

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Psicología



Una Institución Adventista

TESIS

**Funcionamiento familiar y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de
Lima este, 2015**

Tesis presentada como requisito parcial para optar el título profesional de Psicólogo

Autores

José Antonio Núñez Casaño

Claudia Mercedes Saire Saire

Asesora

Dra. Dámaris Susana Quintero Zúñiga

Ñaña, febrero del 2016

Dedicatoria

A nuestros padres y hermanos por su confianza y
por darnos su apoyo constante, en esta travesía
profesional.

Agradecimientos

A Dios por proveernos de salud, energía y regalarnos la satisfacción de haber concluido este proyecto.

A la Dra. Dámaris Quinteros y a la Psic. Evelyn Bravo por su dedicado tiempo, motivación y eficaz asesoramiento en el trayecto y culminación de la investigación.

Al Psic. Pedro Castro Paredes, por las enseñanzas brindadas, a través de su amplia experiencia profesional, asimismo por haber depositado su confianza en nuestras capacidades para el desarrollo de nuestras últimas prácticas profesionales en el hospital José Agurto Tello de Chosica

Tabla de contenido

Capítulo I.....	14
El problema de investigación	14
1. Planteamiento del problema	14
2. Formulación del problema	16
2.1 Problemas específicos.	16
3. Justificación.....	17
4. Objetivos de la investigación	18
4.1 Objetivo general.	18
4.2 Objetivos específicos.....	18
Capítulo II	19
Marco Teórico	19
1. Marco bíblico filosófico	19
2. Antecedentes de la investigación	22
2.2 Internacionales.....	22
2.3 Nacionales	24
3. Marco teórico	26
3.1 Funcionamiento Familiar.....	26
3.2 Depresión.....	39
3.3 Características de la población de estudio.....	48

3.4 Definición de Términos	49
3.5 Hipótesis de la investigación	49
Capítulo III	51
Materiales y Metodos	51
1. Método de la investigación	51
2. Variables de la investigación.....	51
2.1 Identificación de variables.....	51
3. Operacionalización de las variables	52
4. Delimitación geográfica y temporal	53
5. Población y muestra	54
5.1 Criterios de inclusión y exclusión	54
5.2 Características de la muestra	54
Tabla 3.....	55
6. Técnica e instrumentos de recolección de datos	55
6.1 Instrumentos	55
7. Proceso de recolección de datos.....	59
8. Procesamiento y análisis de datos	60
Capítulo IV	61
Resultados y discusión	61
1. Resultados	61
1.1 Análisis descriptivo	61

1.2 Prueba de normalidad	72
1.3 Análisis de correlación	73
2. Discusión.....	74
Conclusiones y Recomendaciones	77
1. Conclusiones	77
2. Recomendaciones.....	78
Referencias	79
Anexos.....	91

Índice de tablas

Tabla 1

Matriz de operacionalización de la variable depresión 52

Tabla 2

Matriz de operacionalización de la variable funcionamiento familiar 53

Tabla 3

Características sociodemograficas de la muestra de estudio 55

Tabla 4

Análisis de frecuencias de funcionamiento familiar y sus dimensiones 61

Tabla 5

Análisis de funcionamiento familiar según la edad 62

Tabla 6

Análisis de funcionamiento familiar según el estado civil..... 64

Tabla 7

Análisis de funcionamiento familiar según el sexo..... 65

Tabla 8

Análisis de funcionamiento familiar según el grado de instrucción 66

Tabla 9

Análisis de funcionamiento familiar según los hijos 68

Tabla 10

Análisis de frecuencias de depresión	69
Tabla 11	
Análisis de depresión según la edad.....	70
Tabla 12	
Análisis de depresión según el estado civil.....	70
Tabla 13	
Análisis de depresión según el sexo.....	71
Tabla 14	
Análisis de depresión según el grado de instrucción.....	71
Tabla 15	
Análisis de depresión según hijos	72
Tabla 16	
Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para las variables de estudio	73
Tabla 17	
Coefficiente de correlación entre depresión y las dimensiones de funcionamiento familiar	73

Índice de anexos

ANEXO 1

Fiabilidad de la escala de evaluación familiar (FAD)..... 91

Validez de la escala de evaluación familiar (FAD)..... 92

ANEXO 2

Fiabilidad del inventario para depresión de Beck 93

Validez del inventario para depresion de Beck 94

ANEXO 3

Inventario de Beck 95

Escala de evaluación familiar (FAD) 99

ANEXO 4

Consentimiento informado 101

ANEXO 5

Constancia de autorización.....102

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre funcionamiento familiar y depresión en 176 pacientes; 121 mujeres y 55 varones de consulta externa de un Hospital de Lima, Este. El diseño del presente estudio fue no experimental, de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal. Se utilizó la Escala de Evaluación Familiar de McMaster (FAD, adaptado por Quinteros, 2008), y el Inventario de Depresión de Beck (adaptado por Barbaran y Apaza, 2014). Los resultados muestran que si existe una relación altamente significativa entre ambas variables; la cual evidencia que los beneficios de una familia adecuadamente estructurada y organizada, contribuirá a un desarrollo emocional sano y equilibrado en los pacientes que asisten continuamente a los consultorios externos del hospital.

Palabras claves: familia, funcionamiento familiar, depresión, consulta externa, adolescentes, adultez temprana y adultez tardía.

Abstract

The objective of this research was to determine the relationship between family functioning and depression in 176 patients; 121 Women and Men 55 of a Hospital in East Lima. The design of this study was not experimental, correlational descriptive type and cross-sectional. We used the scale of family evaluation by McMaster and the Depression inventory by Beck. The results show that there is a highly significant relationship between the two variables; which evidence that the benefits of a family structured and organized adequately, it will contribute to a balanced and healthy emotional in patients who attend continuously to the outpatients at the hospital.

Key words: family, family functioning, depression, outpatient, adolescent, early adulthood and late adulthood.

Introducción

La depresión impacta en las personas por consecuencia del desmejoramiento en la estructura familiar. A raíz de esto el funcionamiento familiar es tomado como el factor más relevante y primordial en la calidad de vida de pacientes con depresión (Rojtenberg, 2001).

Las enfermedades, suponen una interrupción en la vida del paciente, un cambio en sus hábitos, en sus relaciones familiares, sociales, académicas o laborales. Por lo que lleva a una determinada enfermedad o malestar físico, incorporando un motivo de incomodidad, incertidumbre y a veces pesimismo frente a la recuperación de su salud. Además, de la enfermedad, la hospitalización puede constituir por sí misma un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno depresivo (Alberdi, Fernández e Iglesias, 2013).

La presente investigación busca describir las variables e identificar la relación entre funcionamiento familiar y depresión, siendo presentado en cuatro capítulos.

El primer capítulo, hace referencia al planteamiento del problema, su descripción y formulación tanto general como específica, seguidamente se presenta la justificación de la investigación y objetivos a ser alcanzados.

En el segundo capítulo, se presenta el fundamento teórico de las variables, seguido de los antecedentes tanto internacionales como nacionales, bases teóricas del funcionamiento familiar y así también la depresión, finalmente se postulan las hipótesis.

El tercer capítulo, plantea la metodología de la investigación como son: el diseño, tipo y alcance, se describe también los instrumentos que se aplicaron con sus respectivos cuadros de operacionalización, además, se presentan los participantes con los criterios de inclusión y exclusión. Se explica el proceso de recolección de los datos y el proceso de análisis de los mismos.

Finalmente, en el cuarto capítulo, se muestran los resultados obtenidos del análisis de los datos, para ello se presentan las tablas de frecuencia y de contingencia, también se describe las pruebas de normalidad seguido del índice de correlación. Por otro lado se presentan las discusiones, conclusiones y recomendaciones.

Capítulo I

El problema de investigación

1. Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) la depresión afecta a 121 millones de personas en el mundo y es responsable de 850.000 muertes cada año, principalmente debido al suicidio. Un estudio realizado en 18 países del mundo, con una muestra de 89 personas se encontró que el 15% de la población de países altos en ingresos han padecido de depresión en alguna situación de su vida, a comparación con el 11% de la población de países de bajos ingresos que han sufrido episodios depresivos severos (citado por Espino, 2012).

Asimismo, Barguil, Gómez, Ramírez, y Zapata (2012) mencionaron que para el año 2020 la depresión se convertirá en el segundo problema de incapacidad en el ámbito mundial; ubicándose con otras enfermedades de carácter crónico, entre las que se encuentran las autoinmunes, como la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico, la fibromialgia y la esclerosis múltiple.

Según las estadísticas dadas por la institución Honorio Delgado –Hideyo Noguchi, en el Perú hay un 1'000.700.000 personas deprimidas, pero solo el 25% han recibido atención especializada. Se informó que el 80% de los 334 casos de suicidios atendidos en el país, manifestaron depresión; a su vez, el 20% son conscientes que necesita atención, pero no buscan

solucionarlo. En tanto el 55% no advierte la enfermedad y no buscan un tratamiento psicológico (Sausa, 06, septiembre, 2014).

Trickett (2009) hace mención que la depresión es un trastorno psíquico de tipo afectivo, intelectual y de conducta. Se caracteriza por tristeza, pesimismo, irritabilidad, ideas de culpa, desesperanza, problemas de memoria y concentración. Por otro lado, Clavijo (2011) refirió que la depresión como fenómeno interactúa conjuntamente con la ansiedad la cual es inducida inicialmente dentro de la familia, puesto que, cuando no se satisfacen las necesidades básicas de los miembros del hogar y los roles no se están definidos es cuando se generan carencias que se manifestarán mediante indicadores de depresión.

En este sentido, Epstein, Balwin y Bishop (1983) mencionaron que el conjunto de procesos por la cual se organiza la familia, de tal manera que planifican, controlan y realizan sus propias actividades y responsabilidades se vuelve necesario para decir que la familia cumple sus funciones como sistema; y dentro de ello, cada miembro ocupa una determinada posición y función en la cual implica un conjunto de actitudes y conductas que son esperados por los miembros que conforman el grupo familiar.

Como se observa, el funcionamiento familiar y la depresión se ven relacionadas entre sí, esta idea es reforzada por Balcázar, Ramírez, Rodríguez (2015) quienes realizaron una investigación en México y encontraron que los pacientes que recibían apoyo familiar insatisfactorio, calificaban su estado de salud como pobre y reportaban mayor angustia psicológica. Por el contrario, los pacientes con apoyo familiar satisfactorio, independientemente de su diagnóstico de salud, informaron tener poco malestar psicológico.

Ante lo expuesto, se comprende que los trastornos depresivos están incrementando notablemente, esto es corroborado con el informe del mes de diciembre del 2014 a marzo del

2015, emitido por el servicio de psicología del hospital “José Agurto Tello” de Chosica; el cual especifica e indica, la incidencia y la prevalencia de pacientes con depresión. En ese sentido, se pretende estudiar los niveles y dimensiones del funcionamiento familiar y cómo se relaciona con la depresión en los pacientes de dicho hospital, que fueron atendidos por consulta externa. Para ello se formula la siguiente pregunta:

2. Formulación del problema

¿Existe relación entre funcionamiento familiar y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015?

2.1 Problemas específicos.

¿Existe relación entre solución de problemas y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015?

¿Existe relación entre comunicación y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015?

¿Existe relación entre funcionamiento de roles y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015?

¿Existe relación entre respuesta afectiva y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015?

¿Existe relación entre compromiso afectivo y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015?

¿Existe relación entre control conductual y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015?

3. Justificación

La presente investigación pretende encontrar la relación entre funcionamiento familiar y depresión en pacientes de consulta externa; por lo tanto, el estudio es relevante, pues se calificará el tipo de funcionalidad de las familias y los niveles de depresión en los pacientes.

Además, el presente estudio busca beneficiar en primera instancia a la muestra participante que son los pacientes de consulta externa, ya que conocerán sus resultados e individualmente cada uno tomará medidas necesarias para su bienestar. También, se favorecerá a las familias de los pacientes, comprendiéndose que es un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado tratamiento de un miembro que confronta una determinada enfermedad, influyendo en la recuperación de los pacientes de consulta externa.

A nivel institucional, la investigación, servirá para optimizar las atenciones dentro del propio hospital, pues con los resultados se pretende que los responsables del servicio de consulta externa puedan dar mayor énfasis y direccionar a los especialistas aquellos casos donde se hallaron niveles altos de depresión. Asimismo, incentivar al personal de salud mental del hospital a crear y ejecutar estrategias de prevención e incrementar las atenciones especializadas con el fin de reducir enfermedades mentales en función a la familia.

Por otra parte, la investigación favorecerá a la promoción de información motivando a otros especialistas en la organización de programas que puedan confrontar y disminuir la depresión en los pacientes de instituciones médicas, a su vez resaltar la influencia que tiene el rol familiar como apoyo del bienestar físico, mental, afectivo y espiritual.

A su vez, la presente investigación brinda un valor teórico, ya que las variables de estudio han sido revisadas minuciosamente, con el fin de corroborar información básica para el conocimiento de las mismas; esto contribuye a que las personas interesadas en el tema del

presente estudio puedan entender y recabar información actualizada, organizada y selectiva que ayudará a futuros investigadores en hacer réplicas en diversas poblaciones.

4. Objetivos de la investigación

4.1 Objetivo general

Determinar la relación entre funcionamiento familiar y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015.

4.2 Objetivos específicos

Determinar la relación entre solución de problemas depresión y en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015.

Determinar la relación entre comunicación y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015.

Determinar la relación entre funcionamiento de roles y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015.

Determinar la relación a entre respuesta afectiva y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015.

Determinar la relación entre compromiso afectivo y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015.

Determinar la relación entre control conductual y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015.

Capítulo II

Marco Teórico

1. Marco bíblico filosófico

A continuación, se presenta el marco bíblico filosófico que sustenta este trabajo de investigación.

Según Hernández (2007), desde el inicio de la historia de los seres humanos han acontecido muchos episodios que podrían catalogarse como trastornos del estado de ánimo o depresión, en este sentido se aprecia en el libro de Génesis, en la cual se narra la historia de la existencia del Jardín del Edén, donde habitaba la felicidad y alegría antes de que Adán y Eva fueran expulsados, y propagaran el pecado en cada rincón de la tierra, dándose por ello, tristezas, miedos, vergüenza, desesperanza, culpa, etc.

Después que el mal había quedado subsanado gracias al sacrificio del hijo de Dios, se presentó ante el Padre celestial las necesidades del enfermo, a través del Espíritu Santo. Dios conoce a cada persona por nombre y cuida de él como si no hubiera nadie más en el mundo por quien ofrendar a su hijo amado. Siendo que el amor de Dios es tan grande e infalible se debe alentar al enfermo a que confíe en Dios y tenga ánimo. Si los enfermos intentan sobreponerse a la depresión mejoraría su espíritu de confianza y motivación frente a las adversidades de la vida (White, 1965).

Así mismo, la descripción de la depresión está reflejada en el antiguo testamento, donde se relatan los graves episodios de la tristeza y la melancolía que experimentó Saúl, quien en un

principio reconocía como terapia la música que le brindaba David, lo cual resultaba ser como un deleite para su ser (Vásquez y Sanz, 1995).

De igual manera, White (1973) comentó que las responsabilidades del hombre, a menudo son agitadas y cansadoras, que se requiere de un gran esfuerzo especial para conservar el vigor y lozanía frente al desanimo y a la desesperanza. Asimismo, señaló que las diversas actividades que realizan las personas, pueden llegar a causar con frecuencia aflicción y fatiga mental, irritabilidad, tristeza, frustración. Por ello señaló, que el ser humano no sólo tiene el deber de padecer de sentimientos negativos, como la ansiedad, la angustia, la tristeza, la ira, sino de aprender a buscar los tratamientos necesarios. Por lo tanto, es necesario conservar el corazón puro, afable, confiado y lleno de simpatía a fin de estar siempre tranquilo, firme y animado para conservar la fuerza mental y emocional.

Ante ello White (1965) añade que la condición de la mente influye en la salud más de lo que generalmente se cree, muchas enfermedades son el resultado de las penas, la ansiedad, el descontento, el remordimiento, los sentimientos de culpabilidad y desconfianza, perjudicando las fuerzas vitales, pudiendo llegar a generar en la persona un cuadro de depresión.

Asimismo, los sentimientos de depresión son dañinos para la salud porque perturban la función de la digestión dificultando el proceso de la nutrición, una mente contenta y un espíritu alegre fortalecen el sistema inmunológico, no hay causa de enfermedad tan perjudicial como la depresión (White, 1987).

Por otro lado, White (1967) señaló que muchas veces las familias viven con carencias para poder manejar el control de sus impulsos, efectuándose daños que deterioran los vínculos familiares y destruyen la comunicación, predominando así sentimientos de rencor, incompreensión, remordimiento y tristeza.

Por ello, White (1990) enfatizo que el hogar debía ser todo lo que la Biblia implica, ello contribuía a que el hogar sea un pequeño cielo en la tierra, un lugar donde los afectos son cultivados, en vez de ser reprimidos. Y por tal, la felicidad en el hogar, se lograría por el amor, la simpatía y la cortesía mutua entre los miembros de cada familia.

Bergoglio (2014), comentó que en el camino familiar se comparten tantos momentos inolvidables: las comidas, el descanso, las tareas de la casa, la diversión, la oración, las excursiones, peregrinaciones y la solidaridad entre los miembros de la familia. Ante esto, si en el hogar faltase la comprensión, la alegría, y el amor, es posible recurrir a la Biblia, que ilumina el camino y da el pan de vida, que sostiene al ser humano en las fatigas de cada día.

Por esta razón, White (1990) refirió que la sencillez de hogar se distinguía por ser siempre el lugar donde se generan palabras de aliento y donde existen acciones bondadosas, asimismo, tener como huéspedes permanentes al amor y a la cortesía.

Según, Efesios 2:19, la familia deben estar unidas en armonía, mostrando ser una familia de Dios, la unidad o cohesión familiar es un tema crucial para el funcionamiento de la misma, una familia unida es un símbolo de buena comunicación, manejo adecuado de los problemas y un apoyo constante entre sus miembros.

Asimismo, la autora enfatizó que los fundadores promovieran un hogar conforme a un plan más sabio, con el objetivo primordial de hacer fructífera las funciones familiares, permitiendo favorecer la comunicación, el afecto, la integración entre quienes la conforman (White, 1990).

Por último, Finley y Landless (2014) refirieron que las relaciones enfermizas en el hogar impactan en la salud mental causando cambios en el cerebro y en el sistema inmunológico, particularmente, aquellas que juegan un rol importante en la memoria a corto y largo plazo. Además, de enfermedades tales como la diabetes. Por otro lado, el desamparo, la violencia

familiar causan muchas veces emociones negativas en los hijos contribuyendo a sentimientos de culpa, vergüenza, temor y problemas emocionales como la depresión, la ansiedad, y el trastorno estrés postraumática.

2. Antecedentes de la investigación

A continuación se presentan los siguientes antecedentes que sustentan este proyecto de investigación.

2.2 Internacionales

Gaviria, Rodríguez y Álvarez (2000) realizaron una investigación de tipo correlacional en Colombia para estudiar la relación entre la calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de medicina de Medellín; la muestra estuvo conformada por 287 alumnos de medicina, con edades de 20 años a más. Los instrumentos de evaluación fueron el Test de Depresión de Zung (SDS, Zung, 1965) y la Escala de Relación Familiar (adaptado por Gaviria, Rodriguez y Alvarez, 2000). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre calidad de la relación familiar y depresión. Se concluyó que el nivel de depresión es directamente proporcional al riesgo de pertenecer a una familia deteriorada.

Asimismo, en México, Leyva, Hernández, Nava y López (2006) realizaron una investigación entre depresión y disfunción familiar, para determinar la frecuencia de ambas variables en adolescentes; la muestra estuvo compuesta por 252 estudiantes, 134 hombres y 118 mujeres con edad promedio de 16 años, para el estudio, se empleó la Escala de Depresión en Adolescentes (DSRS, Birlson, 1995) y la *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III* (FACES III, Olson, Russel y Sprenkle, 1980). Los resultados determinaron una relación entre depresión y disfunción familiar, concluyendo que las adolescentes con depresión tenían con más frecuencia

una familia rígidamente dispersa, por el contrario en los adolescentes sin depresión fueron más comunes las familias flexiblemente aglutinadas.

En México, Martínez, Pastrana, Rodríguez, y Gómez (2009) realizaron una investigación cuyo objetivo fue estudiar la relación entre la depresión y el funcionamiento familiar en 393 adultos mayores de 60 años que asisten a una clínica de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Morelia. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario Apgar Familiar para evaluar el funcionamiento familiar y la Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica para la evaluación en adultos mayores (ambos instrumentos validados por Martínez *et al.* 2009). En los resultados se encontró que existe correlación entre las variables estudiadas, en este sentido se halló que el 12.3% de la muestra eran familias ligeramente disfuncionales, el 22,7% moderadamente disfuncionales y el 55,7% altamente disfuncionales.

Pavez, Santander, Carranza y Vera (2009) realizaron una investigación de tipo correlacional, en Chile, para evaluar los factores de riesgo familiares asociados al intento de suicidio en adolescentes con un trastorno depresivo; la muestra estuvo conformada por 32 adolescentes con depresión que reciben tratamiento psicológico en seis Centros de Salud Mental públicos en Santiago, entre las edades de 13 a 18 años y 32 padres, madres o tutores. Los instrumentos de evaluación para los adolescentes fueron el Inventario de Depresión (Beck, 1983) y la Familia Adaptabilidad (Olson, Russell y Sprenkle, 1982) y Cohesión Escala de Evaluación (FACES III); para los padres se empleó el Cuestionario de Salud General (GHQ-12, Golbrege, 1999) y la Ficha de Selección y Caracterización de la Muestra (Pavez, Santander, Carranza y Vera, 2009). Los resultados fueron que no se encontraron asociación significativa entre el intento suicida y los factores de riesgo familiares (orden de la familia, la presencia de factores de estrés de la familia y

la salud mental de los padres). Sin embargo, hubo una asociación significativa entre la ideación suicida de los adolescentes, su adaptabilidad familiar y la ideación suicida de parientes cercanos.

Espinosa, Orozco e Ybarra (2015) realizaron una investigación en México para determinar las relaciones existentes entre síntomas de ansiedad y depresión en 276 pacientes masculinos de consulta externa de diversas instituciones de salud pública entre las edades de 18 a 65 años. Se les aplicó los instrumentos; La Escala de Ansiedad y Depresión (EADG, Goldberg, 1988) y la Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS, Valencia, González, Rojas, Villatoro y Ramos, 1989). Se encontró relación entre ansiedad y depresión en los pacientes masculinos que solicitaron atención en los centros de salud, los resultados mostraron que los factores predictores de la sintomatología se encontraba, el estrés, el intercambio negativo en sus interacciones, hábitos negativos de salud y un escaso ingreso económico.

A continuación se presentan los siguientes antecedentes que comparten similitudes con el contexto nacional, los cuales respaldan este proyecto de investigación.

2.3 Nacionales

Quinteros (2008) realizó una investigación en Lima, cuya finalidad fue encontrar la relación entre funcionamiento familiar y el rendimiento académico en alumnos de la Universidad Peruana Unión. La muestra participativa estuvo constituida por 204 alumnos del primer y segundo año de las carreras profesionales de psicología, comunicación y educación. Los instrumentos utilizados fueron: el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FAD, adaptado por Quinteros, 2008), se consideró el rendimiento académico como referencia a través del promedio de notas obtenidas por los alumnos del primer ciclo académico de 2008. En los resultados se evidenció correlación significativa entre las variables, ya que los estudiantes con un buen rendimiento académico calificaban a sus familias como más funcionales dentro de las dimensiones; solución,

comunicación, respuesta afectiva, control conductual, funcionamiento general, excepto en funcionamiento de roles.

En Lima, Arenas (2009) desarrolló un estudio descriptivo correlacional para determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en 63 adolescentes de ambos sexos con edades de 12 a 17 años atendidos en el departamento de psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Los instrumentos administrados fueron el Cuestionario Tetradimensional de Depresión CET-DE, y la Escala de Evaluación FACES III (ambos instrumentos validados por Arenas, 2009). En los resultados se evidenció que no existe una relación significativa entre los niveles de funcionalidad familiar y depresión en adolescentes.

Por otro lado, Alvarado, Montenegro, León (2012) en Chiclayo realizaron una investigación para determinar la asociación entre depresión y ansiedad con el Síndrome de Fibromialgia en los pacientes atendidos por consulta externa de tres centros asistenciales del distrito. Las variables epidemiológicas clínicas fueron recogidas mediante una ficha de recolección de datos y la escala autoaplicada de depresión y ansiedad (SDS, Zung, 1965). Los resultados demostraron una asociación significativa entre ansiedad y la enfermedad de síndrome de fibromialgia. Se concluyó que los pacientes presentaban preocupación debido a su enfermedad y tratamiento que estaban recibiendo.

Por otra parte, Torres (2013) realizó una investigación en Trujillo para determinar la relación entre la depresión y la percepción de funcionalidad familiar en 150 adultos mayores que acuden a consulta externa. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Depresión Geriátrica (GDS, Yesavage y Brink, 1982) y el Cuestionario de Percepción Familiar APGAR (Smilkstein, 1978). Los resultados mostraron una relación significativa entre depresión y la percepción de

funcionalidad familiar en los adultos mayores. Se concluyó que los factores de riesgo se debían a la pobreza, falta de atención social y problemas de discapacidad.

Lagos y Flores (2014) realizaron una investigación de tipo correlacional de corte transversal en Lima para determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el automanejo de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial en pacientes de 30 a 80 años, con una población de 100 pacientes; se emplearon 2 instrumentos: para los adolescentes fueron Apgar Familiar (Gabriel Smilkstein , 1978) y Automanejo en Enfermedades Crónicas (validado por Lagos y Arenas, 2012) y los resultados indicaron que el estudio tuvo correlación significativa positiva entre las variables; es decir, aquellas personas con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial que viven en familias funcionales podrán automanejar el proceso de su enfermedad.

3. Marco teórico

En esta sección se presenta el marco conceptual en el que se delimita la variable de estudio, y se presentan apartados que explican sus características, causas, consecuencias y dimensiones; así como el modelo que respalda a este estudio.

3.1 Funcionamiento familiar

Para explicar el funcionamiento familiar, es necesario considerar a la familia como variable, frente a ello; Soefer lo define como un grupo de personas que conviven en una casa, durante un lapso prolongado, que están unidos por lazos consanguíneos y que se asisten recíprocamente en el cuidado de sus vidas. Este grupo, también, se halla relacionado con la sociedad, la que la suministra se halla relacionado con la sociedad, la que la suministra una cultura e ideología particulares, al tiempo que recibe de él su influencia peculiar (Campos, 2012).

Nardone, Gianotti y Rocchi (2003) refieren que la familia es el sistema de relaciones fundamentalmente afectivas, presente en todas las culturas, en el que el ser humano permanece largo tiempo, y no un tiempo cualquiera de su vida, sino el formado por sus fases evolutivas cruciales. Así también, Villareal (1985) mencionó que la familia es un grupo social constituido con el fin de suplir las necesidades sociales del individuo y se caracteriza por una residencia común y obligaciones recíprocas de cooperación económica y reproducción entre ellos. Del mismo modo, está constituida por las interacciones que se establecen entre los integrantes de la familia, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca y reiterada (Sauceda y Maldonado, 2003).

Según el enfoque estructural sistémico, la familia viene a ser un grupo de personas que en el curso del tiempo han elaborado pautas de interacción. Estas pautas constituyen la estructura familiar, que dirige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca (Minuchin, 1990).

3.1.1 *La familia*

3.1.1.1 *Tipo de familia*

La familia también es entendida como una estructura la cual varía; para ello, Villareal (1985) menciona los siguientes tipos familiares:

- a) Familia nuclear: esencialmente es la que está constituida por un matrimonio y sus hijos, los cuales viven bajo un mismo techo. Es una organización social universal tal posee elementos interrelacionados que procuran el funcionamiento total de la sociedad.
- b) Familia uniparental o monoparentales: se forman tras el fallecimiento de uno de los cónyuges, el divorcio, la separación, el abandono o la decisión de no vivir juntos.

- c) Familias polígamas: en las que un hombre vive con varias mujeres, o con menos frecuencia, una mujer se casa con varios hombres.
- d) Familias compuestas: que habitualmente incluye tres generaciones, abuelos, padres e hijos que viven juntos.
- e) Familias extensas: además de tres generaciones, otros parientes tales como, tios, tias, primos o sobrinos viven en el mismo hogar.
- f) Familia reorganizada: que vienen de otros matrimonios o cohabitación de personas que tuvieron hijos con otras parejas.
- g) Familias migrantes: compuesta por miembros que proceden de otros contextos sociales, generalmente, del campo hacia la ciudad.
- h) Familias apartadas: aquellas en las que existe aislamiento y distancia emocional entre sus miembros.
- i) Familias enredadas: son familias de padres predominantemente autoritarios.

Por otro lado, Satir (2002) señaló que existen cuatro tipologías de la familia, la cual refiere que cada uno asuma al otro como una ayuda para crecer en aceptación:

- a) Familia natural: donde la pareja que ha engendrado y concebido al niño se hace cargo de su crianza de hijo hasta que este haya crecido.
- b) Familia de un progenitor: donde por razones de muerte, divorcio o abandono, y el progenitor que queda asume todas las responsabilidades paternas y/o maternas.
- c) Familia mixta: donde los hijos son criados por padrastros, padres adoptivos, sustitutos.
- d) Familia institucional: donde grupos de adultos se encargan de la crianza de grupos de niños, como es el caso de instituciones, comunas o familias extensas.

A diferencia de los dos autores antes mencionados, Cerna (2009) mencionó que existen tres tipos de familias:

- a) La familia bien intencionada: valora la organización y los programas de acción en la familia, pero no hacen algo al respecto.
- b) La familia estructurada: es organizada y tienen muchos programas funcionando, pero no tiene ningún sentido para ellas. Impulsada por el hábito y la tradición la familia sigue estrictamente los modelos establecidos, pero ha perdido el valor y sentido de las pautas.
- c) La familia armoniosa: tiene establecidos diversos programas de actividades y los valora. Estas familias son duraderas, pueden enfrentar los cambios de la vida con relativa comodidad, porque han creado un elemento de estabilidad por medio de la organización y del programa diario.

3.1.1.2 Funciones básicas de la familia

Gutiérrez menciona que las funciones o papeles son conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas entre los familiares. El cumplimiento funcional de estos papeles es un requisito indispensable para la realización de las tareas que hacen posible la conveniencia y el mantenimiento de las jerarquías dentro del hogar. Las funciones familiares reciben una marcada influencia del ambiente sociocultural donde se desarrolla la familia (citado por Quinteros, 2008).

Barato (1985) declaró que la familia posee un historial natural propio de su vida, un periodo de germinación, nacimiento, crecimiento, desarrollo y una capacidad para adaptarse a las crisis. Estas y otras situaciones le llegan directa o indirectamente desde la concepción misma de las funciones designadas al organismo familiar por la sociedad y la cultura, y su equilibrio depende del recto ejercicio que haga de sus roles exigidos (citado por Quinteros, 2008).

Barato (1985) propuso una recopilación de las funciones básicas de la familia y las resumió de la siguiente manera:

- Funciones biológicas: procreación y conservación de la vida y de la sociedad.
- Funciones psicológicas: la familia estructura la personalidad de los individuos, estructura el carácter emocional afectivo, de sus miembros, provee los patrones de identificación personal, permite el ejercicio de la libertad y genera la formación del concepto de igualdad entre las personas y los sexos.
- Funciones económicas: satisfacción de necesidades materiales básicas de sus miembros y garantiza el despliegue de cualidades humanas de vivir juntos, poseer y compartir.
- Función social y política: la familia es un real instrumento de socialización y aculturación de los individuos. Sus miembros aprenden a vivir en comunidad.
- Función educativa: la familia brinda los primeros aprendizajes a sus miembros, es la primera escuela donde se aprende el valor y la significación de autoridad.

Florenzano (1995) propuso dos clasificaciones de las funciones de la familia y afirmó que estas son especialmente importantes durante la infancia y niñez. A continuación se observa la siguiente clasificación:

- Funciones instrumentales: la alimentación, una vivienda segura, una adecuada supervisión, higiene, cuidados de salud y proveer educación.
- Funciones cognitivo-afectivas: un apoyo social, desarrollar la autoestima, implementar una escala de valores, tener compañía, permitir la socialización y enseñar destrezas de afrontamiento.

El mismo autor que hace la clasificación mencionada, añade que la familia es eficiente y más saludable cuando facilita el crecimiento y el desarrollo de cada uno de sus integrantes, y contribuye a la satisfacción de las necesidades materiales y afectivas según las exigencias de cada etapa de la vida, y esto lo puede lograr a través del cumplimiento de sus funciones.

3.1.1.3 Importancia del funcionamiento familiar

Consiste que cada miembro crezca y se desarrolle equilibradamente, asimismo, pueda favorecer a la independencia, conectarse con las experiencias del mundo exterior. Por tal, consiga una estabilidad afectiva que permita que desarrolle sentimientos de protección y seguridad (Ochoa, 1995).

Uno de los aspectos de mayor importancia en la formación de los integrantes de la familia es el funcionamiento familiar.

Por ello, Epstein, Balwin y Bishop (1983) indicaron que la organización familiar implica la construcción de una dinámica interna, es decir, una manera de realizar, planificar, controlar sus propias actividades y responsabilidades. Cada miembro de la familia ocupa una determinada posición dentro de ella: esposo, esposa, madre, hijo, hermana, etc. Cada una de estas posiciones va acompañada de un rol, el cual implica un conjunto de actitudes y conductas que son esperadas por los demás miembros del grupo familiar. A este conjunto de procesos, se denomina funcionamiento familiar.

García (2005) indicó que el medio familiar en la que nace y crece una persona determina algunas características económicas y culturales que puede limitar o favorecer su desarrollo personal y educativo. También enfatiza el rol socializador de la familia y señala que no solo es una institución que procura el cuidado de sus hijos en la fase de su inmadurez biológica; sino es

la primera institución que realiza la socialización inicial y la consolidación de la personalidad de sus miembros.

A su vez, Satir (2002) comentó que las familias funcionales es una familia nutrida, en la cual cada miembro desarrollara una autoestima elevada, una comunicación directa, clara, específica y sincera; genera, además, sujetarse a los cambios de un modo adaptativo, y donde la relación con el entorno social se vuelve abierta y seguro.

Por otra parte, el desarrollo de una familia funcional es por excelencia el principio de la continuidad social y de la conservación de las tradiciones humanas, constituye el elemento conservador de la civilización, además, es el factor esencial de la virtud y de la felicidad, primero en la infancia, tiempo de su formación, después en la edad adulta, en el hogar que ellos fundan (Leclercq, 1979).

3.1.2 *Definiciones*

De la cuesta, Pérez y Louro (1996) describen al funcionamiento familiar como una dinámica relacional interactiva y sistémica, la cual se presenta dentro de los integrantes de la familia. Al considerar a la familia un sistema, el funcionamiento familiar no se evalúa en función del todo o nada, sino se evalúa cuantificando en grados desde lo más adecuado y óptimo hasta lo más disfuncional.

En este contexto, Walsh (1993) considera que la clave para definir funcionalidad familiar reside en la flexibilidad y el movimiento que permiten sus patrones característicos en respuesta al estrés.

Minuchin (1974) menciona que sistema familiar es una estructura establecida por sus miembros y las pautas de interacción, está compuesta por subsistemas y se rige por normas y

roles. El sistema es funcional cuando se organiza jerárquicamente, con una adecuada distribución y manejo del poder y la autoridad.

Asímismo, desde la perspectiva sistémica, se considera que si el funcionamiento familiar presenta un problema, este es un síntoma de disfunción en el sistema familiar al que se pertenece y no se considera como un problema aislado o individual, Epstein, Baldwin y Bishop (1983).

Ortiz (1999) sugiere que el funcionamiento familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos; sobre la base del respeto, la autonomía, y el espacio del otro.

3.1.3 *Modelos teóricos*

3.1.3.1 *Modelo Circumplejo de Olson.*

Olson (1989) realizó diversas investigaciones para describir y medir la dinámica familiar, es así que construye el Modelo Circunflejo donde plantea tres dimensiones centrales del comportamiento familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación (citado por Martínez *et al.* 2006).

- **La cohesión:** se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí. La cohesión familiar evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella. Dentro del modelo circumplejo, los conceptos específicos para medir y diagnosticar la dimensión de cohesión familiar son: La vinculación emocional, los límites, las coaliciones, el tiempo, el espacio, los amigos, la toma de decisiones, el interés y las recreaciones.
- **La adaptabilidad familiar:** tiene que ver con la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar. Se define como la habilidad de un sistema marital o

familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo. Los conceptos específicos para diagnosticar y medir la dimensión de adaptabilidad son el poder en la familia (asertividad, control, disciplina), el estilo de negociación, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones.

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

3.1.3.2 Modelo de funcionamiento familiar (MMFF) de Epstein (1983)

Para los fines de investigación del presente trabajo se ha elegido el siguiente modelo teórico de Epstein, Balwin y Bishop (1983) quienes explicaron la dinámica del funcionamiento familiar:

Las familias se determinan por un estilo de vida que se caracteriza como funcional o disfuncional, dependiendo del grado de satisfacción que se dan a las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de cada integrante que la conforma. Las familias se distinguen, de otras, por la duración e intensidad de los lazos afectivos y el rol que cada miembro cumple dentro del hogar; por tanto, las características psicológicas de la familia es más que la suma de las

personalidades individuales de cada miembro, para comprender el funcionamiento de las familias se requiere conocer las relaciones interpersonales existentes entre los miembros, pues las acciones de cada uno, produce una reacción y contrareacción en los demás e incluso en ellos mismos.

El modelo en su forma actual fue descrito por Epstein, Baldwin y Bishop (1983) quienes desarrollaron el modelo sobre la visión del funcionamiento de la familia normal y los hallazgos a partir de investigaciones que se han realizado en familias normales.

Este modelo sigue los principios del enfoque sistémico, tomándose como referencia a Bertalanffy (1976), refirió que a partir de la década del 60 uno de los enfoques utilizados en la familia parte de la teoría general de los sistemas. Este enfoque considera que el sistema es un conjunto de elementos de interacción dinámica, donde cada uno de ellos cumple una función con respecto al todo, pero este no es reducible en sus partes, y su función es más que la suma de ellos. Así, la familia es un sistema compuesto por un conjunto (grupo) de personas (elementos) que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que le pasa a uno afecta al otro, y al grupo y viceversa.

De acuerdo al MMFF, la familia es vista como un sistema de individuos que interactúan entre sí y su vez actúan sobre un número de otros sistemas tales como la subcultura, la cultura, el dominio económico y los substratos biológicos del individuo. El MMFF focaliza las dimensiones del funcionamiento que han sido observadas y que tienen mayor impacto sobre la salud emocional y física o sobre problemas de los miembros de la familia. Cada dimensión ha sido definida desde lo más inefectivo. La hipótesis central es que un funcionamiento inefectivo o disfuncional contribuye a una presentación clínica, mientras que un modo más bien efectivo sostiene un estado de salud física e intelectual óptimo.

Epstein, Bishop y Levin (1978), consideraron identificar en la familia seis áreas indispensables: solución de problemas, comunicación, funcionamiento de roles, respuesta afectiva, compromiso afectivo y control conductual.

3.1.4 Las dimensiones del funcionamiento familiar

El MMFF no focaliza exclusivamente ninguna dimensión como específica. Se afirma que se debe tomar en cuenta varias dimensiones para una mejor comprensión de la complejidad familiar. Aunque, se intenta definir con claridad las dimensiones, se reconoce la potencial superposición y posible interacción entre ellas. Las dimensiones del funcionamiento familiar descritas en el MMFF son las siguientes:

3.1.4.1 Solución problema

Se refiere a la habilidad de la familia para resolver problemas en un nivel que mantenga un funcionamiento familiar efectivo. Las familias efectivas resuelven sus problemas, mientras que las caracterizadas como inefectivas no luchan, al menos con algunos de ellos. Las familias más efectivas tienen pocos problemas irresueltos, y no tienen el grado, intensidad o duración suficiente como para interferir en su funcionamiento. Los pasos para una adecuada resolución de problemas son los siguientes: (a) identificación del problema, (b) comunicación con la persona adecuada acerca del problema, (c) desarrollo de posibles soluciones alternativas, (d) decisión por algunas alternativas propuestas, (e) puesta en acción de la alternativa elegida, (f) monitoreo para asegurarse de que la acción es llevada a cabo, (g) evaluación de la efectividad del proceso de solución del problema.

3.1.4.2 Comunicación:

Se define la comunicación el intercambio de información dentro de la familia. Se divide en dos áreas: instrumental y efectiva. La comunicación puede ser clara o encubierta, el continuo

entre ambos indica si el contenido del mensaje es claramente expresado o si es camuflado, embrollado o vago; y el continuo entre la comunicación directa e indirecta indica si los mensajes van hacia el objetivo adecuado o si se distrae en otros. Estos dos aspectos son independientes y se puede identificar cuatro estilos de comunicación: clara y directa, clara e indirecta, encubierta y directa, encubierta e indirecta. La conducta no verbal contradictoria con el mensaje expresado contribuye a enmascarar y puede reflejar la tortuosidad de la conducta como tal. En el extremo sano se comunica de una forma clara y directa, tanto en el área instrumental como efectiva; al acercarse al extremo menos efectivo, la comunicación se hace encubierta e indirecta.

3.1.4.3 Funcionamiento de roles:

Los roles familiares son definidos como los patrones repetitivos de conducta por los que los miembros cumplen las funciones familiares a fin de mantener un orden efectivo y sano. Se identifican cinco funciones necesarias: (a) provisión de recursos, (b) crianza y sostén, (c) satisfacción sexual de los adultos, (d) desarrollo personal de sus miembros (físico, emocional, educacional, social), (e) mantenimiento y manejo del sistema familiar, que incluye la toma de decisiones, los límites y la pertenencia, el control de la conducta, funciones económicas, problemas de salud. Además, dos aspectos adicionales, asignación de roles y control de los mismos.

En las familias más afectivas hay roles compartidos. Los individuos cumplen sus roles de forma voluntaria, poseen habilidades y herramientas requeridas. Los individuos no están sobrecargados. No siempre se mantiene una completa responsabilidad y puede haber ocasiones en que algunas tareas no se realizan o hay demoras, sin embargo, esto no genera conflictos.

3.1.4.4 Respuesta afectiva:

Es la habilidad para responder a un estímulo dado con calidad y cantidad de sentimientos apropiados. Se toman en cuenta dos aspectos importantes, la capacidad de responder con todo el espectro de sentimientos, y la emoción experimentada a tiempo con el estímulo y el contexto adecuado. Se distinguen dos categorías de afecto: emociones de bienestar, que consisten en efecto, cariño, ternura, tristeza, decepción y depresión; y emociones de emergencia. Una familia sana será capaz de expresar sus emociones con libertad y sin temor a ser ridiculizado o reprimido por los demás integrantes de la familia.

3.1.4.5 Compromiso afectivo:

Es la medida en que la familia muestra interés y valora las actividades de cada uno y se interesa en los miembros individuales de la familia; el monto de interés que cada miembro demuestra, la manera en que lo hace y cómo se apoyan unos a otros. Se identifican seis niveles de compromiso: falta de compromiso, compromiso desprovisto de sentimientos, compromiso narcisístico, compromiso empático, sobre compromiso y compromiso simbiótico. Se considera al compromiso empático como óptimo para la salud.

3.1.4.6 Control conductual:

Se define como las pautas que una familia adopta para sostener las conductas en tres áreas: situaciones de peligro físico, situaciones que implican encuentro y expresión de necesidades, energías psicobiológicas y situaciones que incluyen conductas de socialización interpersonal. Se describen también cuatro estilos de conducta de control: (a) conducta rígida de control, con estándares limitados y específicos, con una negociación mínima; (b) conducta flexible de control, pautas razonables y posibilidad de negociación; (c) conducta laissez-faire de control, no hay

pautas estables, dependen del contexto; y (d) conductas caóticas de control; impredecible y aleatorio.

3.2 Depresión

3.2.1 *Definiciones*

La depresión, desde el época medieval se la veía como un mal extraño relacionado con posesiones demoníacas y hasta el siglo XIX se la conocía como melancolía; desde entonces ha tenido un impacto en la civilización y la cultura, y ha sido origen de muchas obras literarias y artísticas a lo largo del tiempo, como si el estado de ánimo que le es propio, impulsase de algún modo el sentido artístico (León, 2012). En este sentido, Vallejo (1998) agrega que al llegar a la edad media, renació el primitivismo y la brujería, donde las enfermedades mentales eran atendidas por monjes por medio del exorcismo. Al pasar los años este término ha ido evolucionando a nivel teórico y cultural respecto a países que investigaban, denominándolo como una enfermedad incapacitante que ocasiona gran sufrimiento en la población humana (Consejo Pontificio de Salud, 2004).

En la actualidad, la depresión es muy estudiada y conocida por el entorno de la salud mental, la OMS (2002) refirió que la depresión es la enfermedad que más discapacidad produce muy por delante de enfermedades comunes e incluso se estima que para el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en los países desarrollados.

Asimismo, la depresión no se puede describir como un estado de desaliento temporal que puede originarse por un mal día o un mal sentimiento. En términos médicos la depresión es una enfermedad severa que ocasiona cambios en la memoria y el pensamiento, en el estado de ánimo, en el funcionamiento físico y en el comportamiento (Cardona-Pescador, 1990).

Por ello, Hall (2003) mencionó que la depresión es un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo depresivo, disminución del disfrute, apatía y pérdida en el trabajo, sentimientos de minusvalía, anorexia e ideación suicida. A menudo presentan ansiedad y síntomas somáticos variados. Asimismo, menciona que la depresión es un sentimiento de tristeza intensa, que puede originarse después de una pérdida reciente y otro hecho triste, pero es desproporcionado con respecto a la magnitud del hecho y persiste más allá de un periodo justificado.

Además, Carrenho (2007) refirió que la depresión es un estado de sufrimiento psíquico, caracterizado fundamentalmente por la alteración del humor, acompañado por la disminución significativa de interés, placer y energía. A esto, León (2012) agrega que se presenta en una base fisiológica y bioquímica

Conocido el concepto de la depresión, se estudian los diversos factores a las que obedece este problema.

3.2.2 Factores de la depresión

3.2.2.1 Factores genéticos

Preston (2004) hace mención que diversos estudios tratan de exponer la implicación que tienen los factores genéticos en la depresión, así como el papel que juegan para explicar las diferencias de género en la incidencia del trastorno, estos se basan fundamentalmente en estudios de familias y gemelos con la enfermedad.

Según Gaviria (1991) mencionó que el factor genético era la predisposición etiológica de los trastornos del afecto. Asimismo, enfatizó que son distintos genéticamente de los trastornos unipolares y bipolares e inclusive de la propia esquizofrenia (Perales, Zambrano, Vásquez y Mendoza, 1991).

Sin embargo, Calderón (1984) señaló que no era posible heredar directamente la depresión, más podría únicamente convertirse en una transmisión vulnerable dentro de la misma familia, a su vez, considero que si un miembro de la familia con depresión responde favorablemente a los medicamentos respectivos, estos podrían, a su vez, convertirse en una eficaz respuesta de solución para los parientes que posiblemente la hereden.

3.2.2.2 Factores psicológicos

Dentro de este factor, Jervis (2005) había señalado como probable causa al papel que tienen las emociones en los rasgos de personalidad, que son formados durante los primeros años de vida, y desarrollar en la adultez declinablemente una posible depresión neurótica, es por ello, que el factor psicológico es determinante en las emociones de la persona y conlleve a formar en el ser humano una adecuada formación cognitiva, por ejemplo la confianza en sí mismo y la autonomía.

Por otro lado, Freud (1942) había considerado que los desórdenes o conflictos en la persona son originados desde la infancia debido a problemas psicológicos, tales como el sonambulismo, miedos nocturnos, fobias e incluso la propia timidez y entre otras. Las cuales sino eran atendidas respectivamente, podrían convertirse en problemas de personalidad y de conducta, y originar en ella rasgos neuróticos con el pasar de los tiempos (Fenichel, 1979). Asimismo, Perales *et al.* (1991) refirieron que ciertos rasgos de personalidad predisponen a desarrollar trastornos afectivos en el ser humano.

3.2.2.3 Factores psicosociales

Según Vásquez (2013) refirió que este factor es distinto en las mujeres a diferencia de los varones, ya que ellas experimentan continuamente situaciones que están relacionadas con la salud mental, las jornadas laborales y domesticas. Además, de ello están envueltas en prejuicios

sociales, siendo afectadas de manera directa frente a un embarazado no planificado, la crianza y educación de los hijos, en la relación conyugal y en la economía doméstica; por otro lado, las respuestas negativas que puede generar la ruptura de la relación o ser víctima de abuso sexual o físico, no tener un sustento económico y afectivo, puede desarrollarse un cuadro de sentimientos negativos, generando un estado emocional negativo.

Piccinelli y Wilkinson (2000) habían enfatizado que cada situación importante que pasa el niño en su desarrollo es determinante en la predisposición de una eventual depresión en la edad adulta y, más aún, si estos episodios se relacionan con los estereotipos sexuales lo cual, dicen los autores, puede influir en la vulnerabilidad depresiva en los niños (Revisi y Hirzel, 2013).

Gaviria (1991) había señalado al hombre como un ser social, indicándolo como el elemento principal. Indicó que la pérdida de parientes cercanos eran causantes de la depresión. Asimismo, explicó que este cuadro depresivo tiene consecuencias físicas y psicológicas como: angustia, preocupación y ansiedad, afectando al individuo significativamente (Perales *et al.*, 1991).

3.2.3 Clasificación de la depresión

A continuación se presenta las clasificaciones de depresión propuesta por clasificación internacional de enfermedades, décima versión (CIE-10) y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta versión (DSM IV):

Criterios de Clasificación según el (CIE -10, 1992)

La depresión se encuentra codificado con la numeración F32 denominado Episodio Depresivo, donde se estipula que: el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que surge incluso después de un esfuerzo mínimo. Las manifestaciones propias del episodio depresivo son las siguientes:

- Disminución de la atención y concentración
- La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- Ideas de culpa y de ser inútil
- Una perspectiva sombría del futuro
- Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones
- Los trastornos del sueño
- Pérdida de apetito
- Dificultad para dormir

Dentro del episodio depresivo se encuentran niveles con sus respectivas numeraciones, que se explican a continuación:

F32.0 Depresión leve: cuando la persona presenta algunos de los síntomas de la depresión y al momento de realizar sus actividades demandará de un esfuerzo extraordinario.

F32.1 Depresión moderada: es cuando la persona va a presentar diversas sintomatologías de la depresión impidiéndole realizar sus actividades diarias.

F32.2 Depresión grave: cuando la persona presenta casi todos los síntomas mencionados y se encuentra imposibilitada de realizar cualquier actividad.

- F33 Trastorno depresivo recurrente
- F34 Trastorno del humor persistente: ciclotimia, distímia, otros.

3.2.4 *Clasificación según el (DSM – IV-TR, 2000)*

En el diagnóstico DSM- IV hace su clasificación de depresión como trastorno:

- F32 Trastorno depresivo mayor; episodio único
- F33 Trastorno depresivo mayor; recurrente
- F34.1 Trastorno distímico

- F30 Trastorno bipolares I
- F31.8 Trastorno bipolares II
- F34 Trastorno ciclotímico
- F32.9 Trastorno depresivo no especificado

3.2.5 *Sintomatología de la depresión*

Entre los síntomas físicos y vegetativos se puede situar la pérdida o alteración del apetito, trastornos del sueño, pérdida del interés por el sexo y fatigabilidad, estreñimiento, malestar es físicos relacionados con dolores de cabeza y sequedad en la boca (Preston, 2004).

Además, Olivan (2011) refirió que muchos problemas físicos como indigestión, dolores de cabeza, o alteraciones, frecuentemente van de la mano, con la depresión, esto ocurre tan comúnmente que mucha gente se enfoca a estos problemas sin darse cuenta que están sufriendo depresión, por ello, Olivan, lo clasifica de la siguiente manera: afectividad, cognitivo, conducta y somático:

- **Afectividad:** tristeza, apatía, indiferencia, ansiedad, irritabilidad (depresiones tardías y neuróticas), anhedonía total (melancolías) o parcial (distímias), anestesia afectiva, ansiedad, pérdida de energía e interés, disminución de las funciones físicas y mentales
- **Cognitivo:** enlentecimiento (melancolía), monotemático negativo, pérdida de autoestima, desesperanza, ideas de suicidio, ideas (delirantes) de culpa, ruina e hipocondría (melancolía), déficit de concentración y atención, culpabilidad, desesperanza.
- **Conducta:** abandono personal, hipotonía general, inhibición /agitación (melancolías), aislamiento, llanto, intentos de suicidio, deseos de marcharse de casa, agresividad, consumo de alcohol y drogas, indecisión, malhumor e irritabilidad, dificultades escolares, retraimiento social .

- Somático: anorexia, pérdida de peso, astenia y fatiga o pérdida de energía, ideas o conductas obsesivas, alteraciones en la esfera sexual, hipersexualidad, insomnio /hipersomnia, trastornos digestivos, estreñimiento, algias, astenia, disfunciones sexuales y trastorno del sueño.

3.2.6 *Modelos teóricos.*

3.2.6.1 *Modelo cognitivo de Aron Beck*

El autor destacó que los aspectos cognitivos de la depresión es la base del trastorno afectivo. En este sentido, un estilo cognitivo alterado, caracterizado por expectativas respecto al ambiente, sería junto con la desesperanza y la incapacidad, el núcleo de la depresión humana incluso el estilo de pensamiento de la personalidad pre-depresiva.

Más adelante, Beck (1979) consideró los factores genético, orgánico y ambiental, como base a distorsiones cognitivas la cual desencadenaba sobre otras áreas en la persona. Finalmente, el modelo cognitivo de Beck, postuló tres conceptos centrales: la tríada cognitiva, esquemas y errores cognitivos. La triada cognitiva se divide en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, a su futuro y las experiencias negativas; por otro lado los esquemas cognitivos son patrones relativamente estables que constituyen la base de la regularidad con que se interpreta un determinado conjunto de situaciones, la cual regula y anticipa la conducta, orientando al procesamiento de información (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

3.2.6.2 *Modelo conductista*

Skinner, había intentado analizar conductualmente la depresión, identificándola como un factor que debilitaba la conducta que había sido reforzada positivamente por el entorno social. Por otro lado, explicó que la depresión se encontraba en un proceso de extinción debido a la

disminución en la frecuencia de una conducta que previamente fue positivamente reforzada (Paikel, 1982).

Seligman (1991) había planteado la “Teoría de la Indefensión Aprendida” en base a una perspectiva conductual, en la cual refería y cuestionaba porque algunas personas frente a diversas dificultades, algunos se daban por vencido rápidamente mientras otros perseveraban y sobresalían. Asimismo, enfatizó dos estilos de atribuciones frente a las dificultades; el estilo optimista y el estilo pesimista. En los resultados de su investigación encontró que las personas optimistas se caracterizaban por ser esperanzadoras y perseverantes, tenían una adecuada autoestima y generaban acciones más exitosas dentro de sus entornos, por el contrario las personas pesimistas tenían baja autoestima, y se daban por vencidas con más facilidad frente a las adversidades.

Por otro lado, había estudiado, tres dimensiones o características del estilo atribucional o causa, la cual significa que cuanto más pesimista y extremista sean las cosas que nos decimos, más desamparados e indefensos nos sentiremos y actuaremos de acuerdo a ello. Por lo tanto, tales dimensiones son:

- Personalización: la cual consiste en atribuir causas internas o externas a los buenos o malos sucesos, esta dimensión tiene que ver con la autoestima.

- Penetración: se define por todas las áreas de la vida que son afectadas por la buena o mala suerte, si estas nos afectan de manera global o específica. Se sintetiza en el discurso de dos extremos: todo o nada.

- Permanencia: refiere la duración, estabilidad o inestabilidad en el tiempo, la atribución que se dan a los buenos o malos sucesos. Sus extremos se expresan en el discurso en dos polos: siempre o nunca.

3.2.6.3 Modelo psicoanalítico

Sigmund Freud, en su estudio duelo y melancolía, refirió que la depresión era resultado de sentimientos inconscientes de hostilidad frente a la pérdida de una persona cercana, ya fuese real o simbólica, se dirigían hacia uno mismo. Asimismo, explicó la diferencia que existía entre pesadumbre y depresión, la cual caracterizaba a esta última, como una acentuada pérdida de la autoestima. Sin embargo, en el duelo esta pérdida es consciente, mientras que la depresión es el resultado de una pérdida inconsciente. Por otro lado, la ausencia de amor y de apoyo por parte de alguno de los padres o un parentesco significativo, en una situación crucial del desarrollo, predispone a la persona a tener depresión en circunstancias de la vida.

Según, Mendels (1989) consideraba que los sentimiento de culpa y la pérdida de estimación propia era el resultado de la depresión misma, pero estaban dirigidas mayormente a las personas introyectivas.

Chappa (2003) refirió que la depresión es la tensión entre las aproximaciones propias que tiene el ser humano entre su consciencia y su yo, frente a su desvalidamiento emocional, manifestando las siguientes características:

- El deseo de ser valioso, amado y apreciado.
- El deseo de ser fuerte y tener seguridad.
- El deseo de ser bueno y amable.

Desde este enfoque, la depresión se manifiesta como fluctuaciones del estado de ánimo y de ser dependiente en la etapa de la adolescencia, desarrollándose un vínculo de tipo simbiótico, pero muchas veces esta respuesta se da con la propia madre, lo que posteriormente hace difícil la diferenciación, la cual genera una relación hostil con la familia misma y autoridades (Chinchillan, 2008).

3.3 Características de la población de estudio

Papalia y Olds (1992) distribuyeron el desarrollo humano de acuerdo a los siguientes grupos cronológicos. Sin embargo, para este estudio solo se utilizó dentro del rango de edad que necesitamos para catalogar a nuestra muestra de población.

- **Adolescencia:** la primordial preocupación durante la adolescencia es la búsqueda de identidad, cambios físicos que marcan el comienzo de la adolescencia, y a los profundos cambios intelectuales permiten a los adolescentes pensar abstractamente. Además, algunas veces, actuar como los adultos, pero de algunas formas todavía son inmaduros. Sin embargo, el deseo de ser independientes los impulsa a involucrarse cada vez más su grupo de iguales y a separarse del nido del hogar. Comprende desde los 16 hasta los 20 años.
- **Adulthood temprana:** los primordiales aspectos básicos durante las dos décadas de la edad adulta temprana son el amor y el trabajo. Durante estos años, la gente generalmente forma relaciones íntimas y hace la selección de sus carreras. Aunque, los dos tipos de escogencia están sujetos a cambios posteriores, las opciones que se escojan en este momento posiblemente marcan el estilo de vida futura de una persona. Comprende desde los 21 hasta los 40 años.
- **Adulthood tardía:** las personas en este grupo de edad frecuentemente están atrapadas entre los cuidados a los adolescentes y a sus padres ancianos. Durante estos años, las personas con frecuencia están, en la cima económica y alcanzando lo máximo del éxito en el campo de actividad que hayan escogido; presionadas por la necesidad de reconocer lo inevitable de su muerte eventual, empiezan a pensar en sus vidas en términos del tiempo que les resta por existir más que en el tiempo que han vivido. Por

otro lado, la mayoría de las personas de avanzada edad están con mente alerta y activa, típicamente libre de las presiones de la crianza de los niños y con frecuencia empleada de tiempo completo y dispone de más tiempo para comprometerse en actividades familiares, de amigos y de la comunidad. Comprende desde los 41 hasta los 75 años.

3.4 Definición de términos

- Depresión: refirió que la depresión es un estado de sufrimiento psíquico, la cual se caracteriza fundamentalmente por la alteración en el humor, y se acompaña por el deterioro significativo del placer y energía (Carrenho 2007).
- Familia: consiste que cada miembro crezca y se desarrolle equilibradamente, asimismo, pueda favorecer a la independencia, conectarse con las experiencias del mundo exterior. Por tal, consiga una estabilidad afectiva que permita que desarrolle sentimientos de protección y seguridad (Ochoa 1995).
- Funcionamiento familiar: se expresa por la manera como el sistema familiar tiene la capacidad de afrontar las crisis, valorar las oportunidades donde se expresan afecto, asimismo el crecimiento individual, y la interacción entre los miembros, todo en base a un respeto, autonomía y respetando el espacio de cada uno (Ortiz 1999).
- Consulta externa: es el departamento que imparte atención médica a los enfermos no internados, cuyos padecimientos permitan acudir en forma programada al hospital.

3.5 Hipótesis de la investigación

3.5.1 *Hipótesis general:*

Existe relación entre depresión y funcionamiento familiar en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015.

3.5.2 *Hipótesis específicas:*

Existe relación entre solución de problemas y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015.

Existe relación entre comunicación y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015.

Existe relación entre funcionamiento de roles y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015.

Existe relación entre respuesta afectiva y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015.

Existe relación entre compromiso afectivo y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015.

Existe relación entre control conductual y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015.

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Método de la investigación

El presente trabajo, se inscribe como una investigación de diseño no experimental porque no se manipulan deliberadamente a las variables y también porque se observaron los fenómenos tal como se dan en el contexto natural. Asimismo, es de corte transversal porque los instrumentos se aplicaron en un tiempo o momento dado, asimismo, es de tipo descriptivo-correlacional, ya que se describieron estadísticamente a las variables y determinar la relación entre funcionamiento familiar y depresión (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

2. Variables de la investigación

2.1 Identificación de variables

2.1.1 *Depresión*

Los aspectos cognitivos de la depresión es la base del trastorno afectivo. En este sentido, un estilo cognitivo alterado, caracterizado por expectativas respecto al ambiente, sería, junto con la desesperanza y la incapacidad, el núcleo de la depresión humana, incluso, el estilo de pensamiento de la personalidad pre-depresiva (Beck, 1996).

2.1.2 *Funcionamiento familiar*

Las familias se determinan por un estilo de vida que se caracteriza como funcional o disfuncional, dependiendo del grado de satisfacción que se dan a las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de cada integrante que la conforma (Epstein *et al*, 1983).

3. Operacionalización de las variables

A continuación:

Tabla 1

Matriz de operacionalización de la variable depresión

Definición operacional	Componentes	Categorías de respuesta
La variable depresión se mide a través del Inventario de depresión de Beck y el puntaje se obtiene de la suma directa por cada ítem. Se mide de la siguiente manera:	Tristeza Pesimismo Sensación de Fracaso Insatisfacción Culpa Expectativa de Castigo Autodesprecio Autoacusación Idea suicidas Episodios de llanto Irritabilidad Retirada social Indecisión Cambios en la imagen corporal Enlentecimiento Insomnio Fatigabilidad Pérdida de apetito Pérdida de peso Preocupaciones somáticas Bajo nivel de energía	Depresión leve = 0-19 Depresión moderada = 20-28 Depresión grave = 29-63
1= Leve		
2=Moderado		
3=Alto		

Tabla 2

Matriz de operacionalización de la variable funcionamiento familiar

Definición Operacional	Dimensión	Definición	Ítems	Categorías de respuestas
<p>La variable funcionamiento familiar se mide a través de la Escala de Funcionamiento Familiar (FAD), la puntuación se obtiene de los ítems correspondientes a la suma de sus dimensiones, que luego son divididos por el número de ítems contestados. Se clasifica de la siguiente manera:</p> <p>1=Bajo 2=Medio 3=Alto</p>	Solución de problemas	Es la habilidad de la familia para resolver problemas frente a situaciones o eventos de urgencia.	2,12,24,38,50,60.	1=Muy desacuerdo 2 =Desacuerdo
	comunicación familiar	Es el intercambio de información dentro de la familia. Se divide en dos áreas: instrumental y efectiva.	3, 14, 18, 22, 29, 35, 43,52, 59.	3= Acuerdo 4= Muy de acuerdo
	funcionamiento de roles	Los roles familiares son definidos como los patrones repetitivos de conducta por los que los miembros cumplen las funciones familiares.	4, 15,17, 23, 30, 34,40, 45, 53, 58.	
	Respuesta afectiva	Es la habilidad para responder a un estímulo dado con calidad y cantidad de sentimientos apropiados	9, 19, 28, 49, 57.	
	Compromiso afectivo	Es la medida en que la familia muestra interés y valora las actividades de cada uno y se interesa en los miembros individuales de la familia	5, 13, 25, 33, 37, 39, 42, 54.	
	Control conductual	Se define como las pautas que una familia adopta para sostener las conductas	7, 17, 20, 27, 32, 44, 47, 48, 55.	

4. Delimitación geográfica y temporal

El presente estudio de investigación se realizó en el Hospital Materno Infantil “José Agurto Tello de Chosica” el cual se encuentra ubicado en el distrito de Lurigancho, provincia y departamento de Lima. Se inició el proyecto de investigación el mes de marzo del 2015 y tuvo una extensión hasta febrero del 2016.

5. Población y muestra

Para la selección de los participantes, se empleó el método no probabilístico porque todas las personas no tuvieron la misma posibilidad de ser elegidas; asimismo, se procedió a la selección por conveniencia para fines de la investigación.

5.1 Criterios de inclusión y exclusión

5.1.1 Criterios de inclusión

- Pacientes cuyas edades oscilan entre 16 y 75 años
- Personas del sexo femenino y masculino
- Personas que aceptaron participar de forma voluntaria mediante el consentimiento informado
- Personas que no presenten sospecha de alteraciones mentales

5.1.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que no se hayan atendido en consulta externa
- Pacientes menores de 16 y mayores de 75 años de edad
- Pacientes que no aceptaron el consentimiento informado

5.2 Características de la muestra

En la tabla 3, se aprecia que la muestra estuvo conformada por un total de 176 participantes; de acuerdo al grupo etario se encontró que el 56.3% de la población está entre edades que corresponde a adulto temprano, el 35.2% entre el adulto tardío y 8.5% son adolescentes. Asimismo, la mitad de los participantes tienen secundaria completa (50%), seguido del nivel superior (39.2%), primaria (10.8%). Con respecto al estado civil, se observa que el 42% son convivientes, el 34.7% solteros y 23.3 % casados. En cuanto al sexo se observa que el 78.4% es

femenino, mientras que el 31.3% es masculino. Asimismo, el 38.4% tienen hijos y el 21.6% no tienen.

Tabla 3

Características sociodemográficas de la muestra de estudio

Variable	F	%	
Ciclo vital	Adolecente	15	8.5
	Adulto temprano	99	56.3
	Adulto tardío	62	35.2
Grado de instrucción	Primaria	19	10.8
	Secundaria	88	50
	Superior	69	39.2
Estado civil	Soltero	61	34.7
	Casado	41	23.3
	Conviviente	74	42
Sexo	Femenino	121	78.4
	Masculino	55	31.3
Hijos	Si	138	38.4
	No	38	21.6

6. Técnica e instrumentos de recolección de datos

6.1 Instrumentos

Para alcanzar los objetivos del presente estudio se empleó el Inventario de Beck Depresión (1996) y el *Family Assessment Device* (FAD) elaborado por Epstein *et al.* (1983). A continuación se describen los instrumentos utilizados.

6.1.1 *Family Assessment Device (FAD)*

The Family Assessment Device (FAD) fue elaborado por Miller, Epstein, Bishop y Keitner en el año 1983. Está elaborado en base al modelo de funcionamiento familiar (McMaster Model of family Functioning – MMFF).

Este instrumento de autoreporte consta de 60 ítems, destinado a la evaluación de las dimensiones del Modelo Mc Master del funcionamiento familiar. El FAD ha sido traducido a siete idiomas y está contemplado como uno de los instrumentos más usados en la evaluación familiar. Las seis dimensiones que el MMFF describe son: solución de problemas; comunicación en dos extensiones, afectiva e instrumental; roles dentro de casa; compromiso afectivo, preocupación y empatía entre los miembros de la familia; respuesta afectiva, o la capacidad de experimentar emociones; control conductual, que son los estándares familiares para conductas apropiadas dentro del seno familiar; y se añade una más, el funcionamiento general. Con una orientación clínica, y una concepción sistémica del funcionamiento familiar, se describen las propiedades estructurales y organizacionales del grupo familiar y la importancia de los modelos transaccionales encontrados entre los miembros de la familia.

En esta prueba, cada ítem o afirmación tiene cuatro alternativas posibles: muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo. Estos corresponden con puntajes que van del 1 al 4, los que son sumados a través de los grupos de ítems que conforman cada dimensión y son divididos por el número de ítems contestados. Asimismo, mientras es más cercano a 4 indica un funcionamiento familiar menos sano e inefectivo. Por el contrario, cuanto más cerca está de 1, hay más salud y funcionalidad familiar. El número de ítems por dimensión son: 06 para solución de problemas (02,12,24,38,50,60); 09 para comunicación (3, 14, 18, 22, 29, 35, 43,52, 59); 11 para funcionamiento de roles (04, 15,17, 23, 30, 34,40, 45, 53, 58), 5 para respuestas afectivas

(9, 19, 28, 49, 57); 9 para compromiso afectivo (05, 13, 25, 33, 37, 39, 42, 54); 8 para control conductual (7, 17, 20, 27, 32, 44, 47, 48, 55).

El FAD, es apropiado para investigaciones y evaluaciones clínicas. Ha demostrado adecuada validez y confiabilidad en diversos estudios (Epstein et al., 1983; Miller, Epstein, Bishop y Keitner. Por su lado, Quinteros (2008) señaló que las subescalas del FAD tienen una adecuada consistencia interna (el alpha de cronbach indicó 0,74 para solución de problemas; 0,75 para comunicación; 0,72 para roles; 0,83 para respuesta afectiva; 0,78 para compromiso afectiva; 0,72 para control conductual; 0,92 para funcionamiento general; y una confiabilidad test-retest de 0.66 a 0.76).

Para la validación en el Perú, Quinteros (2008) administró el instrumento en una muestra de 204 alumnos del primer y segundo año de la Facultad de Ciencias Humanas y Educación de la Universidad Peruana Unión, hallando un alfa de Crombach de .79 para la dimensión control conductual, y el más bajo respuesta afectiva con .83. La consistencia interna arrojó un coeficiente total de 0.963, valorando como muy alto, lo que indica que hay buena relación entre los ítems.

Sin embargo, se corroboró la calidad métrica del instrumento en la muestra estudiada, la cual indicó que la dimensión: solución de problemas, no presenta una adecuada fiabilidad; por tanto, no fue incluida en el análisis estadístico correspondiente (ver anexo 1).

Para fines de la investigación, se realizó el análisis de confiabilidad del alpha de crombach para la escala de evaluación familiar (FAD), consiguiéndose una consistencia interna global de ,87 con respecto a sus dimensiones, Guilford (1954) consideró una fiabilidad de solo 0.50, por lo tanto, se considero para la mayoría de las siguientes dimensiones; Comunicación familiar ,595; Funcionamiento de roles ,530; Respuesta afectiva ,526; Control conductual ,513 y Compromiso

afectivo ,654; se observa de tal modo fiabilidad en el constructo y sus dimensiones (ver anexo 1). Asimismo, se estimó la validez de la prueba mediante los coeficientes de correlación producto - momento de Pearson (r), encontrándose que la prueba presenta validez de constructo de ,861 **, de tal modo se encontró correlación entre las dimensiones y el constructo; Solución de problema 696 **, Comunicación familiar ,834 **; Funcionamiento de roles ,763 **; Respuesta afectiva ,675 **; Compromiso afectivo, 727 ** y Control conductual, 728 ** además de ser altamente significativas (ver anexo 1).

6.1.2 *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)*

the Beck Depression Inventory-Second Edition(BDI-II), fue elaborado por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown en el año 1996. Consta de de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimiento de fracaso y de culpa, pensamiento o deseo de suicidio, pesimismo, etc. Es un auto informe que proporciona la presencia de la depresión en adolescentes a partir de los 13 años en adelante. El BDI-II es fácil de utilizar, se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz de forma oral; el tiempo varía entre 5 y 10 minutos para ser completados: aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo. Es de tipo likert y cada ítem responde a cuatro categorías de respuestas ordenadas que se codifican 0 hasta 3; si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría de la puntuación más alta. El resultado es la suma de las respuestas de los 21 ítems, desde 0 a 63 puntos. La clasificación son; 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada y 29 - 63, depresión grave. Se solicita a la persona evaluada que “si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación, que considere igualmente aplicable a su caso.”

El inventario de depresión de Beck fue adaptado por barbaran y Apaza (2014) a la población de estudio, la consistencia interna, muestra un índice de fiabilidad alfa de Cronbach (0.90), (21 ítems). Por lo que se concluye, el instrumento permite obtener puntajes confiables.

Para los fines de la investigación, se realizó el análisis de confiabilidad del alpha de crombach para el instrumento depresión de Beck, consiguiéndose una consistencia interna global de ,91 (ver anexo 2), así mismo los resultados de la validez del constructo fue por el método de análisis de ítem – test, los coeficientes de correlación producto – momento de Pearson (r) son significativos y moderados lo cual evidencia que el instrumento presenta validez de constructo. (ver anexo 2). Y si crearon los siguientes baremos; (1 leve, 2 moderado, 3 grave).

7. Proceso de recolección de datos

En el mes de septiembre de 2015, se visitó al director del Hospital Materno Infantil “José Agurto Tello de Chosica” para solicitarle la autorización y la ejecución del proyecto de investigación.

Luego de ello, se realizaron las coordinaciones necesarias por parte del director para establecer el horario de aplicación de los instrumentos durante los meses de septiembre a diciembre en el turno mañana y tarde de los días lunes a jueves. Asimismo, se administraron los instrumentos en el patio de consulta externa del mismo hospital.

El primer instrumento de aplicación fue el inventario de depresión de Beck, para ello se le indicaba de forma personal a los pacientes que el test evalúa el estado de ánimo que pueda presentar frente a su condición de salud médica. En relación a la escala de funcionamiento familiar, se les indicó a los pacientes que el test pretende observar qué características resaltan dentro de su familia y cómo ellas influyen en su tratamiento o intervención médica. Por otro lado, se les informó a cada paciente que la ejecución de las pruebas era de manera voluntaria, sin

condición alguna, pero que sus respuestas beneficiarían para futuras prevenciones frente a la depresión y un desarrollo adecuado en el funcionamiento familiar. El tiempo de ejecución de ambos instrumentos duró alrededor de 35 a 40 minutos, debido a que la aplicación de las pruebas era guiada de manera particular por los propios investigadores respectivos, con el objetivo que los pacientes interpreten bien las preguntas y puedan seleccionar las respuestas más adecuadas.

8. Procesamiento y análisis de datos

Los datos se procesaron a través del paquete estadístico SPSS versión 20. Los análisis estadísticos que se realizaron son de índole descriptivo – correlacional. Se utilizó el Rho de Spearman, el estadístico de Kolmogorov – Smirnov entre otros para responder a la prueba de hipótesis. El procesamiento de los datos se dio de la siguiente manera: al inicio se ejecutaron los análisis de fiabilidad y validez de ambas pruebas; seguidamente, se estimaron las tablas de frecuencia y contingencia, para conocer los porcentajes de la muestra respecto a cada constructo. Después se dio a conocer la asignación de la muestra mediante la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S); finalmente, se utilizó la prueba estadística Rho de Spearman para determinar la relación entre las variables.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

1.1 Análisis descriptivo

1.1.2 Nivel de funcionamiento familiar y sus dimensiones

Tabla 4

Análisis de frecuencia de funcionamiento familiar y sus dimensiones

	Alto		Medio		Bajo	
	N	%	n	%	n	%
Funcionamiento familiar	43	24,4	88	55,0	45	25,6
Comunicación familiar	40	22,7	92	52,3	44	25,0
Funcionamiento de roles	31	17,6	101	57,4	44	25,0
Respuesta afectiva	35	19,9	72	40,9	69	39,2
Compromiso afectivo	36	20,5	85	48,3	55	31,3
Control conductual	40	22,7	92	52,3	44	25,0

En la tabla 4 se observa que la mayoría de las familias de los pacientes se encuentran en un nivel de funcionamiento familiar medio (55%), sin embargo, existe un grupo significativo que evidencia niveles altos (24.4%), es decir, que las familias de este grupo saben afrontar dificultades y se apoyan entre sí, frente a sus necesidades. Sin embargo, se observa que el 39.2% de los pacientes presentaron puntuaciones bajas en la dimensión respuesta afectiva y en la

dimensión compromiso conductual (31.3%), evidenciando que las familias de estos pacientes no muestran interés en las actividades que realiza cada miembro que la conforma.

1.1.3 Nivel de funcionamiento familiar según datos sociodemográficos

Tabla 5

Análisis de funcionamiento familiar según la edad

	Edad					
	Adolescentes		Adulto temprano		Adulto tardío	
	n	%	n	%	n	%
Funcionamiento familiar						
Alto	6	40	29	29.3	8	12.9
Medio	4	26.7	46	46.5	38	61.3
Bajo	5	33.3	24	24.2	16	25.8
Comunicación familiar						
Alto	3	20	24	24.2	13	21
Medio	8	53.3	48	48.5	36	58.1
Bajo	4	26.7	27	27.3	13	21
Funcionamiento de roles						
Alto	5	33.3	21	21.2	5	8.1
Medio	5	33.3	55	55.6	41	66.1
Bajo	5	33.3	23	23.2	16	25.8
Respuesta afectiva						
Alto	6	40	20	20.2	9	14.5
Medio	5	33.3	35	35.4	32	51.6
Bajo	4	26.7	44	44.4	21	33.9
Compromiso afectivo						
Alto	5	33.3	19	19.2	12	19.4
Medio	5	33.3	51	51.5	29	46.8
Bajo	5	33.3	29	29.3	21	33.9
Control conductual						
Alto	6	40	25	25.3	9	14.5
Medio	4	26.7	56	56.6	32	51.6
Bajo	5	33.3	18	18.2	21	33.9

En la tabla 5, se aprecia que los pacientes de adultez temprano (61.3%) y adulto tardío (46.5%) presenta un nivel medio en funcionamiento familiar, lo que indica que los pacientes

entre las edades de 21 hasta 75 años, están aprendiendo a organizarse en función al apoyo mutuo entre sus miembros, comunicándose y afrontando dificultades. A diferencia de los pacientes adolescentes, muestran un nivel alto (40%) en funcionamiento familiar lo que indica que las familias han desarrollado un grado adecuado de unión familiar, para afrontar problemas, expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio. Sin embargo, presentan un nivel bajo en las dimensiones funcionamiento de roles, compromiso afectivo y control conductual (33.3%). Por último, se observa en los pacientes de adultez temprano un nivel bajo (44.4 %) en la dimensión respuesta afectiva.

Tabla 6

Análisis de funcionamiento familiar según el estado civil

	Estado civil					
	Soltero		Casado		Conviviente	
	n	%	n	%	n	%
Funcionamiento familiar						
Alto	18	29.5	10	24.4	15	20.3
Medio	29	47.5	25	61	34	45.9
Bajo	14	23	6	14.6	25	33.8
Comunicación familiar						
Alto	16	26.2	9	22	15	20.3
Medio	33	54.1	22	53.7	37	50
Bajo	12	19.7	10	24.4	22	29.7
Funcionamiento de roles						
Alto	13	21.3	8	19.5	10	13.5
Medio	37	60.7	23	56.1	41	55.4
Bajo	11	18	10	24.4	23	31.1
Respuesta afectiva						
Alto	10	16.4	10	24.4	15	20.3
Medio	26	42.6	20	48.8	26	35.1
Bajo	25	41	11	26.8	33	44.6
Compromiso afectivo						
Alto	15	24.6	6	14.6	15	20.3
Medio	31	50.8	19	46.3	35	47.3
Bajo	15	24.6	16	39	24	32.4
Control conductual						
Alto	16	26.2	13	31.7	11	14.9
Medio	29	47.5	20	48.8	43	58.1
Bajo	16	26.2	8	19.5	20	27

En la tabla 6, se observa que los pacientes solteros tienen un nivel medio en funcionamiento familiar (47.5%), asimismo como los casados (61.0%) y los que conviven (45.9%). Sin embargo, en la dimensión de control conductual son los casados con 31.7% lo que indica un desarrollo adecuado frente a las exigencias que en la familia se puedan presentar y por tal sea más efectivo

las normas o pautas que se establezcan dentro del hogar. Por otro lado, se demuestra un nivel bajo en los convivientes (44.6 %) en la dimensión respuesta afectiva.

Tabla 7

Análisis de funcionamiento familiar según el sexo

	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	n	%	N	%
Funcionamiento familiar				
Alto	26	21.5	17	30.9
Medio	62	51.2	26	47.3
Bajo	33	27.3	12	21.8
Comunicación familiar				
Alto	24	19.8	16	29.1
Medio	67	55.4	92	52.3
Bajo	30	24.8	44	25
Funcionamiento de roles				
Alto	22	18.2	9	16.4
Medio	64	52.9	37	67.3
Bajo	35	28.9	9	16.4
Respuesta afectiva				
Alto	22	18.2	13	23.6
Medio	52	43.0	20	36.4
Bajo	47	38.8	22	40
Compromiso afectivo				
Alto	25	20.7	11	20
Medio	56	46.3	29	52.7
Bajo	40	33.1	15	27
Control conductual				
Alto	23	19.0	17	30.9
Medio	69	57.0	23	41.8
Bajo	29	24.0	15	27
Funcionamiento general				
Alto	23	19.0	15	27.3
Medio	67	55.4	27	49.1
Bajo	31	25.6	13	23.6

En la tabla 7, se aprecia que los varones tienen un nivel alto en funcionamiento familiar (30.9%) a diferencia de las mujeres (21.5%). Asimismo se aprecia en los varones niveles altos en

las dimensiones comunicación familiar (29.1%) y control conductual (30.9%). Sin embargo, muestran un nivel bajo en la dimensión respuesta afectiva (40.0%) lo cual indica que los varones presentan poca capacidad para expresar sus emociones con libertad y tienen temor a ser ridiculizado por los demás integrantes de su familia..

Tabla 8

Análisis de funcionamiento familiar según el grado de instrucción

	Grado de instrucción					
	Primaria		Secundaria		Superior	
	n	%	n	%	n	%
Funcionamiento familiar						
Alto	5	26.3	14	15.9	24	34.8
Medio	8	42.1	51	58.0	29	42.0
Bajo	6	31.6	23	26.1	16	23.2
Comunicación familiar						
Alto	5	26.3	15	17.0	40	22.7
Medio	11	57.9	46	52.3	35	50.7
Bajo	3	15.8	27	30.7	14	20.3
Funcionamiento de roles						
Alto	1	5.3	11	12.5	19	27.5
Medio	14	73.7	51	58.0	36	52.2
Bajo	4	21.1	26	29.5	14	20.3
Respuesta afectiva						
Alto	2	10.5	18	20.5	15	21.7
Medio	13	68.4	28	31.8	31	44.9
Bajo	4	21.1	42	47.7	23	33.3
Compromiso afectivo						
Alto	5	26.3	15	17.0	16	23.2
Medio	9	47.4	45	51.1	31	44.9
Bajo	5	26.3	28	31.8	22	31.9
Control conductual						
Alto	1	5.3	18	20.5	21	30.4
Medio	11	57.9	46	52.3	92	52.3
Bajo	7	36.8	24	27.3	44	25.0
Funcionamiento general						
Alto	5	26.3	14	15.9	19	27.5
Medio	10	52.6	52	59.1	32	46.4
Bajo	4	21.1	22	25.0	18	26.1

Se observa en la tabla 8, un nivel medio de funcionamiento familiar en los pacientes que solo obtuvieron una instrucción primaria (42.1%), en secundaria (58.0 %) y superior (42.0%); a su vez, se aprecia en los pacientes con un nivel primario, alto porcentaje en las dimensiones: comunicación familiar (26.3%), compromiso afectivo (26.3%) y funcionamiento general (26.3%); sin embargo, presentan un nivel bajo en la dimensión control conductual (36.8%). Por otro lado, el 20.5% de los pacientes con un nivel secundario evidencian un porcentaje alto en la dimensión control conductual (20.5%), pero un porcentaje bajo en la dimensión respuesta afectiva (47.7%).

Tabla 9

Análisis de funcionamiento familiar según los hijos

	Hijos			
	Si		No	
	n	%	n	%
Funcionamiento familiar				
Alto	30	21.7	13	34.2
Medio	70	50.7	18	47.4
Bajo	38	27.5	7	18.4
Comunicación familiar				
Alto	30	21.7	10	26.3
Medio	73	52.9	19	50.0
Bajo	35	25.4	9	23.7
Funcionamiento de roles				
Alto	19	13.8	12	31.6
Medio	81	58.7	20	52.6
Bajo	38	27.5	6	15.8
Respuesta afectiva				
Alto	28	20.3	7	18.4
Medio	54	39.1	18	47.4
Bajo	56	40.6	13	34.2
Compromiso afectivo				
Alto	25	18.1	11	28.9
Medio	67	48.6	18	47.4
Bajo	46	33.3	9	23.7
Control conductual				
Alto	28	20.3	12	31.6
Medio	75	54.3	17	44.7
Bajo	35	25.4	9	23.7
Funcionamiento general				
Alto	28	20.3	10	26.3
Medio	75	54.3	19	50.0
Bajo	35	25.4	9	23.7

En la tabla 9, se observa que el 50.7% de los pacientes que tienen hijos presentan un nivel medio en funcionamiento familiar, a diferencia de los pacientes que no tienen hijos (47.4); esto indica que los pacientes que tienen hijos son vulnerables a presentar un desequilibrio en la organización familiar debido a problemas en la manera de comunicarse, no saber expresar

adecuadamente sus sentimientos, no saber de qué manera apoyar frente a las necesidades que se puedan presentar.

1.1.4 Nivel de depresión

Tabla 10

Análisis de frecuencias de depresión

		n	%
Depresión	Leve	85	48.3%
	Moderado	39	22.2%
	Grave	52	29.5%

En la tabla 10, se observa que del total de la muestra, el 48.3% de pacientes presentan un nivel alto en depresión leve, lo cual indica un déficit en la capacidad para disfrutar de las actividades cotidianas, problemas de fatiga, debido a las preocupaciones de salud médica que los pacientes presentan. Por otro lado, el 22.2% presentan una depresión moderada, es decir, indican tristeza, preocupación, insomnio, inestabilidad emocional, etc. Y finalmente, el 29.5% se ubican en una depresión grave, lo que revela que son pacientes con problemas en el sueño y apetito, además, de caracterizarse por sentimientos de inferioridad y culpa, desesperanza, miedo, preocupación, tendencia al suicidio, etc.

1.1.5 Nivel de depresión según datos sociodemográficos

Tabla 11

Análisis de depresión según la edad

		Edad					
		Adolescentes		Adulto temprano		Adulto tardío	
		n	%	n	%	n	%
Depresión	Leve	8	53.3%	53	53.5%	24	38.7%
	Moderado	2	13.3%	17	17.2%	20	32.3%
	Grave	5	33.3%	29	29.3%	18	29.0%

Respecto al ciclo vital, en la tabla 11, se muestra el 53.3% en los pacientes adolescentes, en los adultos tempranos (53.5%) y adultos tardíos (38.7%) una depresión leve, lo que indica que suelen tener dificultades para poder involucrarse en actividades sociales, laborales o domésticas adecuadamente. Por otro lado, se aprecia en el 33.3% de los pacientes adolescentes una depresión grave, lo que revela problemas de atención y concentración, problemas de apetito y sueño, aislamiento, desesperanza, sentimientos de culpa, pensamiento e ideación suicida.

Tabla 12

Análisis de depresión según el estado civil

		Estado civil					
		Soltero		Casado		Conviviente	
		n	%	n	%	n	%
Depresión	Leve	34	57.7	17	41.50	34	45.90
	Moderado	13	21.3	11	26.80	15	23.30
	Grave	14	23.0	13	31.70	25	33.80

En la tabla 12, se observa que la mayoría de los solteros tienen depresión leve (57.7%), seguido de los casados (41.5%) y convivientes (45.9%). Sin embargo, se puede apreciar que un

grupo de pacientes que conviven (33.80%), experimentan episodios de depresión grave, lo que indica que tienen dificultades para poder involucrarse adecuadamente en actividades de índole social, laboral y doméstica, debido al aislamiento, tristeza, desesperanza, tendencia al suicidio, y autocastigo.

Tabla 13

Análisis de depresión según el sexo

		Sexo			
		Femenino		Masculino	
		n	%	n	%
Depresión	Leve	52	43.0	33	60.0
	Moderado	26	21.5	13	23.6
	Grave	43	35.5	9	16.4

Según la tabla 13, tanto hombres (60%) como mujeres (43%) presentan una depresión leve, lo que indica pérdida de interés y de capacidad para disfrutar de las actividades diarias, y aumento de fatigabilidad. Además, se aprecia un 35.5% de las pacientes mujeres con depresión grave a diferencia de los varones (16.4%).

Tabla 14

Análisis de depresión según el grado de instrucción

		Grado de instrucción					
		Primaria		Secundaria		Superior	
		n	%	n	%	n	%
Depresión	Leve	3	15.8	40	45.5	42	15.9
	Moderado	8	42.1	20	22.7	11	15.9
	Grave	8	42.1	28	31.8	16	23.2

En la tabla 14, se observa que el 42.1% de los pacientes que solo estudiaron hasta el nivel primario presentan depresión moderada y el 42.1% depresión grave, seguidamente el 45.5% del nivel secundaria presenta depresión leve, mientras el 23.2% de los pacientes que estudiaron una carrera o estudio profesional presentan depresión grave. Se concluye que los pacientes con un grado de instrucción primario, son más vulnerables a presentar un cuadro de depresión.

Tabla 15

Análisis de depresión según hijos

		Hijos			
		Si		No	
		n	%	n	%
Depresión	Leve	62	44.9	23	60.50
	Moderado	34	24.60	5	13.20
	Grave	42	30.40	10	26.30

En la tabla 15, se observa que el 30.4% de los pacientes que tienen hijos tienen un nivel de depresión grave, a diferencia de los que no tienen hijos (23.3%), lo que significa que los que tienen hijos experimentan emociones negativas, como: disminución de la atención y concentración, pérdida de sueño y confianza en sí mismo, falta de apetito, sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil; una perspectiva sombría del futuro, con pensamientos y actos de autoagresión e inclusive de querer suicidarse.

1.2 Prueba de normalidad

Para comprobar las hipótesis planteadas y cumplir con el propósito de realizar los análisis comparativos, se procedió a realizar la prueba de bondad de ajuste para precisar si las variables presentan una distribución normal. Por ello, en la tabla 16, se presenta los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) correspondientes a las variables, las cuales

no presentan una distribución normal dado que el coeficiente obtenido (K-S) fue de 0.00 para ambas variables y dimensiones. Por tanto, se empleó el análisis estadístico no paramétrico.

Tabla 16

Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para las variables de estudio

Instrumentos	VARIABLES	Media	D.E	K.S	P
Funcionamiento familiar	Global	1.99	0.709	3.326	0.000
	Comunicación familiar	1.98	0.692	3.49	0.000
	Funcionamiento de roles	1.93	0.65	3.916	0.000
	Respuesta afectiva	1.81	0.746	3.347	0.000
	Compromiso afectivo	1.89	0.713	3.286	0.000
	Control conductual	1.98	0.692	3.49	0.000
Depresión	Depresión global	1.8125	0.86458	4.103	0.000

*p<0.05

1.3 Análisis de correlación

Tabla 17

Coefficiente de correlación entre depresión y las dimensiones de funcionamiento familiar

Funcionamiento familiar	Depresión	
	rho	p
Funcionamiento global	-,406**	0.000
Comunicación familiar	-,294**	0.000
Funcionamiento de roles	-,276**	0.000
Respuesta afectiva	-,241**	0.001
Compromiso afectivo	-,245**	0.001
Control conductual	-,398**	0.000

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Como es posible apreciar en la tabla 17, el coeficiente de correlación de rho de Spearman muestra rho = -,406, p > 0.00 indicando que ambas variables se encuentran relacionadas entre sí

de forma negativa; por ello, a mayor funcionamiento familiar, menor será el riesgo que tengan depresión los pacientes.

De la misma manera se halló correlación altamente significativa entre las dimensiones de funcionamiento familiar y la depresión. Encontrándose una relación moderada en control conductual ($\rho = -.398, p > 0.00$) en sentido negativo relacionado a la depresión. La cual indica que los integrantes de cada familia que afrontan problemas, expresan sus emociones, manejan las reglas de convivencia y se adaptan a las situaciones de cambio, presentarán menores indicadores de depresión entre sus miembros. Por otro lado, las dimensiones restantes del funcionamiento familiar presentaron una relación leve, altamente significativa.

2. Discusión

Los resultados obtenidos en la presente investigación demostraron que existe relación significativa entre las dimensiones de funcionamiento familiar y depresión en los pacientes de consulta externa del Hospital José Agurto Tello de Chosica, puesto que el coeficiente rho de Spearman mostró un grado de intensidad de $\rho = -.406 (p = .000)$, lo cual indica que existe relación moderada altamente significativa entre las variables mencionadas; entendiendo que cuando las familias de los pacientes son funcionales, estos tendrán la capacidad de vivir de modo equilibrado permitiendo conservar adecuadamente las relaciones con todos los miembros del hogar; por tanto, menor será la tendencia a presentar tristeza, desesperación, angustia o soledad. Estos resultados se corroboran con lo mencionado por Arés (2002) respecto a que los procesos de interacción y convivencia que se promueven en el hogar generan sentimientos de seguridad, identidad, y bienestar. Asimismo, Torres (2013) en su investigación con 150 adultos mayores de consulta externa, encontró que la depresión y la percepción de funcionalidad familiar se relacionan entre sí.

En cuanto a la relación entre la dimensión comunicación familiar y depresión, el coeficiente rho de Spearman mostró un grado de intensidad de $\rho = -.294$ ($p = .000$), indicando que existe relación débil pero altamente significativa entre la dimensión y la variable. Es decir, cuando en las familias de los pacientes los miembros expresan sus sentimientos y necesidades, mostrando empatía y capacidad de escucha, se manifestará en los pacientes menor tendencia a la frustración, al llanto o el aislamiento. En este sentido, Oriza (2014) planteó que la comunicación en la familia genera funcionalidad e integración entre sus miembros y como resultado de ello reduce los problemas emocionales. Esto se da cuando la comunicación beneficia el entendimiento y el apoyo, con el fin de llegar a favorables acuerdos. Asimismo, Jiménez, Murgui y Musitu (2007) en su investigación encontraron que existe relación entre comunicación familiar y ánimo depresivo en 625 participantes adolescentes españoles.

Respecto a la dimensión funcionamiento de roles y depresión el coeficiente rho de Spearman mostró un grado de intensidad de $\rho = -.276$ ($p = .000$) es decir, que existe relación débil pero altamente significativa entre la dimensión y la variable. Esto indica que la familia de los pacientes que cumplen con sus responsabilidades y sus funciones respectivas dentro del hogar, evitando que se genere conflictos, discusiones, amonestaciones, entre los propios miembros de la familia; asimismo, evitará, los resentimientos, rencores, frustraciones, sentimientos de culpa. Respecto a ello, Perpiñan (2009) mencionó que las familias que se organizan con las tareas cotidianas, repartiendo equitativamente las responsabilidades, estarían reforzando las funciones que los miembros deben cumplir, permitiendo que los sujetos alcancen un equilibrio emocional.

En cuanto al análisis de correlación entre la dimensión respuesta afectiva y depresión en pacientes evaluados de consulta externa, el coeficiente rho de Spearman señaló un grado de intensidad de $\rho = -.241$ ($p = .001$) demostrando que sí hay relación débil, pero altamente

significativa. Lo que indica, la capacidad que tienen las familia de los pacientes para demostrar el afecto que sienten el uno hacia el otro, expresar sus sentimientos abiertamente, mostrar sus tristezas pero también sus alegrías ayuda a que los pacientes superen las diversas crisis familiares con más facilidad y pueda contribuir a desarrollar un equilibrio emocional y prevenga tristezas, frustraciones, sentimientos de culpa o inferioridad. Así Gonzales (2007) refuerza lo mencionado refiriendo que las familias saludables brindan un adecuado clima emocional afectivo recíproco entre sus integrantes, hace que los recursos familiares sirvan para afrontar los conflictos personales y emocionales.

En cuanto a la relación entre compromiso afectivo y depresión, se halló correlación leve pero altamente significativa en base al grado de intensidad de $\rho = -.245$ ($p = .001$), lo cual indica que mientras más apoyo exista por parte de los demás miembros de la familia, asimismo haya interés en saber las actividades personales de los demás integrantes, menor será la tendencia a la tristeza y a los sentimientos de soledad. Es así que Miller, Epstein, Bishop y Keitner (1983) indicaron que las familias manifiestan interés y valoran las actividades de cada uno y se interesan en los demás miembros de la familia, generando un bienestar afectivo saludable.

Y por último en la relación al control conductual y depresión, se obtuvo un coeficiente rho de Spearman la cual mostró un grado de intensidad de $\rho = -.398$ ($p = .000$), lo que indica que existe una relación moderada pero altamente significativa, esto quiere decir, que mientras más preparados estén frente a situaciones de emergencia, respeten las reglas establecidas en el hogar, menor será la tendencia a la angustia, a la desesperación, desesperanza, al miedo, al llanto. Según Ortiz (1999), mencionó que existen familias que no pueden resolver las crisis por si solas, a veces pierden el control, y manifiestan desequilibrios emocionales, determinando cambios negativos en el estado de la salud.

Conclusiones y Recomendaciones

1. Conclusiones

Después de un análisis de los resultados obtenidos en la presente investigación sobre el funcionamiento familiar y depresión en los pacientes de consulta externa del Hospital José Agurto Tello de Chosica en el año 2015, se concluye:

- Con respecto al objetivo general, se determinó que sí existe una relación significativa entre funcionamiento familiar y depresión ($Rho=-,406$, $p=0.000$), en los pacientes de consulta externa, lo que indica que un funcionamiento familiar organizado y equilibrado brinda a los miembros de la familia una base emocional sólida y estable, y por tal proveerá de recursos necesarios como sentimientos de confianza, seguridad y protección, siendo necesario para afrontar cualquier circunstancia o crisis emocional, y no se genere la depresión.
- Con respecto al primer objetivo específico, se encontró que la dimensión comunicación sí se relaciona significativamente con depresión ($rho=-,294$, $p=.000$) en los pacientes de consulta externa de un hospital de Lima, este.
- Con respecto al segundo objetivo específico, se encontró que la dimensión funcionamiento de roles sí se relaciona significativamente con depresión ($rho=-,276$, $p=.000$) en los pacientes de consulta externa de un hospital de Lima, este.
- Con respecto al tercer objetivo específico, se encontró que la dimensión respuesta afectiva sí se relaciona significativamente con depresión ($rho=-,241$, $p=.001$) en los pacientes de consulta externa de un hospital de Lima, este.

- Con respecto al cuarto objetivo específico, se encontró que la dimensión compromiso afectivo sí se relaciona significativamente con depresión ($\rho=-,245$, $p=.001$) en los pacientes de consulta externa de un hospital de Lima, este.
- Con respecto al quinto objetivo específico, se encontró que la dimensión control conductual sí se relaciona significativamente con depresión ($\rho=-,398$, $p=.000$) en los pacientes de consulta externa de un hospital de Lima, este.

2. Recomendaciones

Al finalizar el presente trabajo de investigación se proponen las siguientes recomendaciones:

- Ampliar la muestra de estudio para poder generalizar los resultados.
- Implementar programas de charlas informativas dirigidas a los pacientes de consulta externa, acerca de los beneficios, funciones, organización, que tiene la familia como apoyo emocional, físico y psicológico.
- Implementación talleres de prevención y promoción acerca de la depresión, y como esta afección influye negativamente en la salud física del paciente.
- Motivar a los pacientes de consulta externa a que busquen orientación, consejería y/o terapia para mejorar la dinámica relacional de su familia, asimismo, los recursos necesarios para afrontar la depresión.

Referencias

- Aguilera, P. (2007). *Prevalencia de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodialisis*. (tesis inedita de licenciatura universidad Australiana de Chile). Recuperado de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fma283p/sources/fma283p.pdf>
- Alberdi, A., Fernández, F. e Iglesias, B. (2013). Depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital General en Coruña. *Revista Unidad Psiquiátrica de Interconsulta y Enlace (UPIE)*, 74 (4), 161-174. Recuperado de <http://www.galiciaclinica.info/PDF/25/542.pdf>
- Alverti, M. (2004). *Historia de la depresión*. España: Printed in Spain. Recuperado de: <http://books.google.com.pe/books?id=a6173E2M6P0C&pg=PA243&dq=Breve++historia+de+la+depresion&hl=es&sa=X&ei=TRZqVNWmA-2HsQTz64G4DA&ved=0CDIQ6AEwBA#v=onepage&q=Breve%20%20historia%20de%20la%20depresion&f=false>
- Andolfi, M. (1993). *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.
- Arés, P. (2002). *Psicología de la familia: una aproximación a su estudio*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Arenas, S. (2009). *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes*. (Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú). Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2562>
- Baldwin, M. (1998). *Modelo Mc Master de evaluación familiar*. Buenos Aires: Editorial Gedese.

- Barbaran, M., Apaza, R. (2015) *Depresión y violencia familiar en pacientes mujeres de un hospital de Lima este*. Tesis presentada para obtener el título profesional en Psicología. Lima, Perú: Universidad Peruana Unión.
- Barguil, I. Gómez, C., Ramírez, J. y Zapata, S. (2012). Depresión en pacientes con enfermedades autoinmunes más frecuentes en reumatología en Colombia. *Revista Medicina U.P.B*, 31(1), 34-40. Recuperado de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/view/989/888>
- Barato G., S. (1985). *Familia y comunidad*. Bogotá: Usta.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión* (15 ed.). Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Beck, A., steer, R., y Brown, G. (1996) *BDI –II. Beck depression inventory-second edition manual*. San Antonio, TX: the psychological corporation.
- Bertalanfly, V. (1976). *Teoría general de los sistemas*. México: DF: Fondos de cultura económica.
- Balcázar, L., Ramírez, Y. y Rodríguez, M. (2015). Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. *Rev Esp Med Quir*. 20 (2), 135-143. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq152c.pdf>
- Bohorquez, A. (2007). *Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina*. (Tesis presentada a la facultad de medicina como requisito parcial para optar al grado de Maestría en epidemiología clínica, Pontificia Universidad Javeriana Colombia). Recuperado de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/medicina/tesis37.pdf>
- Calderón, G. (1984). *Depresión, Causas, Manifestaciones y Tratamiento*. México: Trillas.

- Calderón, M., Cortés, A., Durán, E., Martínez, T., Ramírez, L., y Garavito, C. (2012). Depresión: Recorrido histórico y conceptual. Recuperado de http://www.contextosrevista.com.co/Revista%209/A5_Depresi%C3%B3n%20Recorrido%20hist%C3%B3rico%20y%20conceptual.pdf
- Campos, E. (2012). *Funcionamiento familiar y autoestima en los adolescentes del colegio "Manuel Gonzales Prada" de Pichanaki*. (Tesis presentada para optar grado academico de magister en terapia familiar). Lima, Perú: Universidad Peruana Unión.
- Cardona, J.(1990). *La depresion*. Madrid España: Dossat
- Carrenho, E. (2007). *Depresión: Hay luz al final del túnel*. Buenos aires: Boedo.
- Castro, D. Cerdan, E. (2015). *Interrelación afectiva familiar Y Nivel De Depresión En Los Adultos Mayores De 65 Años Del Asentamiento Humano Miguel Grau, Chaclacayo*. (Tesis presentada para optar el título profesional en Enfermería). Lima, Perú: Universidad Peruana Unión.
- CIE-10. (1988) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Organización Mundial de la Salud.
- Consuelo, M., Muñoz, E., Adriana, L., Ramírez, O., Luis, J., & Sagarduy, Y. (2015). *Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n3/0185-3325-sm-38-03-00201.pdf>
- Chappa, H. (2003). *Distimia y otras Depresiones Crónicas, tratamiento psicofarmacológico y cognitivosocial*. Buenos Aires. Editorial: Médica Panamericana, S.A. Recuperado de:

http://books.google.com.pe/books?id=yJZacIMB7RAC&pg=PA89&dq=teorias+de+la+depression&hl=es&sa=X&ei=cwJHVJj3PM_AggTAnIGYDA&ved=0CB8Q6AEwAQ#v=onepage&q=teorias%20de%20la%20depression&f=false

Chirinos, R. (2007). *La familia como terapia*. Argentina: Lumen.

Chinchillan, A. (2008). *La depresión y sus Máscaras: aspectos terapéuticos*. Buenos Aires.

Editorial: Médica Panamericana, S.A. Recuperado de:

http://books.google.com.pe/books?id=Yvp51Web9JsC&pg=PA57&dq=FACTORES+DE+LA+DEPRESION&hl=es&sa=X&ei=z_RGVOfqHoPGgwTQoHQBg&ved=0CEIQ6AEwBw#v=onepage&q=FACTORES%20DE%20LA%20DEPRESION&f=false.

Clavijo, A. (2011). *Crisis, familia y psicoterapia*. La Habana: ecimed. Recuperado de :

http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/Familia_Crisis_Cuba.pdf

De la Cuesta, D., Perez, E., Lauro., I.(1996). *funcionamiento familiar: Construcción y validación de un instrumento*. (Tesis magistral). Recuperado de:

www.sld.cu/galerias/doc/sitios/pdguanabo/bcfamiliar.doc

De la fuente, R. (2009). Modelo de evaluación familiar: recuperado de

<http://es.slideshare.net/pcamacho/14-modelo-de-evaluacion-familiar>

DSM –IV-TR.(2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American

Psychiatric: Masson.

Edelmira, E.(2011). *Funcionamiento familiar y rendimiento académico de los alumnos del*

cuarto grado de secundario del colegio adventista del titicaca. Tesis de magister en

ciencias de la familia con mención en terapia familiar. Lima, Perú: Universidad Peruana

Unión.

- Epstein, N., Baldwin, L., y Bishop, D. (1983). The McMaster Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2). 171-180. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x/references>
- Espino, M. (2012). *El vínculo afectivo familiar y su asociación con el nivel de depresión en los pacientes adultos mayores hospitalizados de la clínica san isidro labrador ESSALUD* (Tesis de Licenciatura en Enfermería). Lima, Perú: Universidad Peruana Unión.
- Fenichel, H. (1979). *Teoría General de la Neurosis y Psicosis*. André: Bs. As.: Paidós
- Finley, M. y Landless, P. (2014). *Viva con esperanza: Secretos para tener salud y calidad de vida*. Argentina: Casa editora sudamericana.
- Florenzano, U. (1995). *Familia y salud de los jóvenes*. Ed. Universidad católica de Chile: Santiago.
- Gaviria, S., Rodríguez, M., Álvarez, T., (2000) Calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de medicina de medellin. *Revista chilena de neuropsiquiatría* v40 n.1. recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000100005&script=sci_arttext
- García, C. (2005). Habilidades sociales, clima social familiar y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Universidad de san Martín de Porres, Escuela Profesional de Psicología. *Liberabit*. Lima (Perú) 11:63-74,2005.
- Gomez, C., Irigoyen, C., y Ponce, R. (1999) Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar en Mexico. *Revista Medica*, 1(2),45-57. Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Segundo/II_EMF_127-139

- González, C., Criado, M., Araque, J., Smith, B., y Cala., O. (2011). Funcionalidad familiar en intento de suicidio en Colombia. *Revista Univ. Ind. Santander Salud*, 43 (1), 0121-0807. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072011000100006
- Gonzales, I. (2000). Reflexiones acerca de la salud familiar: *Rev Cubana Med Gen Integr*, 16(5), 508-12. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_5_00/mgi15500.pdf
- Hall, V., (2003). *Depresión: fisiopatología y tratamiento*. Costa Rica: CIMED.
- Hernández, G. (2007). *Depresión recorrido histórico y conceptual*. Universidad piloto de Colombia. Recuperado de http://www.contextosrevista.com.co/Revista%209/A5_Depresi%C3%B3n%20Recorrido%20hist%C3%B3rico%20y%20conceptual.pdf
- Hernandez, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2006). *Metodología de la investigación*. Mexico: El comercio S.A.
- Jervis, G. (2005). *La depresión: dos enfoques complementarios*. Madrid. Editorial: Fundamentos. Recuperado de: http://books.google.com.pe/books?id=DGDnf2SQIdAC&pg=PA44&dq=FACTORES+DE+LA+DEPRESION&hl=es&sa=X&ei=z_RGVOfqHoPGgwTQoHQBg&ved=0CCUQ6AEwAg#v=onepage&q=FACTORES%20DE%20LA%20DEPRESION&f=false.
- Jiménez, T., Murgui, S. y Musitu, G. (2007). Comunicación familiar y ánimo depresivo en adolescentes españoles: el papel mediador de los recursos psicosociales. *Revista Mexicana de Psicología*, 24 (2), 259-271. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/pdf/2430/243020637010.pdf>

Lagos, H., y Flores, N. (2014). Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima. *Cuidados Y Salud*, 1(2), 85–92. Recuperado de:
<http://eeplt.edu.pe/revista/index.php/Salud/article/view/23/20>

Leclercq, J.(1979). *La familia*.Barcelona. España: Herder.

Leon, S. (2012). *Brevisima historia de la depresión ciencia, divulgación, psicología*. Recuperado de
<http://e.ciencia.com/blog/divulgacion/brevisima-historia-de-la-depresion>

Leyva, R., Hernández, A., Nava, G., y López, V. (2007) Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista instituto mexicano del seguro social*, 45 (3), 225-232. Recuperado de
<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im073d.pdf>

López, J. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: MASSON.

Martínez, A., Pastrana, E., Rodríguez, O., y Gómez, C. (2009). Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar en Chile. *Revista médica de Chile*, 137 (12), 1642-1643. Recuperado de
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009001200015

Martínez, P., Iraurgi, L., Galíndez, E., y Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scale (FACES) en España. *Revista International Journal of Clinical and*

- Health Psychology*, 6 (2), 317-338. Recuperado de
http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-180.pdf
- Mendels, J. (1989). *La Depresión*. Barcelona: Herder
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy* Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Mora (2015). *Asociación entre funcionalidad familiar y depresión en escolares adolescentes de la Institución Educativa Ricardo Palma de Surquillo*. (Trabajo de investigación para optar el Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Perú). Recuperado de
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4808/1/Mora_Espinoza_Ninoska_2015.pdf
- Musitu, G., Buelga, S. y Lila, M. (1994). *Teoría de Sistemas*. En Musitu: G. y P. Allat.
- Murray, B., Fortinberry, A. (2004). *Superando las depresiones*. Barcelona, España: Amat.
- Nardonde, G., Giannotti, E., y Rocchi, R. (2003). *Modelos de familia*. España: Tesys.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder
- Oliván, B. (2011). *Plantándole cara a la depresión*. Barcelona. Editorial: Erasmus.
Recuperado de:
http://books.google.com.pe/books?id=SO50wm4POsC&pg=PA53&dq=FACTORES+DE+LA+DEPRESION&hl=es&sa=X&ei=z_RGVOfqHoPGgwTQoHQBg&ved=0CDgQ6AEwBQ#v=onepage&q=FACTORES%20DE%20LA%20DEPRESION&f=false
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. España editorial: Washingt. Recuperado de:

- http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf. Organización Mundial de la Salud, 2013. Temas de salud depresión información general <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Ortiz, M. (1999). La salud familiar. (Versión electrónica). *Revista cubana de medicina general integral*. (15)4. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421251999000400017&script=sci_arttext&tlng=es
- Oriza, J. (2014). *La inteligencia emocional en el matrimonio. Valores, sentimientos, y actitudes*. México: Trillas.
- Palacios, U., Elsa, M. (2008). *Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho en Peru*. (Cibertesis Perú). Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3313>
- Papalia, D y Olds, S. (1992). *Desarrollo humano*. Colombia: Luz M. Rodríguez A.
- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J. y Vera, P. (2009) Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Rev Med de Chile* 137, pp. 226-174. Recueperado de :
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872009000200006&script=sci_arttext
- Paikel, E. (1982). *Psicopatología de los Trastornos Afectivos*. Madrid: Pirámide S.A.
- Perpiñan, S. (2009). *Atención temprana y familia. Cómo intervenir creando entornos competentes*. Madrid: Narcea S.A.
- Perales, A., Zambrano, M., Vásquez, G. y Mendoza, A. (1991). *Manual de Psiquiatría Humberto Rotondo*. Lima: Enotria S.A.
- Puente, K. (2014) *Funcionamiento familiar y actitudes ante situaciones de agravio en estudiantes del nivel secundario de la institución educativa adventista "España"*. Tesis

- presentada para optar el grado académico de magíster en terapia familiar. Lima, Perú: Universidad Peruana Unión.
- Prado, R.(2004). *Los vínculos de la familia*. Peru: Kreagraf.
- Preston, J. (2004). *Cómo vencer la depresión*. México. Editorial: Pax, México. Recuperado de: <http://books.google.com.pe/books?id=e4vCKfazAQQC&pg=PA15&dq=que+es+la+de+presion&hl=es&sa=X&ei=JO5GVIGHJpHOggTNkIHQDQ&sqi=2&ved=0CDkQ6AEwBQ#v=onepage&q=que%20es%20la%20depresion&f=false>
- Quinteros, D. (2008) *Funcionamiento familiar y rendimiento académico en alumnos del primer y segundo año de la Facultad de ciencias Humanas y Educación de la Universidad Peruana Unión*. Tesis presentada para optar grado académico de Magíster en Educación con mención en Psicología Educativa. Lima, Perú: Universidad Peruana Unión.
- Revisi, J., & Hirzel, J. (2013). Depresión. Diferencias de género., *17*(3), 1–21.
- Revuelta, I., Alberti, R. (2005). Psiquiatría: Depresión y Entorno Familiar. *Revista de la salud mental*, *12*(4) ,220-35. Recuperado de <http://www.saludmental.info/Secciones/psiquiatria/2008/depresion-entorno-familiar-junio08.htmlz>
- Rojtenberg, S. (2001). *Depresiones y Antidepresivos*. Argentina: Panamericana.
- Sauceda, J. y maldonado, J.(2003). *La familia*. EE.UU: IMS.
- Sausa, M. (06 de septiembre de 2014) La depresión causa el 80% de suicidios en el Perú, pero no es atendida. Peru21. Recuperado de: <http://peru21.pe/actualidad/depresion-ciberbullying-sis-instituto-nacional-salud-mental-honorio-delgado-hideyo-noguchi-2197688>
- Satir, V. (2002). *Nuevas relaciones humanas en el nucleo familiar*. Mexico: Editorial Pax.

- Seligman, M. (1991). *El optimismo es una Ventaja y un Placer que se Adquiere*. Buenos Aires: Atlántida.
- Torres, I. (2013) *Depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores*. (Tesis para optar el título de: especialista en medicina familiar, Universidad Nacional de Trujillo Facultad de Medicina, Perú). Recuperado de http://dspace.unitru.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/695/TorresMoreno_I.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Trickett, S. (2009). *Supera la ansiedad y la depresión*. España. hispano Europea, A.S. Recuperado de: http://books.google.com.pe/books?id=xpmFOiLu5_cC&printsec=frontcover&dq=que+es+la+de+presion&hl=es&sa=X&ei=JO5GVIGHJpHOggTNkIHQDQ&sqi=2&ved=0CCAQ6AEwAQ#v=onepage&q=que%20es%20la%20depression&f=false.
- Vasquez, F., Muñoz, R., y Becoña, E. (2000). Depresión : diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Rev. Psicología conductual*, 8, 417-449. Recuperado de: <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>
- Vásquez, A. (2013). *Depresión y diferencias de género, depresión. Gender differences multined* 2013; 17 (3) Recuperado de: <http://www.multimedgrm.sld.cu/Documentos%20pdf/Volumen17-3/16.pdf>
- Vallejo, J. (2006). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. España: Masson
- Vallejo, J. (1998) *Depresión Recorrido histórico y conceptual*. Universidad piloto de Colombia Recuperado de:

- http://www.contextosrevista.com.co/Revista%209/A5_Depresi%C3%B3n%20Recorrido%20hist%C3%B3rico%20y%20conceptual.pdf
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1995). *Depresión Recorrido histórico y conceptual*. Universidad piloto de Colombia Recuperado de:
- http://www.contextosrevista.com.co/Revista%209/A5_Depresi%C3%B3n%20Recorrido%20hist%C3%B3rico%20y%20conceptual.pdf
- Villareal, M.(1985). *Orientación familiar*. Colombia: Santo tomas.
- Walsh, F.(1993). *Conceptualizations of normal processes in normal family processes*. Nueva York: Guilford.
- White, E. (1988). *El hogar Cristiano*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- White, E. (1923). *Consejos sobre la salud*. Buenos Aires: Asociación publicadora interamericana.
- White, E. (1990). *El hogar cristiano*. Buenos aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- White, E. (1965). *El ministerio de curación*. Buenos aires: Asociación casa editora sudamericana.
- White, E. (1973). *La Educación*. Buenos aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- White, E. (1967). *Mensaje para los jóvenes*. Buenos aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- White, E. (1987). *Mente carácter y personalidad II*. Buenos Aires: Asociación casa editora sudamericana.
- Zavala, G., Domínguez, S. (2010) *Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos*. *Revista Psicogeriatría*, 2 (1), 41-48. Recuperado de http://www.viguera.com/sep/pdf/revista/0201/0201_0041_0048.pdf

ANEXO 1

Fiabilidad de la Escala de Evaluación Familiar (FAD)

La fiabilidad global de la escala y de sus dimensiones se valoro calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach arrojando un valor de ,87. La tabla permite apreciar que la consistencia interna global de la escala (60 ítems) en la muestra estudiada es de ,89 que puede ser valorado como indicador de una elevada fiabilidad ya que supera el punto de corte igual a ,50 considerado como indicador de una buena fiabilidad para los instrumentos de medición psicológica, según (Guilford, 1954).

Tabla 20

Análisis de fiabilidad de la escala evaluación familiar

Dimensiones	Nº de ítems	alpha
Solución de problema	6	,484
Comunicación familiar	9	,595
Funcionamiento de roles	10	,530
Respuesta afectiva	5	,526
Compromiso afectivo	8	,654
Control conductual	9	,513
Funcionamiento familiar	60	,894

Validez de la escala de evaluación familiar (FAD)

Como se observa en la tabla los coeficientes de correlación producto-momento de Pearson (r) son significativos, lo cual confirma que la escala presenta validez de constructo. Asimismo, los coeficientes que resultan de la correlación entre cada una de la dimensiones y el constructo en su globalidad son moderados en su mayoría, además de ser altamente significativos.

Tabla 21

Análisis de validez de la escala evaluación familiar

Dimensiones	R	Test	P
Solución de problema	,696**		.000
Comunicación familiar	,834**		.000
Funcionamiento de roles	,763**		.000
Respuesta afectiva	,675**		.000
Compromiso afectivo	,727**		.000
Control conductual	,728**		.000
Funcionamiento general	,861**		.000

ANEXO 2

Fiabilidad del Inventario para Depresión de Beck

El cuestionario para la evaluación de depresión (21 ítems) obtiene un coeficiente de ,91 que puede ser valorada como indicador de una elevada fiabilidad. Asimismo en la tabla 1 se aprecia que los valores de Alpha muestran que cada uno de los ítems presenta una contribución muy parecida a la consistencia global del inventario. Por tanto la alta homogeneidad del instrumento indica la existencia de una muy buena consistencia interna del inventario.

Tabla 18

Análisis de fiabilidad del inventario de depresión

Reactivos	Media	Varianza si elimina ítem	Alpha si elimina ítem
b1	21,33	112,576	,900
b2	21,47	112,262	,900
b3	21,08	111,182	,901
b4	21,19	114,987	,903
b5	21,30	112,292	,901
b6	21,27	111,937	,900
b7	21,26	113,817	,902
b8	20,90	112,888	,899
b9	21,67	112,839	,900
b10	21,49	112,983	,900
b11	21,27	115,191	,901
b12	21,36	114,267	,902
b13	21,03	112,428	,900
b14	21,41	109,536	,898
b15	21,27	112,551	,900
b16	21,20	113,021	,902
b17	21,10	112,264	,900
b18	21,31	113,485	,904
b19	21,56	115,047	,904
b20	20,98	115,823	,905
b21	21,01	114,154	,904

Validez del Inventario para evaluar depresión ítem - test

En la tabla se presenta los resultados de la validez de constructo por el método de análisis de ítem – test, donde los coeficientes de correlación producto – momento de Pearson (r) son significativos y moderados en su mayoría lo cual evidencia que la escala presenta validez de constructo.

Tabla 19

Análisis de validez del inventario de depresión

Ítems	Test	
	r	p
b1	,647**	,000
b2	,620**	,000
b3	,606**	,000
b4	,513**	,000
b5	,609**	,000
b6	,624**	,000
b7	,554**	,000
b8	,711**	,000
b9	,627**	,000
b10	,623**	,000
b11	,587**	,000
b12	,566**	,000
b13	,651**	,000
b14	,711**	,000
b15	,647**	,000
b16	,573**	,000
b17	,623**	,000
b18	,521**	,000
b19	,474**	,000
b20	,452**	,000
b21	,493**	,000

ANEXO 3

Inventario para evaluar depresion

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. Y luego señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana, INCLUIDO EL DIA DE HOY, no hay respuestas buenas o malas. Recuerde que sus respuestas son confidenciales, así que conteste con plena libertad.

TRISTEZA

- 0 No me siento triste
- 1 Siento desgano o tristeza
- 2 Siempre siento desgano o tristeza y no lo puedo remediar
- 2 Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho
- 3 Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no puedo soportar más

B. PESIMISMO

- 0 No estoy particularmente pesimista, ni desanimado con respecto al futuro
- 1 Me siento desanimado respecto al futuro
- 2 Siento que son hay nada que esperar del futuro
- 2 Siento que jamás me librare de mis penas y preocupaciones
- 3 Siento que mi futuro es desesperante y que nunca mejorara mi situación

C. SENSACIÓN DE FRACASO

- 0 No me siento fracasado
- 1 Me siento más fracasado que otras personas
- 2 Siento que en la vida he realizado muy pocas cosas que valgan la pena
- 2 Si pienso en mi vida pasada veo que solo he tenido fracasos
- 3 Siento que como persona he fracasado por completo (Padre, esposo, esposa).

D. INSATISFACCION

- 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes
- 1 Casi siempre me siento aburrido
- 1 No disfruto de las cosas como antes gozaba
- 2 Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas
- 3 Estoy descontento de todo

E. CULPA

- 0 No siento ninguna culpa en particular
- 1 La mayor parte del tiempo me siento mal o culpable
- 2 Me siento culpable
- 2 Me siento mal o culpable prácticamente todo el tiempo
- 3 Considero que soy malo, que hago todo muy mal y que no valgo absolutamente nada

F. EXPECTATIVA DE CASTIGO

- 0 Siento que no estoy siendo castigado
- 1 Tengo sensación de que pueda sucederme algo malo
- 2 Siento que estoy siendo castigado o que voy a ser castigado
- 3 Siento que merezco ser castigado
- 3 Debo ser castigado

G. AUTODISGUSTO

- 0 No estoy descontento conmigo mismo
- 1 Estoy descontento conmigo mismo
- 1 No me gusta a mí mismo
- 2 No me puedo soportar a mí mismo
- 3 Me odio

H. AUTOACUSACIONES

- 0 No me siento peor que los demás
- 1 Soy consciente de mis propias faltas y mis propios defectos
- 2 Me hago reproches por todo aun cuando me salga bien
- 3 Tengo la impresión que mis defectos son muchos y muy graves

I IDEAS SUICIDAS

- 0 No pienso, ni se ocurre dañarme a mí mismo
- 1 A veces se me ocurre que podría quitarme la vida, pero no podría hacerlo
- 2 Siento que muerto estaría mejor
- 2 Siento que mi familia estaría mejor si yo estuviese muerto
- 3 Tengo planes definidos para suicidarme
- 3 Si pudiese me suicidaría

J. LLANTO

- 0 No lloro más de lo común
- 1 Ahora lloro más que lo que lloraba antes
- 2 Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo
- 3 Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera como lo hacía antes

K. IRRITABILIDAD

- 0 No me siento irritado
- 1 Me enfado o me irrito con más facilidad que antes
- 2 Estoy constantemente irritado
- 3 Ahora que me irritan en absoluto cosas que antes me enfadaba

L. ALEJAMIENTO SOCIAL

- 0 No he perdido el interés por los demás
- 1 Ahora estoy menos interesado en los demás que antes
- 2 He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas
- 3 Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente

M. INDECISION

- 0 Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones
- 1 Ahora me esfuerzo para tomar decisiones
- 2 Tengo gran dificultad para decidirme
- 3 Me siento incapaz para tomar decisiones de cualquier tipo

N. AUTO – IMAGEN DEFORMADA

- 0 No tengo la impresión de presentar mal aspecto
- 1 Temo que mi aspecto cause mala impresión o de aparecer aviejado
- 2 Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto
- 3 Tengo la impresión que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo

O. RETARDO PARA TRABAJAR

- 0 Trabajo con la misma facilidad de siempre
- 1 Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar
- 1 Ya no trabajo tan bien como antes
- 2 Tengo que hacer un gran esfuerzo
- 3 Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea

P. PERDIDA DE SUEÑO

- 0 Duermo tan bien como antes
- 1 Por las mañanas me siento más cansado que de costumbre, porque me levanto por las noches
- 2 Me despierto una o dos horas más temprano que antes y me cuesta trabajo volver a dormir
- 3 Me despierto demasiado temprano por las mañanas y no puedo dormir más de cinco horas

Q. FATIGABILIDAD

- 0 No me siento cansado
- 1 Me canso más fácilmente que de costumbre
- 2 Me canso hacer cualquier cosa
- 3 Me siento demasiado cansado para hacer cualquier cosa

R. PERDIDA DE APETITO

- 0 Mi apetito no está mal es como de costumbre
- 1 Mi apetito no es tan bueno como antes
- 2 Ahora mi apetito esta mucho peor
- 3 No tengo en absoluto ningún apetito

S. PÉRDIDA DE PESO

- 0 He perdido peso últimamente
- 1 He perdido más de dos kilos de peso
- 2 He perdido más de cuatro kilos peso
- 3 He perdido más de siete kilos de peso

T. PREOCUPACIONES SOMATICAS

- 0 Mi salud no me preocupo más de lo normal
- 1 Me preocupa más constantemente por mis molestias físicas y malestares
- 2 Mis molestias físicas me preocupan tanto que me resulta difícil pensar en cualquier cosa
- 3 No hago nada más, en absoluto, que en pensar en mis molestias físicas

U. PERDIDA DEL DESEO SEXUAL

- 0 No he notado que recientemente haya cambiado mis intereses por las cosas sexuales
- 1 No estoy menos interesado que antes por las cosas relativas al sexo
- 2 Me intereso ahora mucho menos que antes por todo lo que se refiere al sexo
- 3 He perdido todo el interés por las cosas del sexo

Escala de evaluación familiar (FAD)

En estas páginas encontraras varias afirmaciones acerca de las familias. Por favor, lee cada afirmación con cuidado y decide cual describe a tu familia.

Muy de acuerdo (MA)	Ponga una (X) debajo de MA si le parece que esta afirmación describe bien a su familia.
De acuerdo (A)	Ponga una (X) debajo de A si le parece que esta afirmación describe algunos aspectos de tu familia.
En desacuerdo (D)	Ponga una (X) debajo de D si le parece que esta afirmación describe muy poco a su familia.
Muy en desacuerdo (MD)	Ponga una (X) debajo de MD si le parece que esta afirmación no describe a su familia.

	MD	D	A	MA
1. Es difícil planear actividades en la familia porque no nos entendemos bien.				
2. Resolvemos la mayoría de problemas cotidianos de cada día.				
3. Cuando alguno de nosotros esta disgustado, lo expresamos a mis familiares y reconocen la razón.				
4. Cuando se le pide a uno que haga algo, es necesario verificar que lo haya hecho.				
5. Si alguno tiene problemas, los demás se entrometen demasiado.				
6. En una crisis podemos contar con el apoyo de los demás.				
7. No sabemos qué hacer cuando surge una emergencia.				
8. A veces se nos acaban los (abarrotes, utensilios, etc.) que necesitamos, porque nadie está pendiente de ello				
9. Nos cuesta trabajo demostrar el afecto que sentimos el uno hacia otro.				
10. Nos aseguramos que los miembros de la familia cumplan con sus responsabilidades.				
11. No podemos hablar entre nosotros acerca de la tristeza que sentimos.				
12. Por lo general, actuamos según las decisiones que se han tomado respecto a los problemas que surgen.				
13. Uno recibe la atención de los demás, sólo cuando se trata de algo de interés para ellos.				
14. No se puede saber lo que uno siente por lo que uno dice.				
15. Las tareas caseras no se reparten equitativamente.				
16. Cada uno es aceptado por lo que es.				
17. Las reglas de casa se pueden romper fácilmente, sin problemas.				
18. En mi familia decimos las cosas abiertamente, sin rodeos.				
19. Algunos de nosotros no somos receptivos emocionalmente.				
20. Sabemos lo que hay que hacer en caso de una emergencia.				
21. Evitamos hablar de nuestros temores y preocupaciones.				
22. Es difícil hablar entre nosotros de cualquier tema.				
23. Es difícil pagar nuestras deudas				
24. Por lo general, después de tratar de resolver un problema, nuestra familia considera si resultó o no la solución.				

	MD	D	A	MA
25. Somos demasiado egoístas.				
26. Podemos expresar nuestros sentimientos el uno al otro.				
27. No tenemos expectativas claras acerca del aseo personal.				
28. No mostramos el amor que sentimos el uno para el otro.				
29. Hablamos directamente a un miembro de la familia, sin usar intermediarios.				
30. Cada uno de nosotros tenemos deberes y responsabilidades.				
31. Hay muchos sentimientos malos en la familia.				
32. Tenemos reglas sobre el pegarle a los demás.				
33. Solamente nos interesamos en los demás cuando se trata de algo que nos interesa personalmente.				
34. Hay poco tiempo para desarrollar nuestros intereses personales.				
35. Muchas veces no decimos lo que queremos decir.				
36. Sentimos que somos aceptados por lo que somos.				
37. Mostramos interés en los otros cuando nos conviene personalmente.				
38. Resolvemos casi todos los problemas emocionales que surgen.				
39. La ternura es secundaria a otras en nuestra familia.				
40. Hablamos sobre quien ha de hacer las labores en el hogar.				
41. El tomar decisiones es un problema para nuestra familia.				
42. En nuestra familia uno toma interés en el otro solo cuando le conviene.				
43. Somos sinceros el uno con el otro.				
44. No obedecemos a ninguna regla.				
45. Si se le pide alguno que haga algo, hay que recordárselo.				
46. Somos capaces de tomar decisiones para resolver problemas.				
47. Si se desobedecen las reglas, no sabemos cuáles serian las consecuencias.				
48. En nuestra familia nada funciona.				
49. Mostramos ternura.				
50. Manifestamos nuestros sentimientos, cuando enfrentamos nuestros problemas.				
51. No nos llevamos bien.				
52. No nos hablamos cuando estamos enojados.				
53. Por lo general estamos descontentos con las tareas caseras que nos han dado.				
54. Aunque tenemos buenas intenciones, nos entrometemos demasiado en la vida de los demás.				
55. Hay reglas para situaciones de peligro.				
56. Hablamos en confianza				
57. Lloramos abiertamente.				
58. No tenemos los recursos necesario para realizar nuestras funciones en el hogar				
59. Cuando no nos gusta lo que alguien ha hecho, se lo decimos.				
60. Tratamos de pensar en diferentes soluciones para resolver los problemas.				

ANEXO 4

Consentimiento Informado

Su participación es completamente voluntaria, tiene la opción de participar si así lo desea, de negarse a participar, o de no concluir con la ejecución de las pruebas, no afectara su permanencia o cita pendiente en el Hospital “José Agurto Tello de Chosica”.

A continuación se le aplicara dos cuestionarios que buscan recolectar información sobre aspectos del funcionamiento familiar y depresión. Al completar estos cuestionarios das tu consentimiento para participar en la investigación. Recuerde que las encuestas son totalmente anónimas.

Datos personales:

Estado Civil: Soltero () Casado () Conviviente ()

Edad: ()

Hijos: Si () No ()

Datos sociodemográficos:

Género: Femenino () Masculino ()

Grado de Instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()