipersomnias, casi a diario. Enlentecimiento o agitación psicomotriz casi diariamente (constatable por personas cercanas, no sólo sensación subjetiva de enlentecimiento o inquietud) Sensación de fatiga o falta de energía vital casi a diario.
- Síntomas psíquicos. También casi todos los días, sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada a su situación observada. (Este síntoma puede adquirir un carácter delirante). Disminución de la capacidad para

pensar o con centrarse en actividades intelectuales, casi a diario (es constatable una apreciación subjetiva o por parte de personas próximas). Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo un temor a morir), o ideación o planes de suicidio. Es conveniente preguntar al paciente sobre estos aspectos, que no siempre manifiesta espontáneamente, sin que el temor del médico a sugerirle ideas de muerte por el hecho de preguntarle sea fundado.

Criterio B. Señala el no-cumplimiento de los criterios para un episodio de trastorno afectivo mixto (síntomas maníacos y depresivos), trastorno esquizoafectivo, o trastorno esquizofrénico.

Criterio C. Los síntomas provocan un malestar significativo; a la vez que un deterioro en la actividad social, laboral, u otras áreas de la vida del paciente.

Criterios D y E. Son criterios de exclusión. La sintomatología no se explica en relación con el consumo de una sustancia, tóxica o un medicamento; ni por una enfermedad orgánica (un ejemplo típico sería el hipotiroidismo). Tampoco es simplemente una reacción de duelo ante la pérdida de una persona significativa (sobre este aspecto insistiremos más adelante).

- *Trastorno distímico (F34.1)*

Criterio A. Estado de ánimo crónicamente depresivo o triste, la mayor parte del día y la mayoría de los días (bien manifestado por el sujeto o descrito por personas cercanas), durante al menos dos años (en niños, el estado de ánimo preponderante puede ser la irritabilidad o el enfado, y se requiere un tiempo mínimo de un año).

Criterio B. Dos o más de los siguientes: disminución o aumento del apetito, Insomnio o hipersomnias. Falta de energía vital, baja autoestima. Dificultades para concentrarse o tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

Criterio C. Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.

Criterio D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los dos primeros años de la enfermedad (un año para niños y adolescentes).

- *Trastorno depresivo no especificado (F32.9)*

Cortejo de síntomas depresivos que no cumplen criterios para los trastornos previos. Algunas de estas condiciones se pueden observar en un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo). El llamado trastorno disfórico premenstrual. Trastorno depresivo post-psicótico en la esquizofrenia; por ejemplo, un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual de la esquizofrenia.

- *Reacción de duelo*

En el DSM-IV queda contemplada en los problemas adicionales que pueden requerir un tratamiento, si bien no cumple criterios para el diagnóstico de alguna de las condiciones previas. Se trata de la común reacción a la muerte de una persona próxima. Pueden darse síntomas propios de una depresión mayor, si bien la duración es variable, y generalmente con connotaciones socio-culturales propias de cada sujeto. En cualquier caso, si los síntomas se mantienen más de dos meses tras la pérdida, se puede pasar a diagnosticar como una depresión mayor.

2.6. Definición de términos

Funcionalidad familiar

Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional (Pérez, 1989). Se ha considerado la familia un sistema funcional cuando es capaz de cumplir sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar y la crisis por la que pueda atravesar.

Familia monoparental.

Grupo familiar compuesto por un solo progenitor (puede ser padre o madre) y un hijo único o varios hijos. La familia monoparental es un modelo cada vez más frecuente en nuestro entorno, está tomando relevancia no sólo por el aumento espectacular de su número, sino también por la problemática social que ocasiona contrastando del modelo tradicional. Se entiende por familia monoparentales toda agrupación familiar de hijos dependientes económicamente de uno solo de sus progenitores con el cual conviven, y que es a la vez el que ostenta, sea de hecho o de derecho, la custodia sobre los mismos.

Depresión

Trastorno del estado de ánimo, que dura por lo menos dos semanas en las cuales las personas muestran tristeza extrema, pérdida de la alegría o interés en la vida y otros síntomas como cambios de peso, insomnio, sentimientos de inutilidad o culpa, pérdida de la memoria, incapacidad para concentrarse y pensamiento sobre la muerte o el suicidio.

CAPÍTULO III

MÉTODOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Este trabajo de investigación es de tipo descriptivo, cuantitativo y prospectivo. Se inscribe como una investigación dentro del enfoque cuantitativo y no experimental, porque de acuerdo a Hernández, Fernández & Baptista (2006) se observó fenómenos tal como se presentaron en su contexto natural, para después analizarlos.

Se realizó un estudio transversal, descriptivo a 102 mujeres de hogares monoparentales de Ciudad Guayana en el Estado Bolívar. La información se obtuvo de dos cuestionarios autos administrados, los cuales fueron aplicados de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, indagando datos sociodemográficos.

Asimismo, este trabajo es una investigación de tipo correlacional, porque se pudo determinar la correlación entre las variables Funcionalidad Familiar y Depresión. Es transaccional en relación con el tiempo, ya que se recolectó la información aplicando el instrumento en un momento único.

3.2. Población y muestra

La población estuvo conformada por todas las madres de hogares monoparentales, quienes asistieron a la iglesia Adventista en ciudad Guayana, con el fin de evaluar la funcionalidad familiar y su relación con la depresión.

La muestra es no probabilística, toda la población es considerada en la muestra. La población de estudio está conformada por mujeres, quienes viven sin parejas y están al cuidado de sus hijos. Al momento de aplicar los instrumentos solo se pudieron alcanzar a un número de 102 mujeres, todas miembros de la Iglesia Adventista, cumplen las características: misma ciudad, soltería, separada, divorciada o viuda.

Para tal efecto se les invitó a una charla motivacional denominada “Madres Solas”, enfatizando el valor de ser madre y educando a los hijos con dignidad.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para la variable funcionalidad familiar se utilizó el cuestionario de funcionalidad familiar el FF-SIL, que originalmente fue construido con catorce (14) ítems diseñado y valorado en Cuba por De la Cuesta, Pérez, Louro (1994), con el objetivo de evaluar la funcionalidad familiar. El test consta de 14 proposiciones y 7 categorías que lo definen.

La media del coeficiente de confiabilidad o de correlación r de Pearson que se encontró en algunos trabajos de investigación (Hernández, Ramírez, Pérez, Altamirano y col; 2011, 2010, 2013) fue de 0,42, la relación positiva existe, pero no es perfecta (0,50 – 0,60).

El test evalúa cuantitativamente y cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, correspondiendo dos ítems a cada una de las siete variables que mide el instrumento.

El número de situaciones variables que mide son:

- 1 y 8 Cohesión
- 2 y 13 Armonía
- 5 y 11 Comunicación
- 7 y 12 Permeabilidad
- 4 y 14 Afectividad
- 3 y 9 Roles
- 6 y 10 Adaptabilidad

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos.

<i>Escala Cualitativa</i>	<i>Escala Cuantitativa</i>
Casi nunca	1 punto
Pocas veces	2 puntos.
A veces	3 puntos.
Muchas veces	4 puntos.
Casi siempre	5 puntos.

Al final se realiza la sumatoria de los puntos, lo cual corresponderá con una escala de categorías para describir la funcionalidad familiar de la siguiente manera:

De 70 a 57 puntos. Familias funcionales

De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional

De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional.

Fiabilidad de la escala de funcionalidad familiar

Para fines de verificar las propiedades psicométricas de esta escala de 14 ítems, se realizó el análisis del coeficiente Alfa de Cronbach que indica su elevada fiabilidad.

Nivel de confiabilidad del instrumento: Funcionalidad familiar

	Confiabilidad del instrumento		Funcionalidad familiar	
		N		%
Casos	Válidos	102		100.0
	Excluidos(a)	0		0
	Total	102		100.0
	Nº de elementos	14		100.0
Estadísticos de fiabilidad Alfa de Cronbach		0.913		

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

El coeficiente Alfa de Cronbach es de 0.894, lo cual permite decir que el instrumento empleado para medir la funcionalidad familiar tiene un alto nivel de confiabilidad. A la misma vez se determinó la validez estadística de cada ítem, por el mismo procedimiento de Alfa de Cronbach aplicando el comando “si se elimina el elemento”.

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1 Se toman decisiones para cosas importantes en la familia	43,67	125,604	,459	,913
2 En mi casa predomina la armonía.	44,14	118,763	,737	,903
3 Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.	44,10	125,206	,516	,911
4 Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.	43,85	115,925	,819	,899
5 Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	43,99	120,608	,634	,907
6 Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.	43,82	120,399	,716	,904
7 Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.	44,35	119,837	,613	,907
F8 Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan	43,47	123,633	,620	,907
9 Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.	44,12	123,469	,550	,910
10 Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	44,08	129,169	,336	,917
11 Podemos conversar diversos temas sin temor.	44,26	119,532	,654	,906
12 Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.	44,39	119,745	,576	,909
13 Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	44,12	119,779	,756	,903
14 Nos demostramos el cariño que nos tenemos.	43,95	114,585	,783	,900

En este cuadro de validez ítem por ítem en relación con el nivel de coeficiente alfa, se observa que ninguno de los ítems genera una correlación negativa, lo cual indica que todos están midiendo lo mismo que los demás ítems. Por lo cual no hay necesidad de eliminar ninguno de los ítems.

Para la variable depresión se utilizó cuestionario de depresión de auto-medición de Williams Zung, que se publicó por primera vez en 1965, posteriormente se hicieron revisiones en 1970, 1975, 1981 y 1984. La versión actual del instrumento consta de 20 reactivos. La persona cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre).

El marco temporal en versiones recientes se le pide al paciente que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como “recientemente”, en otras se hace referencia a “su situación actual”, o a la semana. La clasificación depende de la estructura de la pregunta por los que los reactivos, para los ítems 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15 y 10 se puntúan del 1 al 4. Para los reactivos 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 29 se puntúan de 4 al 1. La sumatoria bruta se obtiene tomando el total de la puntuación y para calcular los índices o niveles se realiza la conversión porcentual. Se utiliza la puntuación normalizada, con los siguientes puntos de corte:

- No depresión < 35 (< 28 puntos)
- Depresión leve 36-51 (28-41 puntos)
- Depresión moderada 52-67 (42-53 puntos)
- Depresión grave > 68 (> 53 puntos)

Propiedades psicométricas de la escala de Depresión de Zung

La fiabilidad global de la escala de Depresión de Zung y de sus dimensiones, se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach.

Nivel de confiabilidad del instrumento: Depresión

Confiabilidad del instrumento		Depresión	
		N	%
Casos	Válidos	102	100.0
	Excluidos(a)	0	0
	Total	102	100.0
	Nº de elementos	20	100.0
Estadísticos de fiabilidad Alfa de Cronbach		0.891	

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

El coeficiente Alfa de Cronbach es de 0.891, lo cual permite decir que el instrumento empleado para medir la Depresión tiene un alto nivel de confiabilidad. A la misma vez se determinó la validez estadística de cada ítem por el mismo procedimiento de Alfa de Cronbach aplicando el comando “si se elimina el elemento”.

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1 Me siento abatida, desanimada y triste	39,11	114,097	,659	,882
2 Por la mañana es cuando mejor me siento	39,32	110,835	,556	,884
3 Tengo ataques de llantos, deseo llorar	39,29	108,408	,762	,877
4 Tengo problemas de sueño durante la noche	39,13	112,152	,624	,882
5 Como igual que antes	38,93	114,718	,379	,890
6 Disfruto admirar, conversar con mujeres/hombres atractivos	38,42	115,058	,438	,888
7 Noto que estoy perdiendo peso	39,63	116,711	,396	,889
8 Tengo problemas de estreñimiento	39,41	114,126	,503	,886
9 Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado	39,66	122,366	,134	,895
10 Me canso sin motivo	39,14	113,565	,497	,886
11 Mi mente está despejada como siempre	39,01	115,139	,455	,887
12 Me resulta fácil todo lo que solía hacer	38,94	115,897	,485	,886
13 Me encuentro intranquila y no puedo estar me quieta	39,30	115,897	,399	,889
14 Tengo esperanza en el futuro	39,68	112,201	,651	,881
15 Soy más irritable que de costumbre	39,58	118,920	,323	,890
16 Tomo las decisiones fácilmente	38,76	114,518	,508	,885
17 Siento que soy útil en la vida	39,56	111,536	,669	,881
18 Siento que mi vida esta plena	38,87	108,172	,709	,879
19 Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviera muerta	39,63	113,860	,488	,886
20 Sigo disfrutando con lo que hacia	39,03	112,524	,545	,884

En este cuadro de validez ítem por ítem en relación con el nivel de coeficiente alfa, se observa que ninguno de los ítems genera una correlación negativa, lo cual indica que todos están midiendo lo mismo que los demás ítems. Por lo cual no hay necesidad de eliminar ninguno de los ítems.

3.4. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Si hizo análisis con las dos variables y tratamiento estadístico de los resultados se aplicaron las siguientes técnicas estadísticas:

a. Para la confiabilidad de los instrumentos utilizados se usó el coeficiente Alfa de Cronbach aplicando el comando “si se elimina el elemento”.

b. Para el tratamiento estadístico de los datos demográficos se utilizó la media: que es la sumatoria de un conjunto de puntajes dividida por el número total de los mismos. Mediana: es el valor que divide a una a una distribución de frecuencias por la unidad, una vez ordenados los datos de manera ascendente.

c. Para la constatación de las hipótesis se utilizó el Chi-cuadrado de Pearson, de igual forma se requirió aplicar el estadístico Tau_b de Kendall que mostrara el coeficiente de correlación

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Descripción de los resultados

Tanto en la tabla como en la figura 1, se observa que el 27.5% de los encuestados proceden de San Félix. Mientras que el 19.6% de Upata.

Tabla 1

Procedencia

Procedencia			
	Frecuencia	Porcentaje	
Bolivar	27	26.5	
San Félix	28	27.5	
Ordaz	27	26.5	
Upata	20	19.6	
Total	102	100.0	

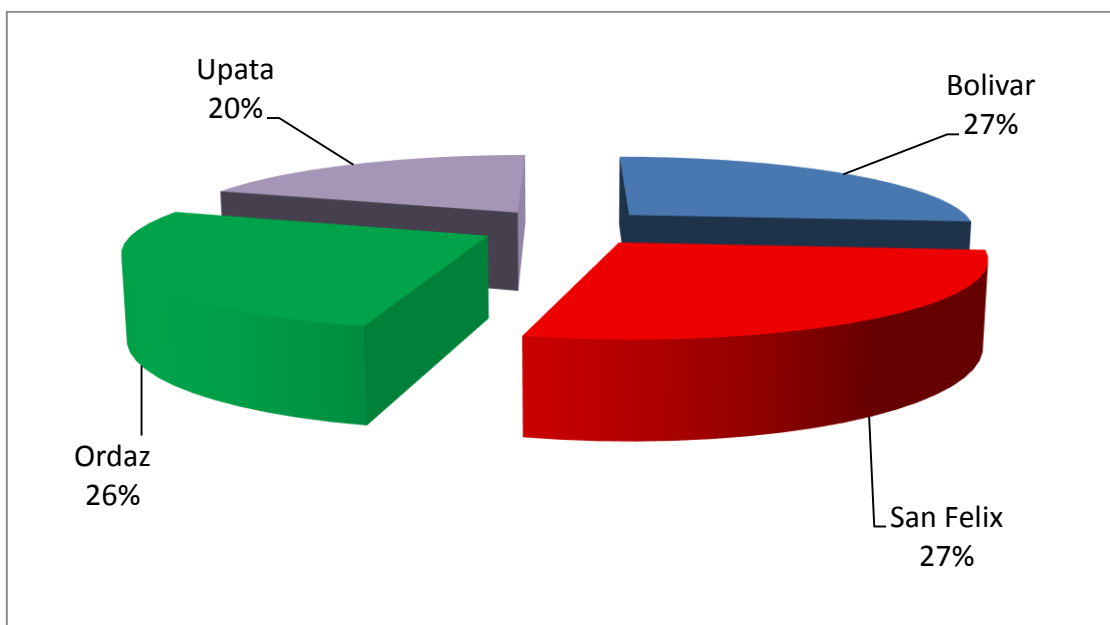


Figura 1, Procedencia

Tanto en la tabla como en la figura 2, se observa que el 44.1% de los encuestados son separados, mientras que el 6.9% son viudas.

Tabla 2

Estado civil de madres monoparentales.

Estado civil		
	Frecuencia	Porcentaje
Separada	45	44.1
Viuda	7	6.9
Divorciada	25	24.5
Soltera	25	24.5
Total	102	100.0

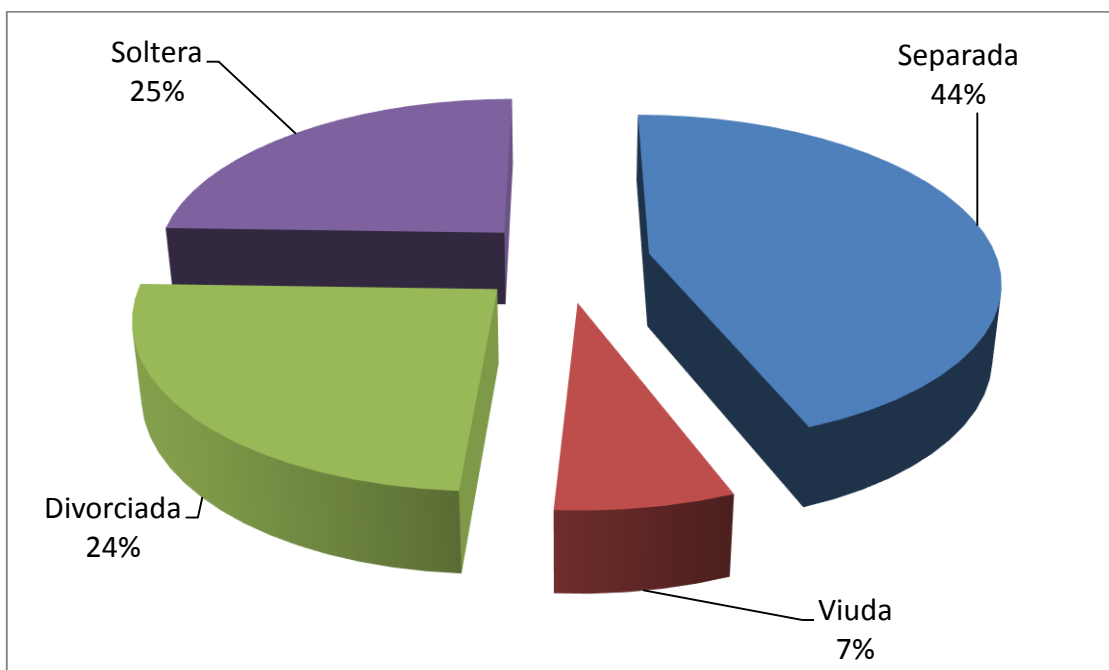


Figura 2, Estado civil de madres monoparentales.

Tanto en la tabla como en la figura 3, se observa que el 30.4% de los encuestados tienen la edad entre 46 a 56 años. Mientras que el 6.9% tiene más de 57 años.

Tabla 3
Edad

Edad		
	Frecuencia	Porcentaje
+ 57	7	6.9
46 a 56	31	30.4
36 a 45	30	29.4
26 a 35	24	23.5
15 a 25	10	9.8
Total	102	100.0

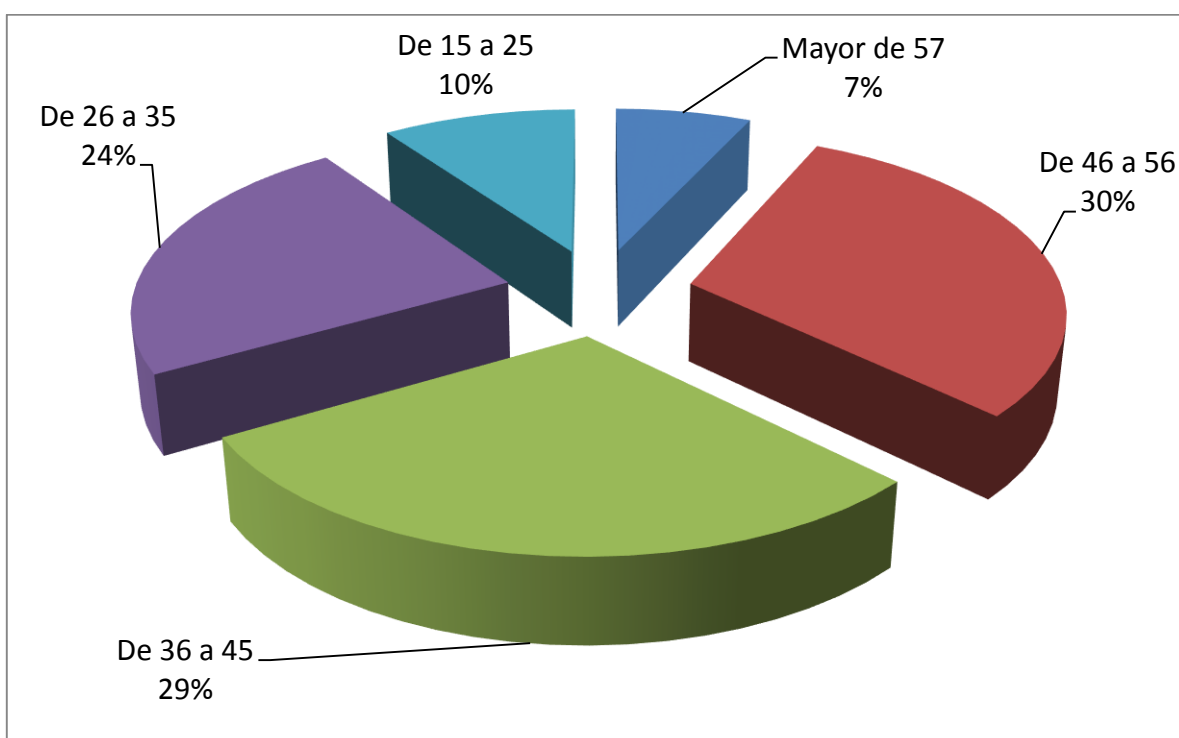


Figura 3, Edad

Tanto en la tabla como en la figura 4, se observa que el 41.2% de los encuestados tienen 2 hijos, mientras que el 1.0% tiene 6 hijos y ningún hijo.

Tabla 4

Número de hijos

Número de hijos		
	Frecuencia	Porcentaje
7 hijos	2	2.0
6 hijos	1	1.0
4 hijos	8	7.8
3 hijos	30	29.4
2 hijos	42	41.2
1 hijos	18	17.6
0 hijos	1	1.0
Total	102	100.0

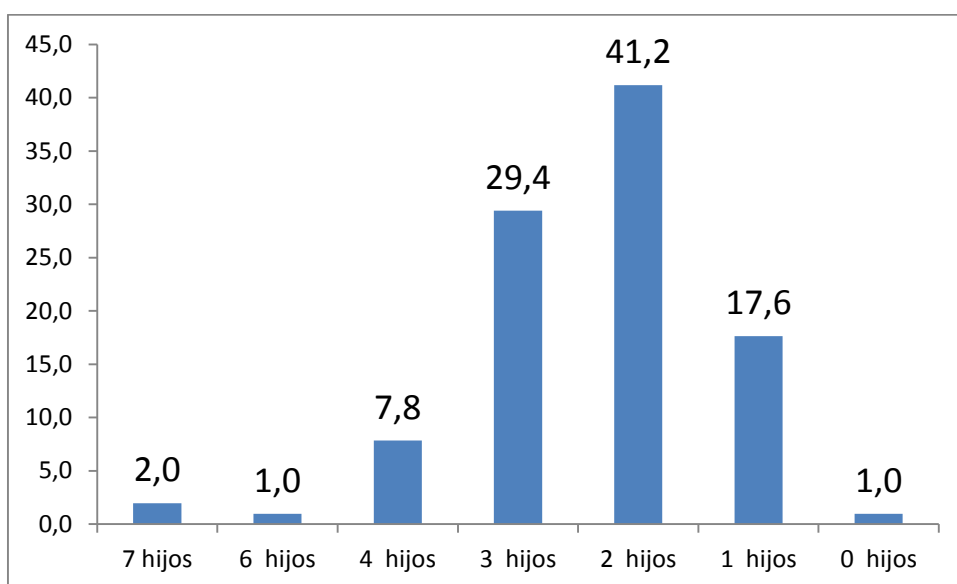


Figura 4, Número de hijos

Tanto en la tabla como en la figura 5, se observa que el 75.5% de los encuestados vive en casa con hijos, mientras el 24.5% vive con padres.

Tabla 5

Tipo de Familia

Tipo de Familia		
	Frecuencia	Porcentaje
Vive en casa con hijos	77	75.5
Vive con padres	25	24.5
Total	102	100.0

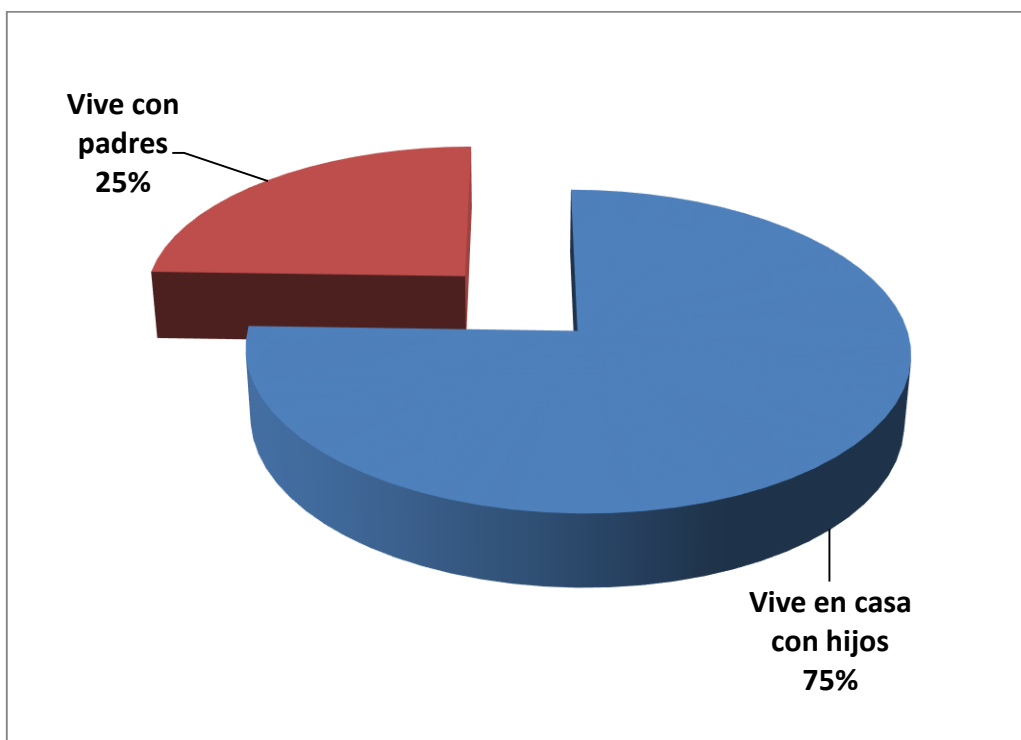


Figura 5, Tipo de Familia

Tanto en la tabla como en la figura 6, se observa que el 39.2% de los encuestados tiene un nivel de instrucción superior, mientras que el 4.9% no tiene estudios

Tabla 6

Instrucción

Instrucción		
	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	5	4.9
Primaria	20	19.6
Secundaria	37	36.3
Superior	40	39.2
Total	102	100.0

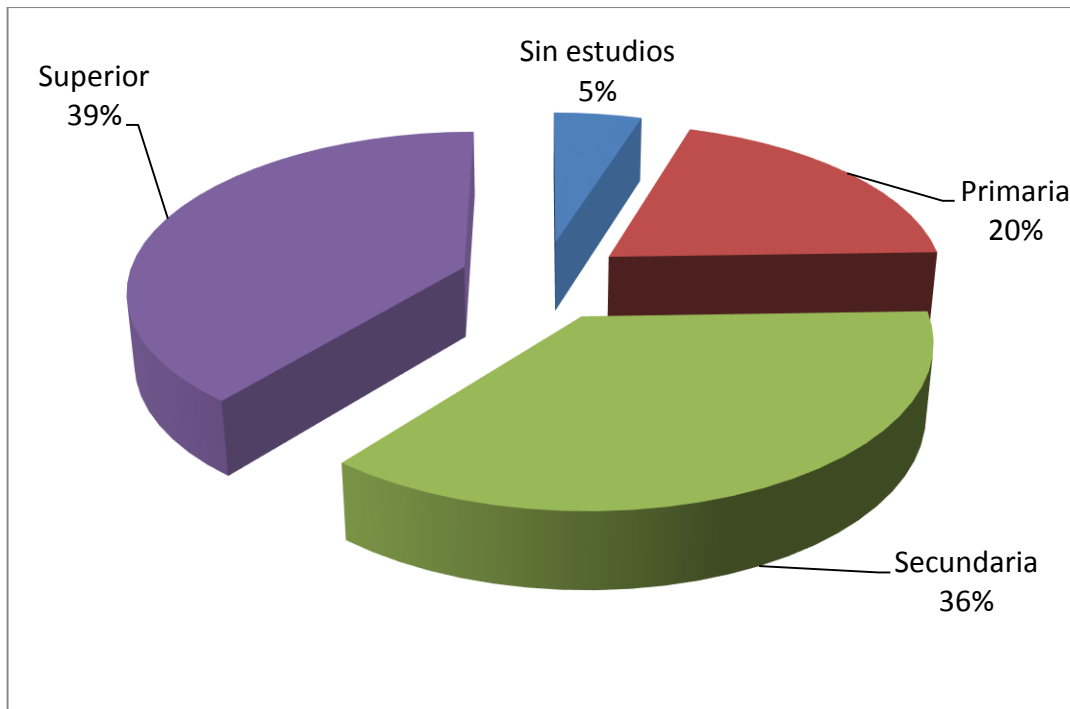


Figura 6, Instrucción

Tanto en la tabla como en la figura 7, se observa que el 29.4% de los encuestados tiene una ocupación de obrero privado, mientras que el 2.0% son empresarios.

Tabla 7

Ocupación

Ocupación		
	Frecuencia	Porcentaje
Jubilado	8	7.8
Dependiente	15	14.7
Oficio de hogar	14	13.7
Economía informal	4	3.9
Empresario	2	2.0
Obrero privado	30	29.4
Obrero publico	29	28.4
Total	102	100.0

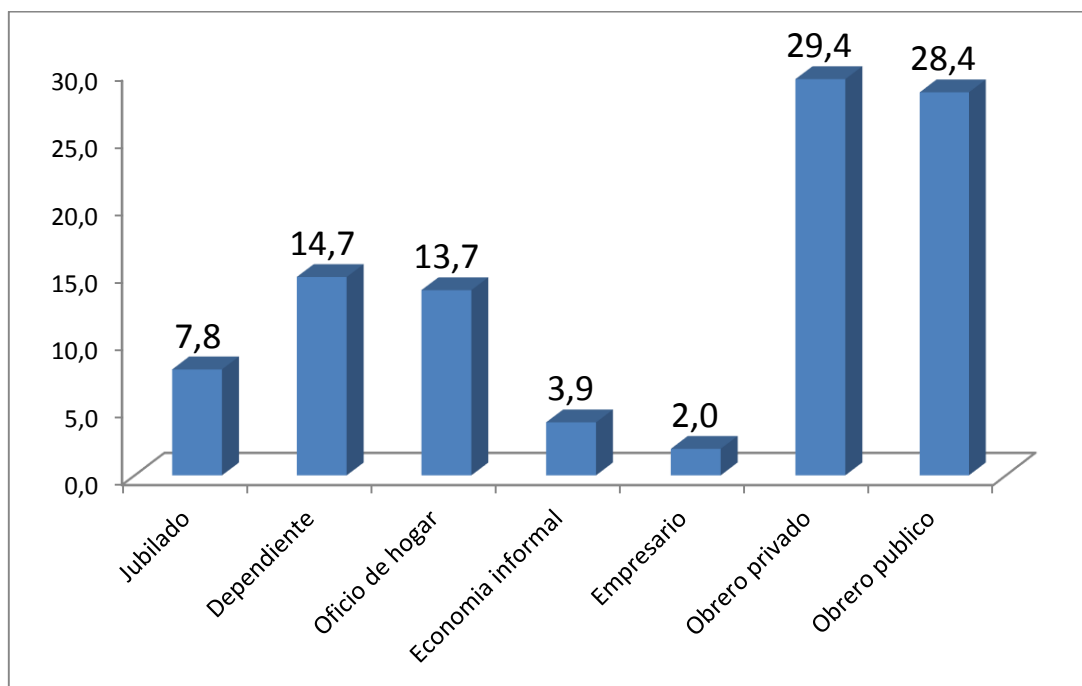


Figura 7, Ocupación

Tanto en la tabla como en la figura 8, se observa que el 46.1% de los encuestados tienen una familia moderadamente funcional, mientras que el 5.9% tiene una familia severamente disfuncional.

Tabla 8

Funcionalidad familiar

Funcionalidad familiar		
	Frecuencia	Porcentaje
Familias funcionales	26	25.5
Familia moderadamente funcional	47	46.1
Familia disfuncional	23	22.5
Familia severamente disfuncional	6	5.9
Total	102	100.0

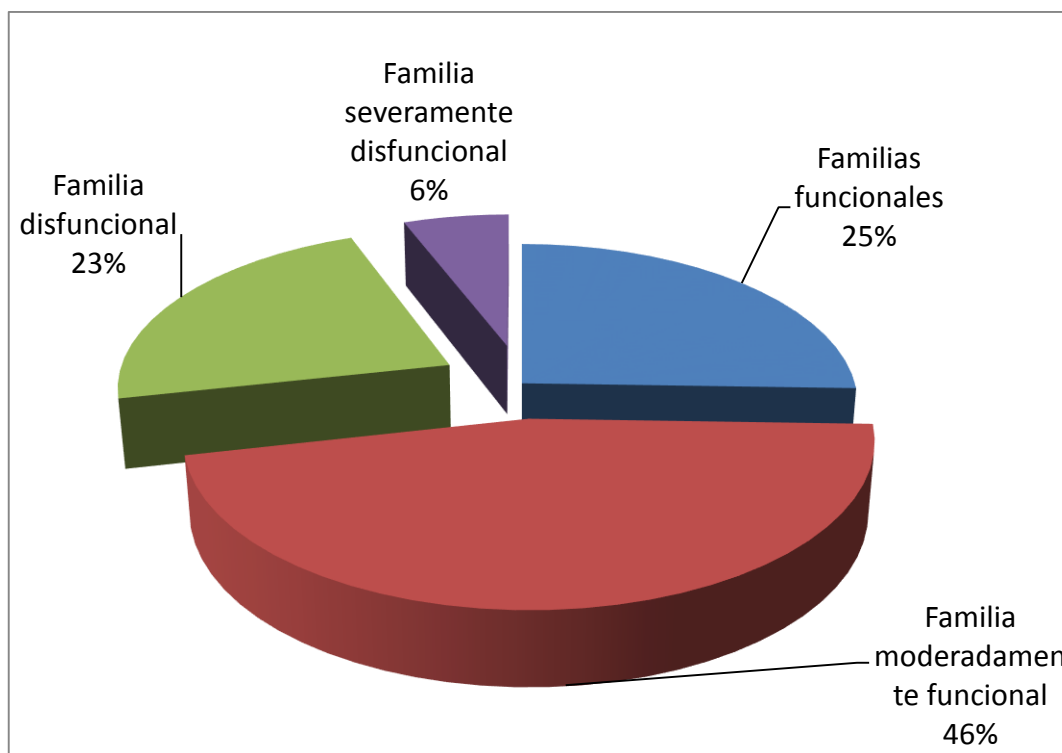


Figura 8, Funcionalidad familiar

Tanto en la tabla como en la figura 9, se observa que el 42.2% de los encuestados son familias funcionales, mientras que el 2.9% son familias severamente disfuncionales.

Tabla 9

Cohesión

Cohesión			
	Frecuencia	Porcentaje	
Familias funcionales	43	42.2	
Familia moderadamente funcional	27	26.5	
Familia disfuncional	29	28.4	
Familia severamente disfuncional	3	2.9	
Total	102	100.0	

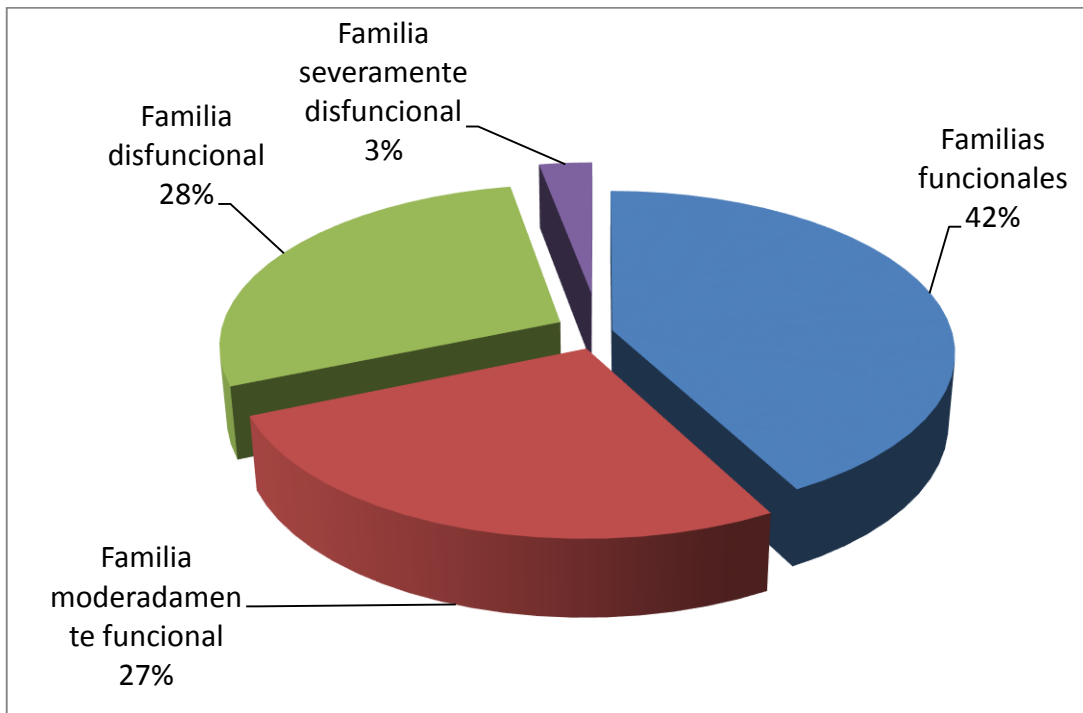


Figura 9, Cohesión

Tanto en la tabla como en la figura 10, se observa que el 29.4% de los encuestados tienen una familia moderadamente funcional y disfuncional respecto a la armonía, mientras que el 20.6% tiene familias funcionales y familias severamente disfuncionales

Tabla 10

Armonía

Armonía		
	Frecuencia	Porcentaje
Familias funcionales	21	20.6
Familia moderadamente funcional	30	29.4
Familia disfuncional	30	29.4
Familia severamente disfuncional	21	20.6
Total	102	100.0

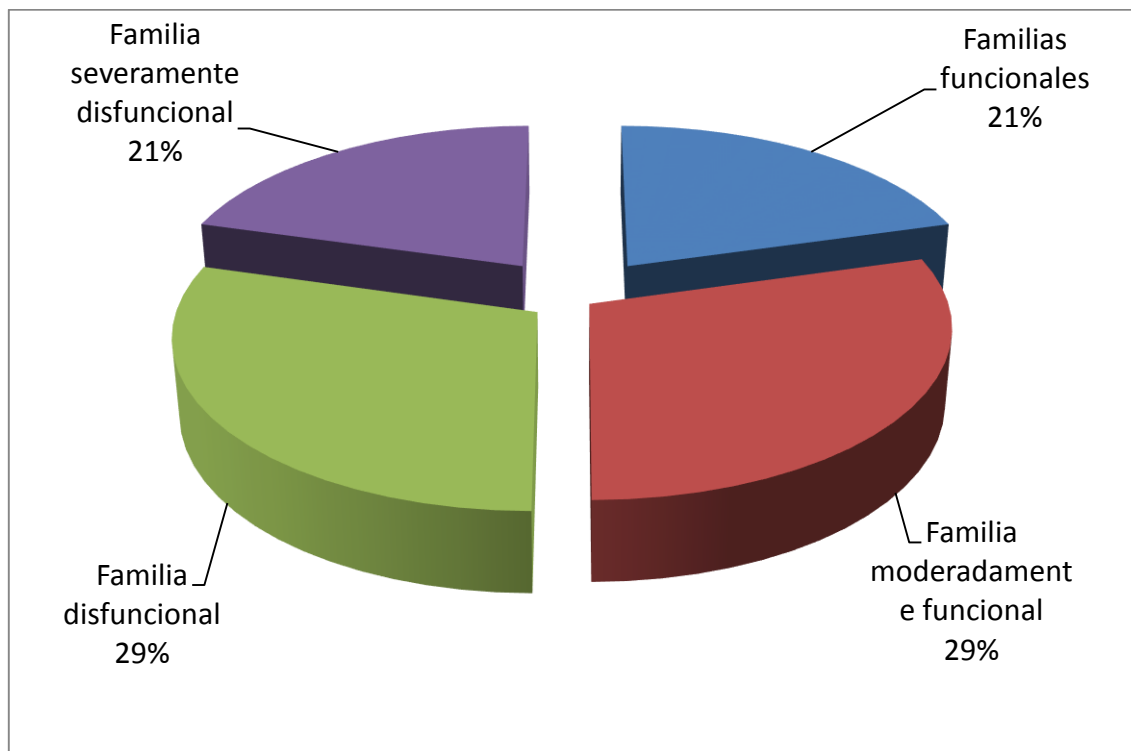


Figura 10, Armonía

Tanto en la tabla como en la figura 11, se observa que el 41.2% de los encuestados tienen familia moderadamente funcional con respecto a la comunicación, mientras que el 15.7% tiene familias funcionales.

Tabla 11

Comunicación

Comunicación		
	Frecuencia	Porcentaje
Familias funcionales	16	15.7
Familia moderadamente funcional	42	41.2
Familia disfuncional	24	23.5
Familia severamente disfuncional	20	19.6
Total	102	100.0

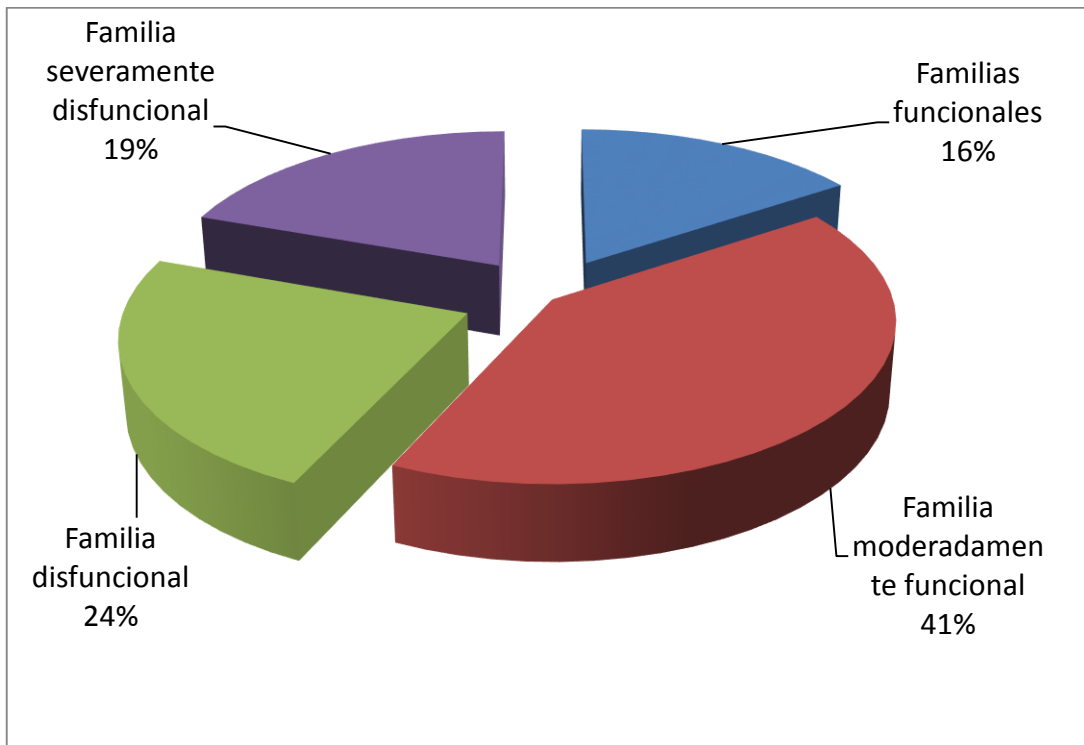


Figura 11, Comunicación

Tanto en la tabla como en la figura 12, se observa que el 31.4% de los encuestados tienen familia severamente disfuncional con respecto a la permeabilidad. mientras que el 20.6% tiene familias funcionales.

Tabla 12

Permeabilidad

Permeabilidad			
	Frecuencia	Porcentaje	
Familias funcionales	21	20.6	
Familia moderadamente funcional	23	22.5	
Familia disfuncional	26	25.5	
Familia severamente disfuncional	32	31.4	
Total	102	100.0	

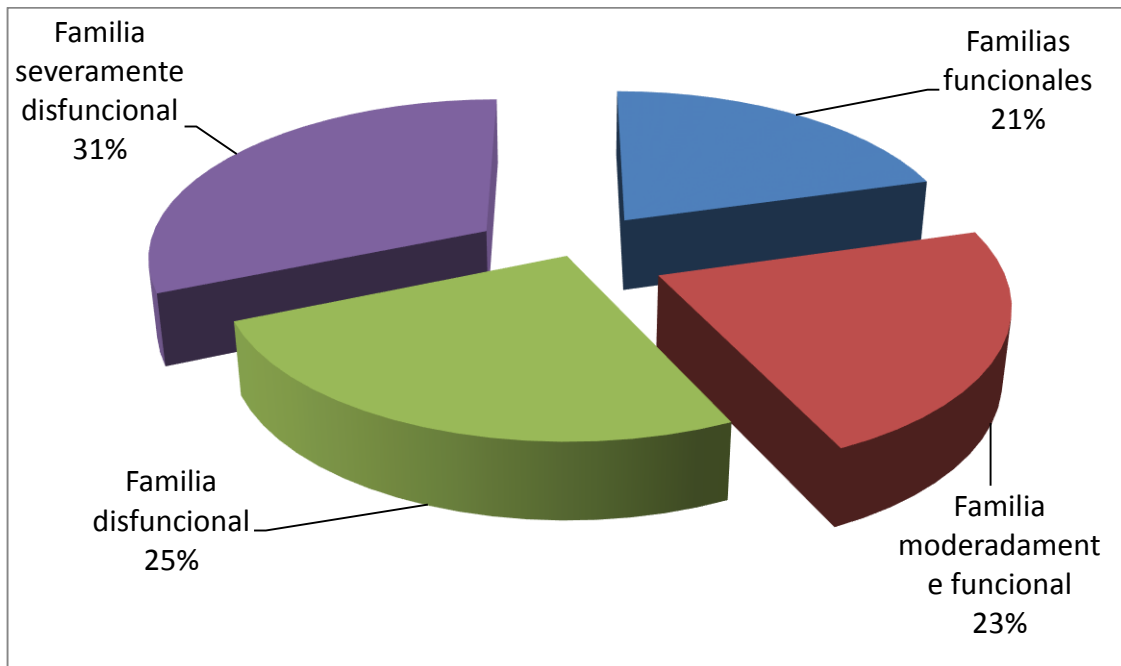


Figura 12, Permeabilidad

Tanto en la tabla como en la figura 13, se observa que el 38.2% de los encuestados tienen familias funcionales con respecto a la afectividad, mientras que el 17.6% tiene familias moderadamente funcionales.

Tabla 13
Afectividad

Afectividad			
	Frecuencia	Porcentaje	
Familias funcionales	39	38.2	
Familia moderadamente funcional	18	17.6	
Familia disfuncional	22	21.6	
Familia severamente disfuncional	23	22.5	
Total	102	100.0	

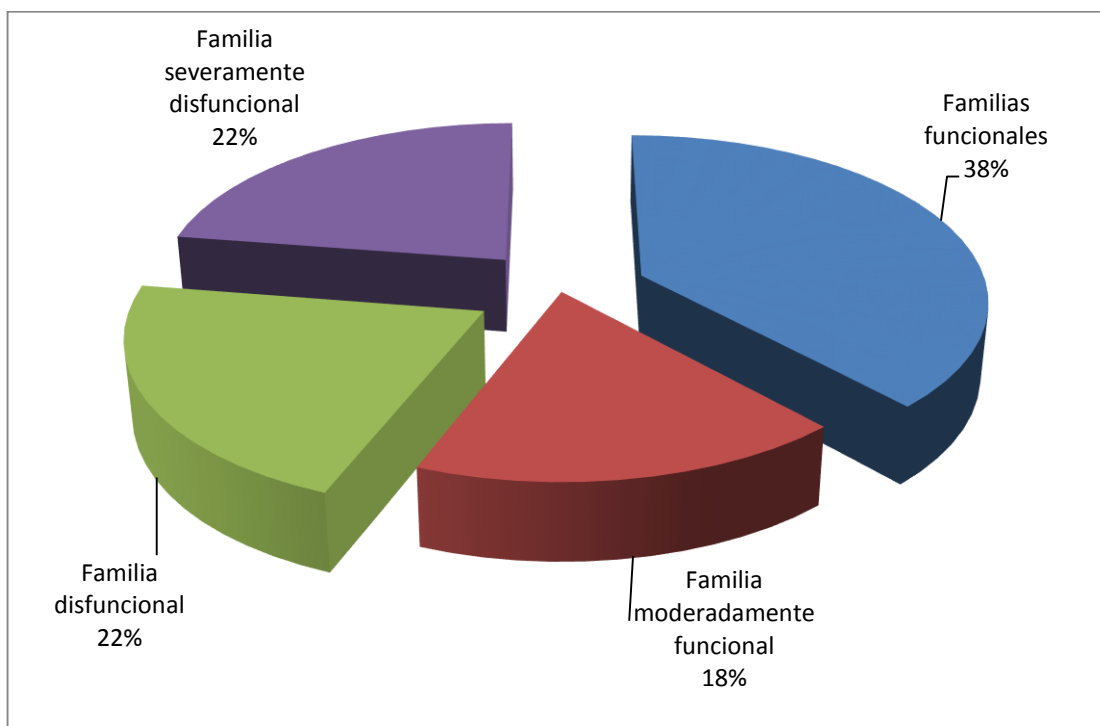


Figura 13. Afectividad

Tanto en la tabla como en la figura 14, se observa que el 33.3% de los encuestados son familia moderadamente funcional con respecto a los roles, mientras que el 15.7% tiene una familia severamente disfuncional.

Tabla 14

<i>Roles</i>			
Roles			
	Frecuencia	Porcentaje	
Familias funcionales	21	20.6	
Familia moderadamente funcional	34	33.3	
Familia disfuncional	31	30.4	
Familia severamente disfuncional	16	15.7	
Total	102	100.0	

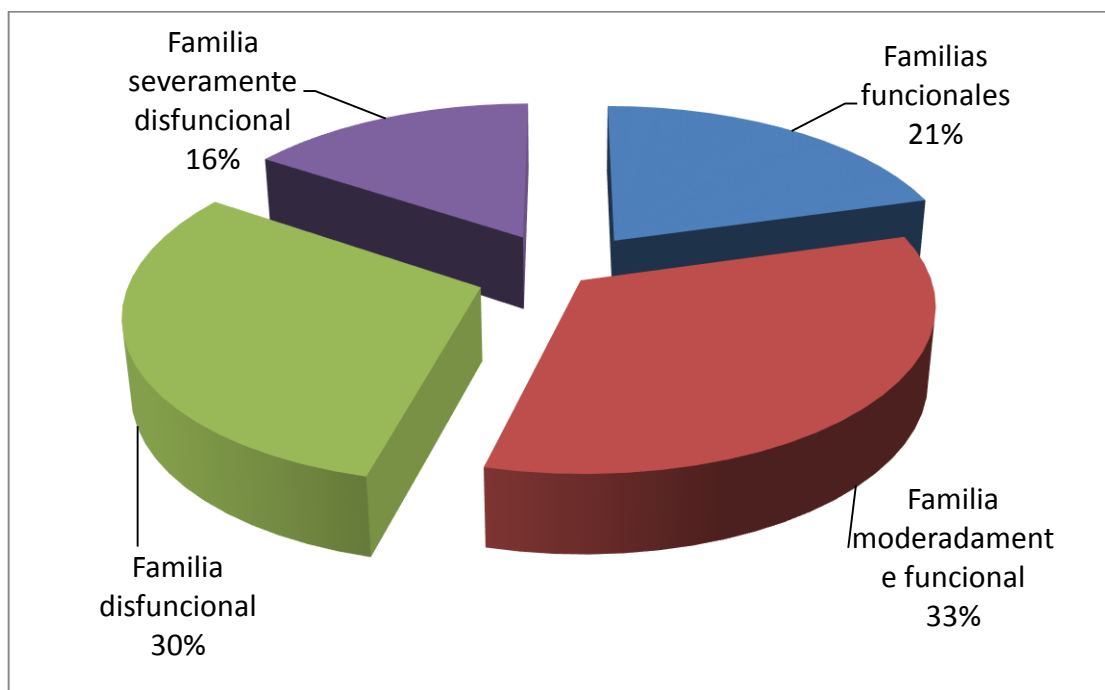


Figura 14, Roles

Tanto en la tabla como en la figura 15, se observa que el 49.0% de los encuestados tienen una familia moderadamente funcional, mientras que el 7.8% tiene familia severamente disfuncional.

Tabla 15
Adaptabilidad

Adaptabilidad		
	Frecuencia	Porcentaje
Familias funcionales	13	12.7
Familia moderadamente funcional	50	49.0
Familia disfuncional	31	30.4
Familia severamente disfuncional	8	7.8
Total	102	100.0

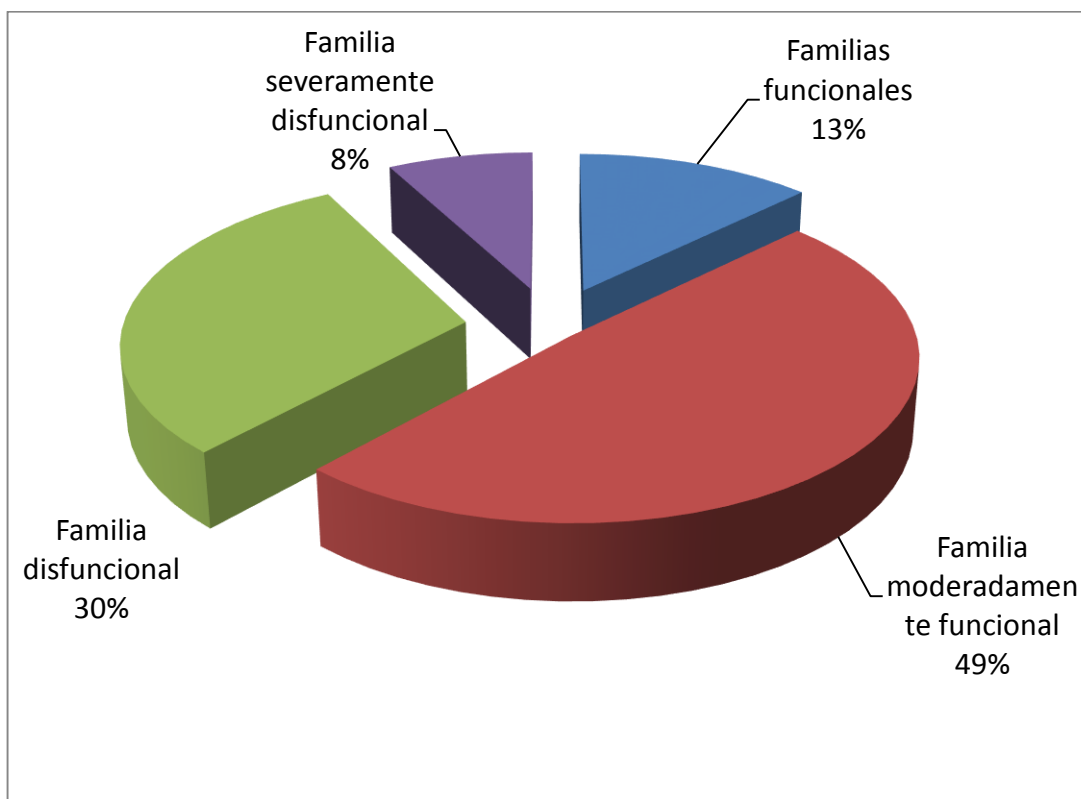


Figura 15, Adaptabilidad

Tanto en la tabla como en la figura 16, se observa que el 38.2% de los encuestados tiene depresión leve en la respuesta somática, mientras que el 13.7% tiene depresión grave.

Tabla 16

<i>Respuesta somática</i>		
Respuesta somática		
	Frecuencia	Porcentaje
Depresión grave	14	13.7
Depresión moderada	31	30.4
Depresión leve	39	38.2
No depresión	18	17.6
Total	102	100.0

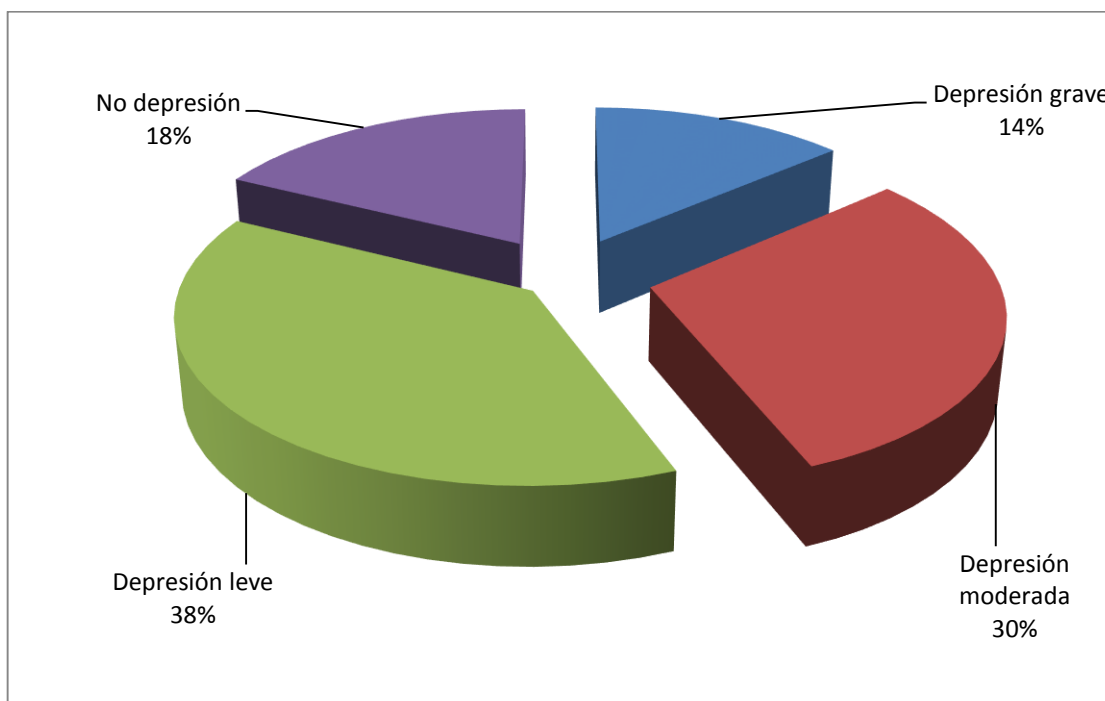


Figura 16, Respuesta somática

Tanto en la tabla como en la figura 17, se observa que el 33.3% de los encuestados tiene depresión leve en la respuesta cognitiva, mientras que el 19.6% no se deprime.

Tabla 17

Respuesta cognitivo

Respuesta cognitivo			
	Frecuencia	Porcentaje	
Depresión grave	21	20.6	
Depresión moderada	27	26.5	
Depresión leve	34	33.3	
No depresión	20	19.6	
Total	102	100.0	

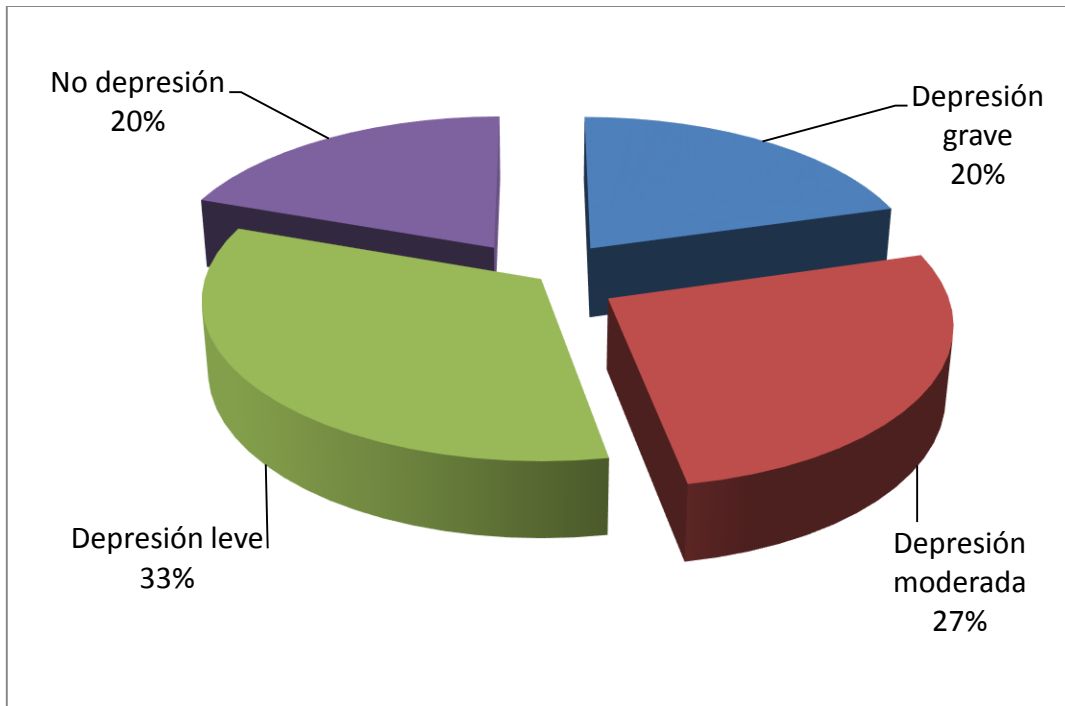


Figura 17 Respuesta cognitivo

Tanto en la tabla como en la figura 18, se observa que el 42.2% de los encuestados tienen depresión leve en el estado de ánimo, mientras que el 5.9% tiene depresión grave.

Tabla 18

Estado de ánimo

Estado de ánimo			
	Frecuencia	Porcentaje	
Depresión grave	6	5.9	
Depresión moderada	29	28.4	
Depresión leve	43	42.2	
No depresión	24	23.5	
Total	102	100.0	

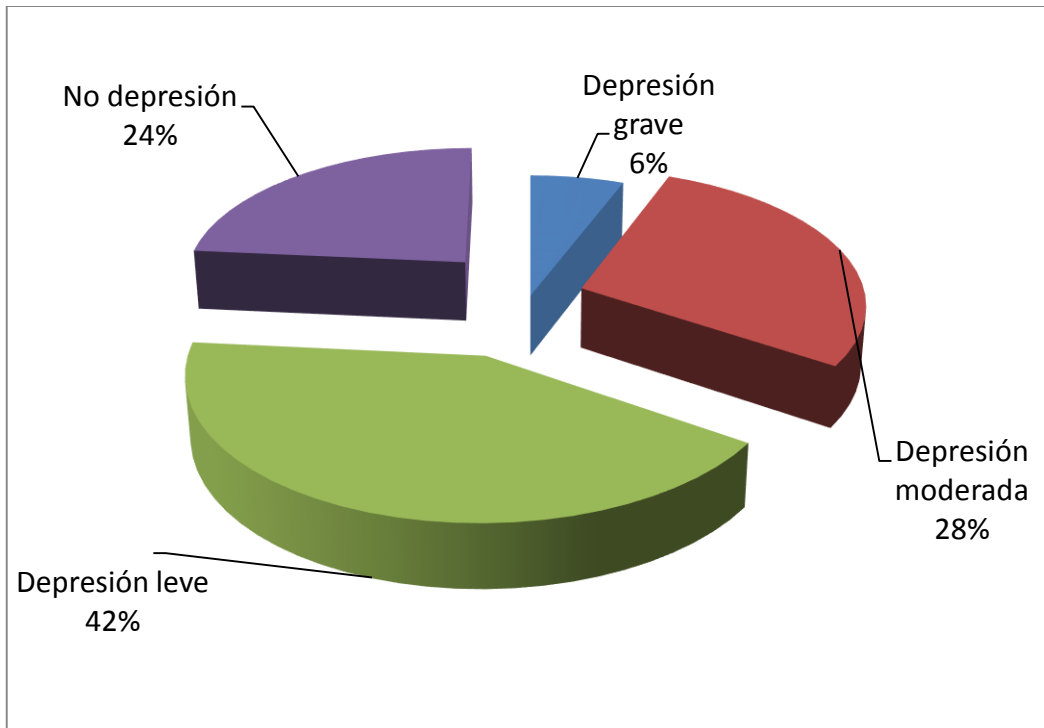


Figura 18, Estado de ánimo

Tanto en la tabla como en la figura 19, se observa que el 35.3% de los encuestados no tienden a la depresión según la respuesta psicomotor, mientras que el 18.6% tiene depresión grave.

Tabla 19

Respuesta psicomotor

Respuesta psicomotor		
	Frecuencia	Porcentaje
Depresión grave	19	18.6
Depresión moderada	22	21.6
Depresión leve	25	24.5
No depresión	36	35.3
Total	102	100.0

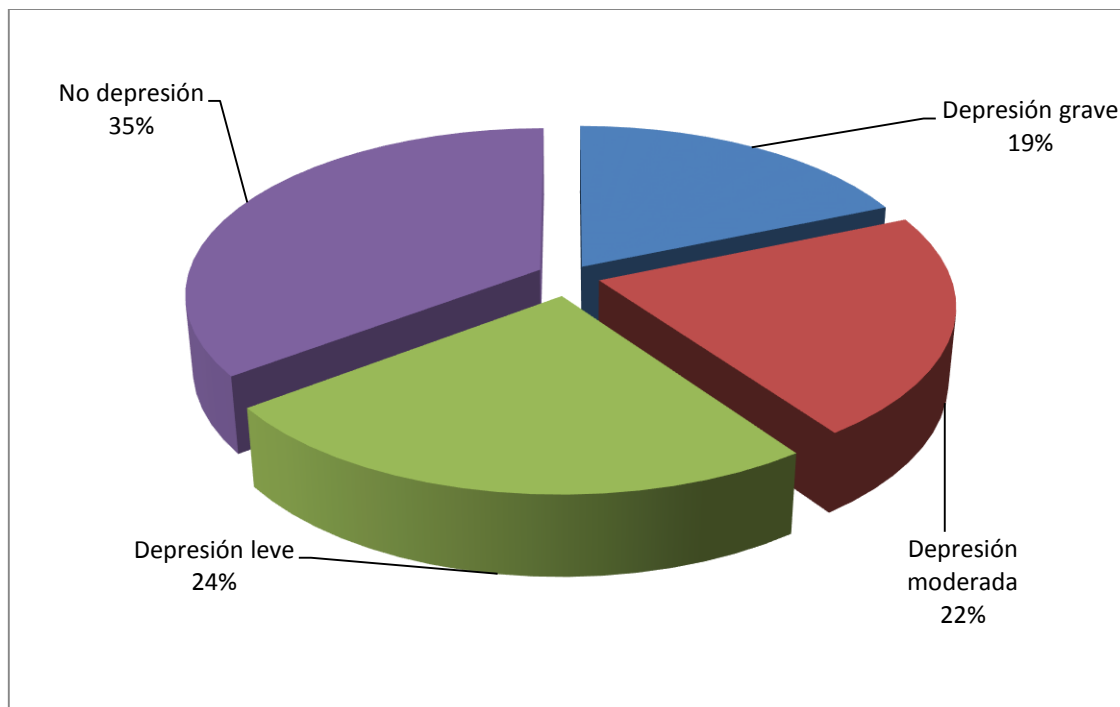


Figura 19, Respuesta psicomotor

Tanto en la tabla como en la figura 20, se observa que el 31,5% de los encuestados tienen depresión leve, mientras que el 15,7% no tiende a la depresión.

Tabla 20

Depresión

Depresión		
	Frecuencia	Porcentaje
Depresión grave	27	26.4
Depresión moderada	27	26.4
Depresión leve	32	31.5
No depresión	16	15.7
Total	102	100.0

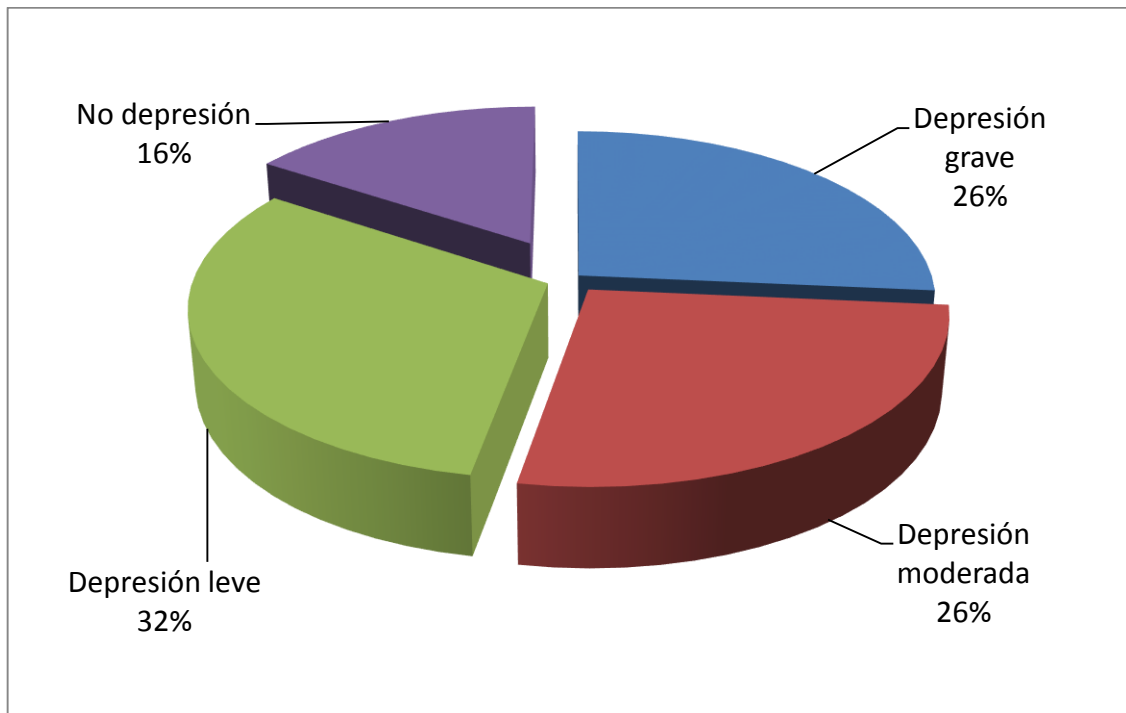


Figura 20, Depresión

4.2. Contrastación de hipótesis

1. Hipótesis general

Ho. No existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela 2015.

Ha Existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela 2015.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En la tabla 21 en cuanto a la correlación entre la funcionalidad familiar con la depresión, se observa que el Chi-cuadrado de Pearson = 57,156, *gl.* = 9 y *p* = ,000 < .05. Así mismo, el estadístico Tau_b de Kendall muestra un coeficiente de correlación = -.676 y Valor *p* = .000 < .05. Esto indica una correlación moderada, indirecta y significativa entre las variables.

Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula, se concluye que existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela 2015.

Tabla 21
Correlación entre la Funcionalidad familiar con la depresión

	Funcionalidad familiar									
	Familia severamente disfuncional		Familia disfuncional		Familia moderadamente funcional		Familias funcionales		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Depresión grave	6	22,2%	14	51,9%	7	25,9%	0	0,0%	27	100,0%
Depresión moderada	0	0,0%	6	22,2%	18	66,7%	3	11,1%	27	100,0%
Depresión leve	0	0,0%	3	9,4%	13	40,6%	16	50,0%	32	100,0%
No depresión	0	0,0%	0	0,0%	9	56,3%	7	43,8%	16	100,0%
Total	6	5,9%	23	22,5%	47	46,1%	26	25,5%	102	100,0%

Chi-cuadrado de Pearson = 57,156, gl. = 9 y p = ,000 < .05

Tau_b de Kendall, Coeficiente de correlación = -.676 y Valor p = .000 < .05

Hipótesis específica 1

Ho. No existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la respuesta somática en madres de hogares monoparentales.

Ha Existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la respuesta somática en madres de hogares monoparentales.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 22, sobre la correlación entre la funcionalidad familiar con la respuesta somática, se observa que el Chi-cuadrado de Pearson = 25,323 *g.l.* = 9 $p = ,003 < .05$. Así mismo, el estadístico Tau_b de Kendall muestra un coeficiente de correlación = -.428 y Valor $p = .000 < .05$. Esto indica una correlación moderada, indirecta y significativa entre las variables.

Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula, se concluye que existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la respuesta somática en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela 2015.

Tabla 22

Correlación entre la Funcionalidad familiar con la Respuesta somática

	Funcionalidad familiar									
	Familia severamente disfuncional		Familia disfuncional		Familia moderadamente funcional		Familias funcionales		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Depresión grave	2	14,3%	3	21,4%	7	50,0%	2	14,3%	14	100,0%
Depresión moderada	2	6,5%	15	48,4%	11	35,5%	3	9,7%	31	100,0%
Depresión leve	2	5,1%	4	10,3%	18	46,2%	15	38,5%	39	100,0%
No depresión	0	0,0%	1	5,6%	11	61,1%	6	33,3%	18	100,0%
Total	6	5,9%	23	22,5%	47	46,1%	26	25,5%	102	100,0%

*Chi-cuadrado de Pearson = 25,323 g.l. = 9 $p = ,003 < .05$
 Tau_b de Kendall, Coeficiente de correlación = -.428 y Valor $p = .000 < .05$*

Hipótesis específica 2

H_0 . No existe relación significativa entre funcionalidad familiar y la respuesta cognitiva en madres de hogares monoparentales.

H_a Existe relación significativa entre funcionalidad familiar y la respuesta cognitiva en madres de hogares monoparentales.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H₀)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H₀). Y, se acepta H_a

Se observa en la Tabla 23 en cuanto a la correlación entre la funcionalidad familiar con la respuesta cognitiva, que el Chi-cuadrado de Pearson = 74,398 *g.l.* = 9 $p = ,000 < .05$. Así mismo, el estadístico Tau_b de Kendall muestra un coeficiente de correlación = -.734 y Valor $p = ,000 < .01$. Esto indica una correlación moderada, indirecta y significativa entre las variables.

Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula, se concluye que existe relación significativa entre funcionalidad familiar y la respuesta cognitiva en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela 2015.

Tabla 23
Correlación entre la Funcionalidad familiar con la Respuesta cognitivo

Respuesta cognitivo	Funcionalidad familiar									
	Familia severamente disfuncional		Familia disfuncional		Familia moderadamente funcional		Familias funcionales		Total	
	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Depresión grave	6	28,6%	13	61,9%	2	9,5%	0	0,0%	21	100,0%
Depresión moderada	0	0,0%	7	25,9%	19	70,4%	1	3,7%	27	100,0%
Depresión leve	0	0,0%	3	8,8%	16	47,1%	15	44,1%	34	100,0%
No depresión	0	0,0%	0	0,0%	10	50,0%	10	50,0%	20	100,0%
Total	6	5,9%	23	22,5%	47	46,1%	26	25,5%	102	100,0%

Chi-cuadrado de Pearson = 74,398 g.l. = 9 $p = ,000 < .05$

Tau_b de Kendall, Coeficiente de correlación = -.734 y Valor $p = ,000 < .01$

Hipótesis específica 3

Ho. No existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y el estado de ánimo en madres de hogares monoparentales.

Ha Existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y el estado de ánimo en madres de hogares monoparentales.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha.

Tabla 24 en cuanto a la correlación entre la funcionalidad familiar con la respuesta cognitiva, se observa que el Chi-cuadrado de Pearson = 55,524 *g.l.* = 9 $p = ,000 < .05$. Así mismo, el estadístico Tau_b de Kendall muestra un coeficiente de correlación = $-.721$ y Valor $p = .000 < .01$. Esto indica una correlación moderada, indirecta y significativa entre las variables.

Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula, se concluye que existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y el estado de ánimo en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela 2015.

Tabla 24.

Correlación entre la Funcionalidad familiar con el Estado de ánimo

Estado de ánimo	Funcionalidad familiar									
	Familia severamente disfuncional		Familia disfuncional		Familia moderadamente funcional		Familias funcionales		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Depresión grave	2	33,3%	4	66,7%	0	0,0%	0	0,0%	6	100,0%
Depresión moderada	4	13,8%	13	44,8%	11	37,9%	1	3,4%	29	100,0%
Depresión leve	0	0,0%	6	14,0%	26	60,5%	11	25,6%	43	100,0%
No depresión	0	0,0%	0	0,0%	10	41,7%	14	58,3%	24	100,0%
Total	6	5,9%	23	22,5%	47	46,1%	26	25,5%	102	100,0%

Chi-cuadrado de Pearson = 55,524 g.l. = 9 p = ,000 < .05

Tau_b de Kendall, Coeficiente de correlación = $-.721$ y Valor $p = .000 < .01$

Hipótesis específica 4

Ho. No existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la respuesta psicomotora en madres de hogares monoparentales.

Ha Existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la respuesta psicomotora en madres de hogares monoparentales.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha.

Tabla 25 en cuanto a la correlación entre la funcionalidad familiar con la respuesta cognitiva, se observa que el Chi-cuadrado de Pearson = 25,719 *g.l.* = 9 $p = ,002 < .05$. Así mismo, el estadístico Tau_b de Kendall muestra un coeficiente de correlación = -.459 y Valor $p = .000 < .05$. Esto indica una correlación moderada, indirecta y significativa entre las variables.

Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula, se concluye que existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la respuesta psicomotora en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela 2015.

Tabla 25

Correlación entre la Funcionalidad familiar con la Respuesta psicomotor

	Funcionalidad familiar									
	Familia severamente disfuncional		Familia disfuncional		Familia moderadamente funcional		Familias funcionales		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Depresión grave	2	10,5%	8	42,1%	9	47,4%	0	0,0%	19	100,0%
Depresión moderada	4	18,2%	6	27,3%	8	36,4%	4	18,2%	22	100,0%
Depresión leve	0	0,0%	6	24,0%	11	44,0%	8	32,0%	25	100,0%
No depresión	0	0,0%	3	8,3%	19	52,8%	14	38,9%	36	100,0%
Total	6	5,9%	23	22,5%	47	46,1%	26	25,5%	102	100,0%

Chi-cuadrado de Pearson = 25,719 g.l. = 9 p = ,002 < .05

Tau_b de Kendall, Coeficiente de correlación = -.459 y Valor p = .000 < .0

4.3. Discusión de los resultados

Existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela 2015. En la cual, el Chi-cuadrado de Pearson = 57,156, *gl.* = 9 y $p = ,000 < .05$. Así mismo, el estadístico Tau_b de Kendall muestra un coeficiente de correlación = -.676 y *Valor p* = .000 < .05. Esto indica una correlación moderada, indirecta y significativa entre las variables, (ver tabla 21).

En la tabla 21 se puede observar cómo se correlaciona la disfuncionalidad severa con la depresión grave, en un 22.2% y la disfuncionalidad en un 51.9% e inclusive en las familias funcionales se observa depresión leve en un 50% de la muestra estudiada. En lo expresado por Arenas (2009) que la disfuncionalidad familiar influye en la génesis de problemas psicosociales en cualquier miembro de la familia, los intentos de suicidio, los trastornos de conducta, depresión, etc., son problemas que atañen a la familia, en los que pueden incurrir por falta de estabilidad emocional y muchas veces es producto de la disfuncionalidad en sus familias; indica que la depresión es frecuente en individuos que provienen de familias disfuncionales que en aquella con límites claros.

Sin embargo, en el estudio se observó que aún aquellas mujeres que tienen hogares funcionales presentan depresión leve. Esto se explica, porque la depresión suele ser precedida por sucesos estresantes originadas, por el aumento de sucesos vitales estresantes que básicamente pueden desencadenarse en el seno de la familia. La falta de empleo, la separación, las exigencias económicas y sociales de los hijos de hogares monoparentales pueden favorecer la aparición del cuadro depresivo, la madre al no recibir ni dar funciones de apoyo material y afectivo

principalmente de afecto o confianza pueden desarrollar el cuadro que únicamente fue explorado en las mujeres.

Cogollo y col, (2009) mencionan que la funcionalidad familiar juega un papel importante para el desarrollo social y psicológico de los miembros que constituyen el núcleo familiar, y depende no sólo del altruismo que lleva a los seres sociales a unirse para sobrevivir, sino también de la plasticidad operacional conductual que permita a los miembros operar consensualmente, como condición para la realización de sus desarrollo particulares.

Existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la respuesta somática en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela 2015. En la cual, el Chi-cuadrado de Pearson = 25,323 *g.l.* = 9 $p = ,003 < .05$. Así mismo, el estadístico Tau_b de Kendall muestra un coeficiente de correlación = *-.428* y Valor $p = .000 < .05$. Esto indica una correlación moderada, indirecta y significativa entre las variables.

En la tabla 22, se advierte como toda la muestra estudiada presenta signos somáticos de la depresión. Es sabido que la depresión afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres, y pese a los cambios que la incorporación al mercado laboral ha supuesto, las mujeres siguen ocupándose mayoritariamente de las tareas en el hogar incluyendo el cuidado de los niños. Se puede suponer entonces los efectos que puede producir sobre la funcionalidad de una familia tener un miembro, con un importante grado de discapacidad por una depresión, especialmente si se trata de la madre, cuando los síntomas somáticos se hacen presente. La presentación incluye quejas atribuidas a un origen cardiopulmonar,

gastrointestinal, genitourinario, musculoesquelético o neurológico, así como dolor y fatiga (Revueltas, 2008).

Existe relación significativa entre funcionalidad familiar y la respuesta cognitiva en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela 2015. En la cual, el Chi-cuadrado de Pearson = 74,398 *g.l.* = 9 $p = ,000 < .05$. Así mismo, el estadístico Tau_b de Kendall muestra un coeficiente de correlación = $-.734$ y *Valor p* = $.000 < .01$. Esto indica una correlación moderada, indirecta y significativa entre las variables.

Esto es lo expresado por Goodale, (2007), para quien la depresión se asocia con una disminución de las funciones cognitivas en una gama de áreas: atención, memoria y las funciones ejecutivas. Los síntomas cognitivos de la depresión pueden tener un profundo efecto en la habilidad de los pacientes para llevar a cabo las tareas de la vida diaria, y son factores significativos que afectan la capacidad de funcionar tanto a nivel interpersonal como ocupacional.

Las personas depresivas se quejan con frecuencia de la dificultad para concentrarse, de estar distraídos, de la inhabilidad para llevar a cabo sus tareas habituales, y de olvidos. Aquellos pacientes con un trabajo que intelectualmente es más demandante son a menudo incapaces de funcionar de forma adecuada. Por todo ello, los déficits cognitivos pueden ser la razón para buscar tratamiento, especialmente en casos donde haya una clara indiferencia con su rendimiento laboral. Cabe destacar que estos síntomas cognitivos, pueden causar problemas a la madre para concentrarse en tomar decisiones importantes para su familia y dificultan el cumplimiento de tareas habituales fundamentales en la crianza de los hijos.

Existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y el estado de ánimo en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela 2015. En la cual, el Chi-cuadrado de Pearson = 55,524 *g.l.* = 9 $p=,000 < .05$. Así mismo, el estadístico Tau_b de Kendall muestra un coeficiente de correlación = $-.721$ y *Valor p* = $.000 < .01$. Esto indica una correlación moderada, indirecta y significativa entre las variables.

En la tabla 24 podemos observar que toda la muestra estudiada, inclusive las que manifestaron tener un hogar funcional, informaron de cambios en el estado de ánimo. Los estados de ánimo tienen características que los diferencian de las emociones (Fridja, 1999; Gendolla, 2000; Davidson, 1994; Ekman, 1994), citados por Gallardo, (2006). En la reacción emocional se observa la participación de ciertos estímulos inductores que activan un sistema de respuesta y que le otorgan su punto de partida. Los estados de ánimo no tienen un evento o estímulo claro que los ocasione, o de existir, no es claramente identificable por quien lo experimenta (Goldsmith, 1994; Gendolla, 2000), citado por Gallardo, (2006), carecen de objeto hacia el cual referirse, de ahí también su carácter de no intencionalidad. De este modo, constituyen estados afectivos difusos y de mayor duración que no tienen orientación específica hacia un objeto.

Se trata de hábitos en el modo de reaccionar físicamente ante los eventos de la vida diaria, pero también de hábitos que condicionan una actitud predominante ante la vida en general, que pueden convertirse en un estilo de vida.

Existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la respuesta psicomotora en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela 2015. En la cual, el Chi-

cuadrado de Pearson = 25,719 *g.l.* = 9 $p = ,002 < .05$. Así mismo, el estadístico Tau_b de Kendall muestra un coeficiente de correlación = -.459 y *Valor p* = .000 < .05. Esto indica una correlación moderada, indirecta y significativa entre las variables.

Esta es la situación en la que los movimientos sufren interferencia bien sea de lentitud o de agitación. De acuerdo con Roiser, Rubinsztein & Sahakian (2006, citado por Gómez y Barrera, 2012), expresa que existen claros indicios a favor de los efectos neuropsicológicos derivados de los trastornos del estado de ánimo. Al respecto afirman que en los pacientes con diagnóstico de depresión unipolar en remisión se presentan alteraciones neuropsicológicas significativas en memoria, atención, función ejecutiva y habilidades psicomotoras.

Los estudios con neuroimágenes han señalado que las estructuras críticas en el procesamiento emocional son la corteza frontal, el hipocampo, el tálamo, la amígdala y los ganglios basales y éstas a su vez se encuentran comprometidas en los pacientes con depresión (Sheline, 2003, cita de Gómez, 2012). Estas regiones son además indispensables en funciones psicológicas superiores tales como función ejecutiva, memoria explícita, procesamiento emocional y velocidad psicomotora, con lo cual se esperaría que estas funciones pudieran verse comprometidas en la depresión.

En la tabla 25 se puede observar que desde las familias funcionales hasta la disfuncionalidad severa, la muestra completa presenta algún tipo de problemas en su función psicomotora. Las limitaciones como cansancio pueden ubicar a la madre monoparental en situación crítica para cumplir su rol y sobre todo imposibilitada para manifestar o recibir afecto.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

En el presente capítulo se expone las conclusiones obtenidas del estudio de investigación, la cual es determinar la relación existente entre la funcionalidad familiar y la depresión en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela, 2015.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos del estudio, análisis y tratamiento estadístico se puede concluir.

Primera conclusión. Existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en madres de hogares monoparentales, quienes asistieron a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela 2015. En la cual, el Chi-cuadrado de Pearson = 57,156, $gl. = 9$ y $p = ,000 < .05$. Así mismo, el estadístico Tau_b de Kendall muestra un coeficiente de correlación = -.676 y $Valor p = .000 < .05$. Esto indica una correlación moderada, indirecta y significativa entre las variables.

Segunda conclusión. Existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la respuesta somática en madres de hogares monoparentales, quienes asistieron a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar,

Venezuela 2015. En la cual, el Chi-cuadrado de Pearson = 25,323 *g.l.* = 9 $p= ,003 < .05$. Así mismo, el estadístico Tau_b de Kendall muestra un coeficiente de correlación = $-.428$ y Valor $p=.000 < .05$. Esto indica una correlación moderada, indirecta y significativa entre las variables.

Tercera conclusión. Existe relación significativa entre funcionalidad familiar y la respuesta cognitiva en madres de hogares monoparentales, quienes asistieron a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela 2015. En la cual, el Chi-cuadrado de Pearson = 74,398 *g.l.* = 9 $p= ,000 < .05$. Así mismo, el estadístico Tau_b de Kendall muestra un coeficiente de correlación = $-.734$ y Valor $p=.000 < .01$. Esto indica una correlación moderada, indirecta y significativa entre las variables.

Cuarta conclusión. Existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y el estado de ánimo en madres de hogares monoparentales, quienes asistieron a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar, Venezuela 2015. En la cual, el Chi-cuadrado de Pearson = 55,524 *g.l.* = 9 $p= ,000 < .05$. Así mismo, el estadístico Tau_b de Kendall muestra un coeficiente de correlación = $-.721$ y Valor $p=.000 < .01$. Esto indica una correlación moderada, indirecta y significativa entre las variables.

Quinta conclusión. Existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la respuesta psicomotora en madres de hogares monoparentales, quienes asistieron a la Iglesia Adventista en ciudad Guayana, estado Bolívar,

Venezuela 2015. En la cual, el Chi-cuadrado de Pearson = 25,719 *g.l.* = 9 $p= ,002 < .05$. Así mismo, el estadístico Tau_b de Kendall muestra un coeficiente de correlación = $-.459$ y *Valor p* = $.000 < .05$. Esto indica una correlación moderada, indirecta y significativa entre las variables.

5.2. Recomendaciones

Tomando como referencia los resultados del estudio desarrollado y las conclusiones expuesta, se considera plantear las siguientes recomendaciones:

Los expertos en educación familiar no deberían obviar este hecho tan significativo, es real y está pasando. La multiplicación de hogares monoparentales y disfuncionales es una realidad en Venezuela que está escapando de la mano de los especialistas, al mismo tiempo no existe la cultura de buscar ayuda para los momentos críticos de la familia. Cada día, el número de madres solas, que crían a sus hijos sin la figura del padre, aumenta en forma alarmante. Muchos pueden estar con la creencia que todo está bien así, que no pasa nada, que las mujeres van a salir adelante, sin importar cómo; sin analizar las consecuencias que trae para la familia este tipo de hogar y en consecuencia la sociedad venezolana. Se obtiene el diagnóstico de depresión en un porcentaje alto de hogares monoparentales y disfuncionales. Por tal motivo, la primera recomendación desprendida del principal descubrimiento de esta investigación es formular un programa de educación y sensibilización a la familia en general que les permita conocer el rol significativo de los padres.

El estudio se realizó con una muestra pequeña, con criterios específicos. Se considera que sería necesario realizar otros estudios con una muestra de mayor tamaño y que se abra a otras creencias para evaluar si en realidad impacta el fenómeno espiritual en la funcionalidad familiar, la depresión y el hogar monoparental.

Se estudió la funcionalidad familiar basada en la dinámica relacional sistemática que se da a través de la cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad, basado en el enfoque sistémico. Se recomienda que puedan hacerse otros estudios de investigación partiendo de este y de otros ya existente que especifique el tipo de familia disfuncional.

Se considera la necesidad de crear programas de educación a la familia como norma de prevención y paliación en procura de crear conciencia en el valor y cuidado de la familia. Estos programas además de formar a posibles guías o mentores deben llegar a la familia directamente, a través de los medios que sean necesario; la iglesia, las escuelas, el ambiente laboral, etc., creando una campaña continuada con el fin de multiplicar la información.

La iglesia debe seguir siendo un lugar donde se encuentre apoyo espiritual, también debe conducirse como formadora de valores en el área de la vida familiar, no solo para sus miembros, sino debe abrirse a otros espacios de la comunicación social, para hacer llegar mensajes que fortalezcan el ambiente familiar. Por otra parte, nos encontramos que no existen suficientes especialistas en área de la terapia familiar, de manera que se plantea presentar los resultados de esta investigación a los líderes de la iglesia a fin de motivar a la capacitación de pastores,

maestros, médicos y cualquier otras profesiones a fin que se abran a la posibilidad de que puedan cursar estudios de maestría en esta área tan importa

REFERENCIAS

- Abramson, L. Alloy, B, Gerald I. Metalsky, T. y Sandín, B. (1997). *Teoría de la Depresión por Desesperanza*. Wisconsin. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. Vol. 2. N° 3, pp. 211-222. 1997. <http://e-spacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliuned:Psicopat-1997-2C483226-C41A-C2BF-E6FF-B2B50A1DAEB4/PDF> Bajado el 28-11-2012.
- Almeda, E. (1995). *Las familias monoparentales en España: un enfoque crítico*», Revista Internacional de Sociología.
- Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffin, N. y Jiménez, L. (2009). *La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 9(2), 205 – 216. Recuperado el 21 de octubre 2009 de la base de datos Pro Quest.
- Álvaro, L. Garrido, A. Schweiger, I. (2010). *Causas Sociales de la Depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión*. Revista Internacional de Sociología (RIS) Vol.68, nº 2, Mayo Agosto, 333-348, 2010 ISSN: 0034-9712 el SSN: 1988-429X DOI:10.3989/ris.2008.06.08.
- Altamirano, D. Abad, A. Arias, J. (2013). *Prevalencia de la disfuncionalidad familiar y factores asociados en pacientes del Cediuc, Cuenca*. Tesis. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4986/1/MED218.pdf>. Documento recuperado.
- Andolfi, M. (1977). *Terapia Familiar*. Ed. Paidós, Barcelona, 1985 (http://www.robertopereiratercero.es/articulos/Revisi%C3%B3n_Hist%C3%B3rica_de_la_TF.pdf. Tomado el 25 de Marzo 2015).
- Antonuccio, D. Danton, W. y Denelsky, G. (1995). *Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data*. Professional Psychology: Research and Practice, 26, 574- 585.
- Arenas, S. (2009). *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes*. Lima-Perú.
- Arriechi, C. (2001). *Impacto de la funcionalidad familiar del adolescente con crisis familiar después de su participación en talleres para adolescentes y Escuela para padres en el Ambulatorio tipo III de La Carucieña*. Barquisimeto-Venezuela, noviembre 2000. <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TWS462A772001>. Pdf.
- Arredondo. E (2006). *Cuatro comunidades michoacanas que muestran alto grado de migración y marginación*. <http://www.cambiodemichoacan.com.mx>

- Barcia D, Moreno R. (1999). *Aspectos históricos: historia de la melancolía*. En: Roca M, coord. *Trastornos del Humor*. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 1999. p. 1-44.
- Belart A, Ferrer M. (1999). *El ciclo de la vida. Una visión sistémica de la familia*. Bilbao: Desclée De Brouwe.
- Blazer, D. Kessler, R. McGonagle, K. y Swartz, M. (1994). *The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey*. Am. J. Psychiat., 151:979-986.
- Calderón, G. (1998). *Depresión, sufrimiento y liberación*. México, ED. EDAMEX.
- Calvete, E. Villardón, L. Estévez, A. y Espina, M. (2007). *La desesperanza como vulnerabilidad cognitiva al estrés: adaptación del cuestionario de estilo cognitivo para adolescentes*. *Ansiedad y Estrés*. 13(2-3), 215-227. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2058. Documento recuperado el 29-11-2012.
- Castellón C. Ledezma, S. Alonso, E. (2012) Tesis: *El Funcionamiento Familiar y su relación con la Socialización infantil. Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spíritus*. Julio 2012. Cuba. Documento recuperado en <http://www.eumed.net/rev/cccss/21/ccla.html>, 19-12-2012.
- Castilla, C. (1981). *Un estudio sobre la Depresión*. Fundamentos antropología dialéctica. 8ª edición. Barcelona: Península; 1981.
- Cobo, J. (2005). *El concepto de depresión. Historia, definición (es), nosología, clasificación*. Fuente: PSQUIATRIA.COM. 2005;9(4) Psiquiatra. Coordinador de Recerca en Salud Mental. Corporació Sanitaria. (Sabadell, Barcelona). Documento recuperado en www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/.../268/ Nov-19-2012.
- Contreras, J. Marquina, M. y Contreras, A. (2008). *La Mujer en el contexto de la Familia popular venezolana*. FERMENTUM Mérida - Venezuela - ISSN 0798-3069 - AÑO 18 - Nº 53 - septiembre - diciembre 2008 - 478-492(Documento recuperado: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/28653/1/articulo1.pdf>. 24-4-2015).
- Cibanal, L. (2011). *Introducción a la Sistémica y Terapia Familiar*. Última modificación: 24 de junio de 2011
 Enviar correo electrónico a webmaster@aniorte-nic.net con preguntas o comentarios sobre este sitio Web. Webmaster: Nicanor Aniorte Hernández.
 Copyright © 2001 N. ANIORTE http://aniorte-nic.net/apunt_terap_famil_3.htm Documento recuperado 11-12-2012.

- CIE-10 *Clasificación internacional de enfermedades*, décima versión correspondiente a la versión en español del inglés ICD, siglas de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) 1992.
- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras; aspectos terapéuticos*. Buenos Aires; Editorial Médica Panamericana.
- De la Cuesta, D. (1994). *Funcionamiento familiar, construcción y validación de un instrumento*, [Tesis]. Documento recuperado: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol15_3_99/enf05399.htm. Enero 2012.
- Perdomo, C. González, G. y Acuña, B.(1996). *Estudio sobre Familia y Abandono de Menores*. En Congreso Internacional de Sociología. Caracas. Consejo Venezolano del Niño. 1-59. 1982.
- Durán, M. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*, Fundación BBVA, Bilbao, 2002, pp. 263-300.
- DSM-IV; 1995. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. MASSON, S. A. Avda. Príncipe de Asturias, 20 - Barcelona (España) ISBN 84-458-0297-6 Versión española de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV, publicada por la American Psychiatric Association de Washington.
- Eguiluz, L. (2003). *Dinámica de la familia, un enfoque psicológico sistémico*. Editorial Pax México.
- Engles, F. *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado* (2000). Prefacio a la cuarta edición publicada en Stuttgart, 1892 (<https://www.marxists.org/espanol/me/1880s/origen/pref1891.htm>. Digitalización: Biblioteca Virtual Espartaco (2000). Corregido por Javier Bodega 2012). Documento recuperado el día 25 marzo, 2015.
- Flecha R. Gómez, J. y Puigvert, L. (2001). *Teoría sociológica contemporánea*. Barcelona: Paidós.
- Frenk, L. y González, M. (1994). *Economía y Salud: propuesta para el avance de salud en México*. Reporte final. Fundación Mexicana para la salud en México. DF. México.
- Freud, Sigmund. (2014). *Psicopatología de la Vida Cotidiana, 1900-1901*. Libros Doc.com. Documento recuperado: <http://ir.nmu.org.ua/bitstream/handle/123456789/119773/7aedaf7722f45cbdc973d8b79cb1161.pdf?sequence=1>, Septiembre 2014.
- Garay, J. (2005). *Niveles de Depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que no tienen trabajo remunerado*. Tesis Doctoral. Universidad Iberoamericana. México. DF. 2005.

- García, A. Gastelurrutia, M. (2005). *Guía de Procedimientos, sobre Depresión*. Grupo de Investigación farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR) Universidad de Granada. España.
- Gastó, M. (1992). *Depresiones Crónicas*. Barcelona, Doyma.
- Germán, V. (2006). *Disfunción y falta de apoyo familiar como factor desencadenante de descontrol glucémico del paciente con diabetes mellitus tipo 2..* Colima. Documento recuperado Octubre 2015: http://digeset.uco.mx/tesis_posgrado/Pdf/VICENTE_GERMAN_RAMIREZ_DIAZ.pdf.
- Gonzales, J. (2007). *La Familia como Sistema*. Revista Pacheña de Medicina Familiar. Temas de Medicina. Rev. Pacheña Medicina Familiar; 4(6): 111-114 Documento recuperado: http://www.mflapaz.com/Revista_6/revista_6_pdf/4%20LA%20FAMILIA%20COMO%20SISTEMA.pdf.
- Gonzales, C. Mejía, M. Angulo, L. y D'Avila, M. (2005). *Funcionamiento Familiar, Estrato Socio-Económicos y Red de Apoyo Social de los Residentes de postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes*. Mérida, Venezuela. <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/21847/2/articulo5.pdf>. Documento recuperado: WEB el día 30-01-2013
- Galvanovskis, A. & Villar, E. (2000). *Revisión de vida y su relación con el autoconcepto y la depresión en el periodo de jubilación*. Geriátrika, Revista Iberoamericana de Geriatria y Gerontología, 2000; 16 (10): 40-47. ISSN: 02129744. Documento recuperado de la web: <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloid=141216>. Abril, 2013.
- Gómez, Y.; Barrera, M. (2012). *Aspectos neuropsicológicos asociados a la presencia de síntomas depresivos en niños escolarizados*. Acta Colombiana de Psicología, vol. 15, núm. 1, junio, pp. 111-118. Universidad Católica de Colombia. Bogotá, Colombia. <http://www.redalyc.org/pdf/798/79824560011.pdf>. Documento recuperado 29-12-2015
- Goodale, E. (2007). *Síntomas cognitivos de la depresión*. Revista de Toxicomanías, N° 50. North Carolina. http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret50_2.pdf. Documento recuperado el 29-12-2015.
- Guevara, E. (2008). *La gestión de las relaciones y la responsabilidad social empresarial*, Ediciones electrónicas gratuitas. Texto completo en <http://www.eumed.net/libros-gratis/2008c/438/index.htm>. Documento recuperado el 16-12-2013.

- Hernández, C. Gutiérrez, G. (2012). *Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior*. Jonuta, Tabasco. Salud en Tabasco, vol. 18, núm. 1, enero-abril, pp. 14-24. Secretaría de Salud del Estado de Tabasco Villahermosa, México. Documento recuperado: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48724427004.pdf>.
- Hernández, E. Lastra, S. Urbina, M. Carreira, I. y Lima, L. (2002). *Serotonin, 5-hidroxiindoleacetic acid and serotonin transporter in blood peripheral lymphocytes of patients with generalized anxiety disorder*. J. Int.. Immunopharmacol, 2(7), 893-900.
- Hernández, B. (2000). *Reflexiones acerca de la Salud Familiar*. Revista Cubana Medicina General Integral. 16(5): 508-12.
- Hidalgo, I. (2010). *Depresión Infantil*. Jueves 14 de Enero 2010. Documento recuperado: <http://www.irenehidalgo.com/depresion-infantil>.
- Hidalgo, C. Carrasco, E. (1999). "*Salud Familiar: un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria*". Ediciones Universidad Católica de Chile. 1999.
- Huerta, J. (1999). *Estudios de salud familiar en Programa de actualización continua en medicina familiar*. 1era Edición. México: intersistemas 4 (pp.5-39).
- Infantes, Y. (2010). *Perfil de Personalidad y Funcionalidad de las familias de adolescentes*. Universidad Rafael Urdaneta. Tesis de Pregrado. Maracaibo, Venezuela. 2010. <http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-10-04296.pdf>. Vista el 18-12-2012.
- Jackson, W. (2002). *Historia de la melancolía y la depresión*. México DF. Ed. Paidós.
- Leyva, R. Hernández, A. Nava, G. López, V. (2006). *Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar*. Revista Médica Instituto Mexicano, Seguro Social 2007; 45 (3): 225-232
- Katz, D. y Robert, K.(1977). *Psicología social de las organizaciones*. México, Trillas.
- Kort, F. (2011). *Una Campaña pública para prevenir la depresión*. Bitácora Médica. Documento recuperado: <http://www.bitacoramedica.com/?p=10032>.
- León, M. (1997). *El empoderamiento en la teoría y práctica del feminismo*. En: León, M. (Comp.). Poder y empoderamiento de las mujeres. Bogotá: Tercer Mundo; pp. 1-26.
- Lewinsohn, P. Hoberman, H. Teri, L. y Hautzinger, M. (1985). *An integrative theory of depression*. En S. Reiss y R.R. Bootzin (dirs.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 291-315). Nueva York: Academic Press. (Citado por Vázquez, Fernando).

- Loayssa, J. (2001). *Dinámica Familiar. Una familia en formación con muchas dificultades*. Medifam. Vol. 11 No. 7. Madrid. Julio, pp 399-404. <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n7/dinamica.pdf>
- López, J. (2002). *Medicina en la Historia*. Editorial Esfera de los libros S.L. 1era edición.
- López, J. Sánchez, M. Sotelo, E. Rodríguez, M. (1994). *Terapia cognitivo conductual en la depresión: Un modelo de competencia*. En Colegio Oficial de Médicos de Palencia. Actualización de los trastornos depresivos en Atención Primaria. Palencia: Lilly; 1994. p. 3-14.
- Lizondo, G. Llanque, C. (2008). *La Depresión*. Revista Pacea Medicina Familiar; 2008; 5(7): 24-31. Médicos Familiares Policlínica Manco Kapac. Documento recuperado: http://www.mflapaz.com/Revista_7_pdf/5%20DEPRESION.pdf- 20-11-2012.
- Maganto, C. (1994). *Consideraciones acerca del desarrollo psicosocial en la primera infancia*. En: J.M. Zumalabe (Ed.): *La formación de la personalidad*. Bilbao. Universidad del País Vasco. Servicio Editorial. Documento recuperado: http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/39c.pdf.
- Maldonado, J. Saucedo, J. (2003). *La adolescencia: oportunidad, retos y la familia*. En: Saucedo JM, Maldonado editores. *La familia: su dinámica y tratamiento*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, Instituto Mexicano de Seguridad Social; 2003. P. 101, 107.
- Marsellach, G. (2003). *La Depresión. Modelo de depresión según Beck*. Kame PG Design - Última actualización el 9 de Febrero del 2003. psico#ciudadfutura.com. Documento recuperado: http://psicologoenlared.org/secciones/depresion/de_modelobeck.htm- 20-11-2012.
- Martínez, P. Waysel, R. (2009). *Depresión en Adolescentes Embarazadas*. Enseñanza e Investigación en Psicología, vol. 14, núm. 2, julio-diciembre, 2009, pp. 261-274. Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C. Xalapa, México. Documento recuperado: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29211992004.pdf>, el 6 de Abril 2015.
- Marx, K. & Engels, F (1884). Escritos: *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*. Editorial Progreso, Moscú, según la 4ª edición. Editorial Progreso, Moscú, según la 4ª edición del libro. Documento recuperado: <https://www.marxists.org/espanol/m-e/1880s/origen/23-3-2015>.
- Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (2003).
- McCubbin, H. y Patterson, J. (1987). *FILE family inventory of life events and changes*. En H. McCubbin y A.S. Thompson (Eds.), *Family assessment inventories for research and practice*. Madison: University of Wisconsin,

Documento recuperado: <http://www.uv.es/lisis/instrumentos/Funcionamiento-FamiliaR.pdf> 20-04-2015).

Mendoza L., Soler E., Sainz L., Gil I., Mendoza H. y Pérez C. (2006). Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos de Medicina Familiar 8(1) 27 – 32. Documento recuperado en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-medfam/em-amf.htm>.

Moreno, A. (2007). La Familia Popular Venezolana. Documento recuperado: <http://lafamiliapopularvenezolana.blogspot.com/> Nov-12-2012.

Montenegro, C. Mora, L. (2004). *La familia popular venezolana: el significado de la infidelidad en el contexto de la pobreza*. Cuadernos del Cendes. Versión impresa ISSN 1012-2508. CDC v.23 n.55 Caracas, abril, 2004. Av. Neverí, Edificio FUNDAVAC, Colinas de Bello Monte. Caracas. Documento recuperado: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1012-25082004000100005&script=sci_arttext. 9-12-2012.

Molina, L. D'Jesús, H. Rojas, M. Mariño, Z. Duin, A. Sileo, E. Espinasa, M. (2000). *Apgar familiar y adolescencia* Caracas - Mérida / Family apgar and adolescence Caracas – Merida. *Arch. venez. pueric. pediatri*; 63(3):139-144, jul.-sept. 2000. Tab. Documento recuperado: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=351198&indexSearch=ID> (tomado el 23 de marzo 2015).

Molinero, L. (2001). *Medidas de concordancias para variables cualitativas*. Septiembre 2001. Documento recuperado: <http://www.seh-lilha.org/concor2.htm>, 18-12-2012.

Minuchin, S. y Charles, F. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. 1era. ed. - Buenos Aires: Paidós, 2004. 288 p.

Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. Gedisa, México; 1986.

Minuchin S. (1977). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona, Editorial Crónica.

MINSAL (1993): *Manual de trastornos emocionales*. Publicaciones de salud mental. Santiago.

Munro, S. (2005). Tesis: *Evaluación de la Autoestima y su relación con la Funcionalidad Familiar en médicos de la Unidades de Medicina Familiar. Zona N°1*. Instituto Mexicano de Seguros Sociales. Colima.

Noticias 24/ Salud. (2012). *“Psiquiatra aseguro que la depresión es como la violencia que nos ataca a todos”*. <http://www.noticias24.com/salud/noticia/5800/psiquiatra-aseguro-que-la-depresion-es-como-la-violencia-nos-ataca-a-todos/>

- Olavarrieta, A. (2007). *Teoría de sistemas naturales de Murray Bowen: un nuevo entendimiento de los procesos de salud/enfermedad al interior de las familias y las organizaciones*. Murray Bowen's natural systems theory: a new understanding of health/disease processes in families and organizations. Directora Académica, PET Psicología, UNIACC. Medwave 2007 Nov. 7(10):e934 doi: 10.5867/medwave.2007.10.934. Santiago de Chile. Documento recuperado: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Congresos/medfamiliar2006/8/93-10-12-2012>.
- Olson, D. McCubbin, H., Barnes, H., Larsem, A., Muxen, M. y Wilson, M. (1985). *Inventarios sobre familia*. (Edición revisada). Traducción de A. Hernández (1989). Universidad de Bogotá. Colombia.
- Olson, D. Russell, C. y Sprenkle, D. (1980). *Circumplex model of marital and familysystems, II: Empirical studies and clinical intervention*. En J.P. Vicent (Ed.), *Advances in family intervention, assessment and theory I* (pp. 129-179). Nueva York: Jai.
- Onnis, L. (1990). *Terapia familiar y trastornos psicósomáticos*. Barcelona: Paidós. Documento recuperado: http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/39c.pdf.
- Otamendi, M. Soria, A., Berrocal, A. Caño y C. Rodríguez Naranjo. (2004). *Las atribuciones de incontrolabilidad en el origen de las expectativas de desesperanza en adolescentes*. Universidad de Málaga y Florida State University. Psicothema 2004. Vol. 16, nº 3, pp. 476-480 ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG. www.psiicothema.com Copyright © 2004 Psicothema Documento recuperado: www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/download/.../8089.
- Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa 2013. Documento recuperado: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/> web 25 de noviembre 2014.
- Ortega, T. De la Cuesta D. (1999). *Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales*. La Habana. Rev Cubana Enfermería, 1999;15(3):164-8. Documento recuperado: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03191999000300005&script=sci_arttext. Enero 2012.
- Patiño, F. (2006). *Depresión y aspectos relacionados en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia*. Trabajo de investigación para optar al título de Magíster. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Medellín, Colombia. 2006.
- Pelayo, A. (1994). *Estudio de la Estructura Semiológica con una Metodología Tetradimensional y de las Situaciones Familiares y Laborales Crónicas en la Depresión de la Mujer*. Tesis para optar Grado Académico de Doctora. Universidad Complutense. Madrid, España. Documento recuperado: el 13 de

Junio 2014 en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2758586>
Bajada de la web Julio 2013.

Pereira, R. (2002). *Sistemas Familiares*; Vol. 18. No 1-2 pp. 48-61. Marzo 2002
Documento recuperado:
http://www.robertopereiratercero.es/articulos/Revisi%C3%B3n_Hist%C3%B3rica_de_la_TF.pdf- 25 de marzo 2015.

Pírela, G. (2008). Académicos, Edición 106: Entrevista a: Elida Aponte Sánchez, especialista en derechos de la mujer: *"62% de las familias venezolanas está en manos de mujeres solas"* Versión Final- Diario zuliano fundado en Maracaibo, Venezuela el 8 de septiembre de 2008. Depósito Legal: pp200601ZU910. Documento recuperado: <http://www.versionfinal.com.ve/wp/2008/06/20/62-de-las-familias-venezolanas-est-en-manos-de-mujeres-solas/>.

Polaino, L. (2000). *La Depresión*. México. Martínez Roca.

Ramírez, S. (1999). Teoría general de sistemas de Ludwing Von Bertalanffy. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. México. Documento en Google Libros: https://books.google.co.ve/books?id=siofrhfXsOwC&printsec=frontcover&dq=La+teor%C3%ADa+de+Bertalanffy+teor%C3%ADa+de+los+sistemas&hl=es&sa=X&ved=0CBsQ6AEwAGoVChMllozdkY_zyAIVRqUeCh0v8AQW#v=onepage&q=La%20teor%C3%ADa%20de%20Bertalanffy%20teor%C3%ADa%20de%20los%20sistemas&f=false. Septiembre 2015.

Ramírez, V. (2003). *Depresión Fisiopatología y Tratamiento*. Centro Nacional de Información de medicamentos. Universidad de Costa Rica. Noviembre, 2003. Documento recuperado: <http://sibdi.ucr.ac.cr/CIMED/cimed7.pdf> Nov-29-2012.

Revueltas, I. (2008). *Depresión y Entorno Familiar*. La Revista de la Salud Mental. Conoce los caminos que conducen al bienestar. <http://www.saludmental.info/Secciones/psiquiatria/2008/depresion-entorno-familiar-junio08.html>. Documento recuperado. 29-12-2015.

Ríos, L. (2003). *Nivel de depresión, autoestima y estrés en las mujeres*. Tesis doctoral. Vértigo; 140 12-16. Documento recuperado: <https://www.google.co.ve/#q=R%C3%ADos%2C+L.+%282003%3B+23%3B+Noviembre%29+Se+disparan+las+enfermedades+mentales.+V%C3%A9rtigo%3B+140+12-16-de+la+web+12-5-2013>.

Sabanés, F. (1990). *La Depresión*; La depresión: definición y clasificación, p.p. 23-47; Factores relacionados con la depresión, p.p. 53-73. Editores Emeka; Barcelona, España.

Saburido X, Sexto M. (1999) *Depresión y su repercusión clínica en la vejez*. Geriatrika 1999; 15 (6): 41-44.

- Sanabria, S. (2013). *Dos enfoques de la terapia familiar: Virginia Satir y Murray Bowen*. Documento recuperado: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pdf-000189.pdf>- el 10-12-2012.
- Sánchez, D. (2000). *Terapia Familiar: Modelos y Técnicas*. México: Manual Moderno.
- Satir, V. (2000). *Terapia Familiar; paso a paso*. Editorial Pax, México. Segunda edición.
- Satir, V. (1990). *En contacto íntimo. Como relacionarse con uno mismo y con los demás*. México, Concepto, S.A.
- Satir, V. (1986). *Relaciones humanas en el núcleo familiar*, México, PAX.
- Satir, V. (1983). *Psicoterapia familiar conjunta*, México. La Prensa Mexicana, S.A.
- Shaffer, D. (2000). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. Madrid: Ed. Thomson.
- Steven, P. (2011). "La Teoría De Sistema Para El Estudio De La Familia". Documento recuperado: <http://www.buenastareas.com/ensayos/La-Teor%C3%ADa-De-Sistema-Para-El/2212437.html>- el 11-12-2012.
- Trujano, S. López, Z. y García M. (2002). *Estructura de sistemas familiares de madres solteras con hijos pequeños y su relación con el ejercicio de poder de la mujer*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Revista Electrónica de Psicología Iztacala Vol. 5 No. 1 abril de 2002. Documento recuperado:<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol5num1/rociosoria1.html>.- 5-nov-2012.
- Watzlawick, P. (1981). *Teoría de la comunicación. Humana*. 1ra ed. Edit. Herder; 1981. http://es.wikipedia.org/wiki/Paul_Watzlawick.
- Weissman, M. Myers, J. (1978). *Affective disorders in an US urban community*. *Arch. Gen. Psychiat.*, 35:1304-1311.
- White. (2009). *Felicidad y Armonía en el Hogar*. Publicadora Interamericana, Buenos Aires, Argentina.
- White. (2009). *La Educación*. Asociación Publicadora Interamericana. Buenos Aires, Argentina.
- White. (2007). *El Hogar Cristiano*. Asociación Casa Editora Sudamericana. Buenos Aires, Argentina.
- Zapata, J. Figueroa, M. Méndez, N. Miranda, V. Linares, B. Carrada, T. Vela, Y. y Rayas, A. (2007). *Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia*. Consultado el 14 de marzo 2008 en Boletín Médico Hospital

Infantil de México Federico Gómez Instituto Nacional de Salud 64(5), 295 – 301. Documento recuperado: <http://medigraphic.com/espanol/e-htms/e-bmhim/em-hi.htm>. Mayo 2014.

Zapata P, Johanna J. Musitu, G. Martínez, B. Moreno, D. (2013). *Familias monomarentales y monoparentales y su relación con los hijos e hijas adolescentes según el nivel socioeconómico y el sexo*. TESIS DOCTORAL. Sevilla, 2013. Documento recuperado: http://www.uv.es/lisis/otras-publica/tesis_lucia.pdf. El 6 de Abril 2015.

ANEXOS

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESION EN MADRES DE HOGARES MONOPARENTALES
QUE ASISTEN A LA IGLESIA ADVENTISTA EN CIUDAD GUAYANA.ESTADO BOLIVAR- VENEZUELA AÑO 2015**

MATRIZ INSTRUMENTAL

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	FUENTES DE INFORMACION	INSTRUMENTO
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de la tarea cotidiana	Decisión	Madres de familias monoparentales	<i>FF-SIL, Cuestionario de funcionamiento familiar</i> (Bernal, Pedreira, 2009, La Habana)
		Colaboración		
	Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo	Acuerdo		
		Respeto		
	Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa	Confianza		
		Sinceridad		

	Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros	Cariño		
		Calidez		
	Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar	Consideración		
		Cooperación		
	Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera	Empatía		

Funcionalidad Familiar y su relación con la Depresión en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia de Ciudad Guayana en el Estado Bolívar, en Venezuela, año 2015

Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Qué relación existe entre funcionalidad familiar y la depresión en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en Ciudad Guayana. Estado</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación existente entre la funcionalidad familiar y la depresión en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en Ciudad Guayana. Estado</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>Hi existe relación indirecta y significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en Ciudad Guayana. Estado</p>	<p><u>VAR. A.</u></p> <p>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</p>

Bolívar, 2015?	Venezuela	Bolívar, 2015	Venezuela	Bolívar, 2015	Venezuela	<u>VAR. B.</u> DEPRESIÓN
-------------------	-----------	------------------	-----------	------------------	-----------	---

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Funcionalidad Familiar y su relación con la Depresión en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia de Ciudad Guayana en el Estado Bolívar, en Venezuela, año 2015

VARIABLE				
FUNCIONALIDAD FAMILIAR: Dinámica relacional sistemática que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad				
DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	Instrumento	Valoración
Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentarse situaciones y en la toma de decisiones de la tarea cotidiana	Decidir	2. Se toman decisiones para cosas importantes en la familia	<i>FF-SIL, Cuestionario de funcionamiento familiar</i> (Bernal, Pedreira, 2009, La Habana)	-Casi nunca -Pocas veces -A veces -Muchas veces -Casi siempre
	Colaboración	8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan		
Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo	Acuerdo	3. En mi casa predomina la armonía		
	Respeto	13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar		
Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de	Confianza	5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.		
	Sinceridad	11. Podemos conversar		

forma clara y directa		diversos temas sin temor.		
Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones	Flexible	7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.		
		12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas		
Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros	Cariño	4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.		
	Calidez	14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.		
Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar	Consideración	13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.		
	Cooperación	9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.		
Adaptabilidad : habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación	Empatía	6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. .		

de roles y reglas ante una situación que lo requiera		10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones		
--	--	--	--	--

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Funcionalidad Familiar y su relación con la Depresión en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia de Ciudad Guayana en el Estado Bolívar, en Venezuela, año 2014

VARIABLE				
DEPRESIÓN: Trastorno del estado de ánimo, que dura por lo menos dos semanas en las cuales las personas muestran tristeza extrema, pérdida de la alegría o interés en la vida y otros síntomas como cambios de peso, insomnio, sentimientos de inutilidad o culpa, pérdida de la memoria, incapacidad para concentrarse y pensamiento sobre la muerte o el suicidio				
DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	Instrumento	Valoración
Somático: síntomas que se manifiestan en el cuerpo sin que exista intención	Llanto	3. Tengo ataques de llantos, deseo llorar	Escala de Automedición de Depresión de ZUNG (Conde, Escriba y col. 1991)	-Nada o pocas veces -Algunas veces -Muchas veces -La mayoría de las veces o siempre
		9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado		
	Insomnio	4. Tengo problemas de sueño durante la noche		
	Pérdida de peso	5. Como igual que antes		
		7. Noto que estoy perdiendo peso		
		8. Tengo problemas de estreñimiento		
	Indiferencia	11. Mi mente está despejada como siempre		
		12. Me resulta fácil todo lo que solía hacer		
		Disfruta/Admira		

Cognitivo: Trastorno en la cual las percepciones intelectuales estas interferida		mujeres/hombres atractivos		
	Esperanza	14. Tengo esperanza en el futuro		
	Irritable	15. Soy más irritable que de costumbre		
	Decidir	16. Tomo las decisiones fácilmente		
	Utilidad	17. Siento que soy útil en la vida		
	Plenitud	18. Siento que mi vida esta plena		
	Desesperanza	19. Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviera muerta		
	Optimismo	20. Sigo disfrutando con lo que hacia		
Estado de Ánimo: Se trata de hábitos en el modo de reaccionar físicamente ante los eventos de la vida diaria, pero también de hábitos que condicionan una actitud predominante ante la vida en general	Abatimiento	2. Me siento abatida, desanimada y triste 3. Por la mañana es cuando mejor me siento		
	Desanimo	10. Me canso sin motivo		
Psicomotor: Situación en la que los movimientos sufren interferencia bien sea de lentitud o de agitación	Cansancio	10. Me canso sin motivo		
	Intranquilidad	13. Me encuentro intranquila y no puedo estarme quieta		

Universidad Peruana Unión
Escuela de Posgrado
Unidad de Posgrado de Ciencias de la Familia

Cuestionario

El presente, tiene el propósito de recoger información correspondiente al desarrollo de una tesis, concernida con la Funcionalidad Familiar y su relación con la Depresión en madres de hogares monoparentales que asisten a la Iglesia Adventista en Ciudad Guayana en el Estado Bolívar; Venezuela, año 2014. En este sentido, agradecemos de antemano la honestidad de sus respuestas, dada la seriedad exigida por una investigación. No requiere colocar su nombre, estos datos serán de carácter confidencial, siéntase libre de expresar claramente y con sinceridad a cada pregunta

I. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Marque con una **X** el número que corresponda a su respuesta,

1. Número de Hijos

Masculino 1

Femenino 2

Edades 0-3 años 1

Edades 11-15 años 4

Edades 4-6 años 2

Edades 16-20 años 5

Edades 7-10 años 3

Edades 20- adelante 6

2. Edad del encuestado

De 15-25 años 1

De 46-56 años 4

De 26-35 años 2

De 57 años y más 5

De 36-45 años 3

3. Tipo de Familia

Vive con sus padres 1

Vive en su casa con sus hijos 2

4. Tipo de Vivienda

Propia 1

Alquilada 2

5. Escolaridad

Universitaria 1 Postgrado 2 Bachillerato 3 Primaria 4 Ninguna 5

6. Ocupación

Empleado/obrero Publico 1 Empleado/obrero privado 2 Empresario 3

Economía Informal 4 Oficios del Hogar 5 Dependiente 6

Ninguno 7 Jubilado 8

6. Ocupación

Empleado/obrero Publico () Empleado/obrero privado () Economía Informal ()
Oficios del Hogar () Ninguno ()

b

(Test de funcionamiento familiar FF-SIL, Ortega, Cuesta, col. 1999, La Habana)

Instrucción: a continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. clasifique y marque con una X su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Todas las respuestas son correctas

SITUACIONES	CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					

8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas Situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidad de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Universidad Peruana Unión
Escuela de Posgrado
Unidad de Posgrado de Ciencias de la Familia

ESCALA PARA AUTO-MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG (1965)

Instrucción: a continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden estar ocurriendo en usted. Necesitamos que Ud. clasifique y marque con una X su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

POR FAVOR SEÑALE UNA RESPUESTA DE CADA UNO DE LOS 20 ELEMENTOS	NADA O POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES O SIEMPRE
1. Me siento abatida, desanimada y triste	1	2	3	4
2. Por la mañana es cuando mejor me siento	4	3	2	1
3. Tengo ataques de llantos, deseo llorar	1	2	3	4
4. Tengo problemas de sueño durante la noche	1	2	3	4
5. Como igual que antes	4	3	2	1
6. Disfruto admirar, conversar con mujeres/hombres atractivos	4	3	2	1
7. Noto que estoy perdiendo peso	1	2	3	4
8. Tengo problemas de estreñimiento	1	2	3	4
9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado	1	2	3	4
10. Me canso sin motivo	1	2	3	4
11. Mi mente está despejada como siempre	4	3	2	1
12. Me resulta fácil todo lo que solía hacer	4	3	2	1
13. Me encuentro intranquila y no puedo estarme quieta	1	2	3	4
14. Tengo esperanza en el futuro	4	3	2	1
15. Soy más irritable que de costumbre	1	2	3	4
16. Tomo las decisiones fácilmente	4	3	2	1
17. Siento que soy útil en la vida	4	3	2	1
18. Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviera muerta	4	3	2	1
19. Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviera muerta	1	2	3	4
20. Sigo disfrutando con lo que hacía	4	3	2	1



UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
ESCUELA DE POSGRADO

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

(Test de funcionamiento familiar FF-SIL, Ortega, Cuesta, col. 1999, La Habana)

Instrucciones: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

2. En mi casa predomina la armonía

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas Situaciones

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

11. Podemos conversar diversos temas sin temor

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

13. Los intereses y necesidad de cada cual son respetados por el núcleo familiar.

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

1- ¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

2. ¿Qué preguntas se podrían eliminar?

4. Recomendaciones

Fecha: _____

Validado por: _____



UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN ESCUELA DE POSGRADO

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO ESCALA PARA AUTO-MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG (1965)

Cuestionario

Instrucciones: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

1. Me siento abatida, desanimada y triste

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

2. Por la mañana es cuando mejor me siento

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

3. Tengo ataques de llanos, deseo llorar

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

4. Tengo problemas de sueño durante la noche

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

5. Como igual que antes

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

6. Disfruto admirar, conversar con mujeres/hombres atractivos

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

7. Noto que estoy perdiendo peso

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

8. Tengo problemas de estreñimiento

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

10. Me canso sin motivo

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

11. Mi mente está despejada como siempre

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

12. Me resulta fácil todo lo que solía hacer

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

13. Me encuentro intranquila y no puedo estarme quieta

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

14. Tengo esperanza en el futuro

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

15. Soy más irritable que de costumbre

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

16. Tomo las decisiones fácilmente

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

17. Siento que soy útil en la vida

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

18. Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviera muerta

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

19. Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviera muerta

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

20. Sigo disfrutando con lo que hacía

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100%

1. ¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

2. ¿Qué preguntas se podrían eliminar?

3. Recomendaciones

Fecha: _____

Validado por: _____