



**UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN FACULTAD DE
HUMANIDADES
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA**

TESIS

**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE UNA I.E DE
LIMA**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

Autora:

Araujo Oré Lizbeth Octavia

Chiclayo, 2016

**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES DE UNA I.E DE LIMA**

Aprobación de la tesis

Bach. Araujo Oré Lizbeth Octavia
Autora

Mg. Suarez Santa Cruz Fernando
Asesor Metodológico

Mg. Olazabal Boggio Roberto
Asesor Especialista

Mg. Maticorena Barreto Amalita Isabel
Presidente de Jurado

Mg. Olazabal Boggio Roberto
Secretario(a) de Jurado

Mg. Karla Elizabeth López Ñiquen
Vocal/Asesor de Jurado

DEDICATORIA

Dedico mi tesis a mis dos amores mi querido esposo por su apoyo constante, a mi adorado hijo por ser mi fuente de motivación e inspiración para luchar y superarme cada día, a mis hermanas por animarme a continuar, a mis padres porque sé que desde donde están me protegen y me guían y a todas aquellas personas que me apoyaron para que este sueño se haga realidad.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por sus bendiciones, cuidarme y permitirme conocer personas maravillosas. También agradezco a mí querido esposo por todo su apoyo por esas amanecidas junto a mi animando a seguir trabajando para lograr mis objetivos, a mi amado hijo por su amor, apoyo y comprensión y a ti amiga Lic. Carmela Zayerz por brindarme tu apoyo incondicional.

INDICE

	Pag.
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
INDICE	V
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCIÓN	IX
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 Situación problemática	11
1.2 Formulación del problema	14
1.3 Delimitación de la investigación	14
1.4 Justificación e importancia	14
1.5 Limitaciones de la investigación	17
1.6 Objetivos	17
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	19
2.1 Antecedentes de la investigación	19
2.2 Bases teórico científicas	25
2.2.1 Cohesión Y Adaptabilidad Familiar	25
2.2.2. Depresión	30
2.3 Definición de terminología	35
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	36
3.1. Tipo y diseño de la investigación	36

3.2. Población y Muestra	37
3.3. Hipótesis	37
3.4. Variables	38
3.5 Operacionalización	39
3.6. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.	41
3.7. Procedimiento para la recolección de datos.	45
3.8. Plan de análisis estadístico de datos	45
3.9. Criterios éticos	46
3.10. Criterios de rigor científico	46
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	48
4.1. Resultados en tablas y gráficos	48
4.2. Discusión de Resultados	56
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
5.1. Conclusiones	62
5.2. Recomendaciones	63
REFERENCIAS	65
ANEXOS	70

Resumen

En vista de las dificultades familiares que presentan los adolescentes atendidos desde la experiencia de internado en un centro de salud de Lima y la presencia de síntomas depresivos en estos adolescentes, surge mi interés por realizar este estudio con el objetivo de describir la relación entre la Cohesión y Adaptabilidad Familiar y la depresión en adolescentes escolares de la Institución Educativa Nacional Héroes del Cenepa ubicado en Lima. El diseño de la investigación fue no experimental y de tipo correlacional. Para la evaluación de los tipos de Cohesión y Adaptabilidad Familiar se utilizó la escala FACES III y para la evaluación de la depresión se usó la escala Birlson, los cuales fueron aplicados a 288 adolescentes de entre 13 y 17 años de edad. En cuanto a los resultados se obtuvo que del total de adolescentes evaluados, el 36% presentara síntomas depresivos y el 11% se encontró con depresión mayor; el tipo de Cohesión Familiar que predominó fue el tipo Conectada (41%), seguido del tipo Aglutinada (35%), respecto al tipo de Adaptabilidad Familiar, predominó el tipo Estructurada (43%), seguido del tipo Flexible (28%) y el tipo Rígida (20%). Finalmente, se halló relación estadísticamente significativa entre el tipo de Cohesión Familiar y la depresión, no encontrándose relación significativa entre adaptabilidad familiar y depresión.

Palabras Clave: Cohesión, Adaptabilidad, Depresión, Adolescencia

Abstract

In view of family difficulties presented by adolescents treated from the internship experience in a health center of Lima and the presence of depressive symptoms in these adolescents , my interest arises from this study with the aim of describing the relationship between Cohesion and Family Adaptability and depression in adolescent students of school National Heroes Cenepa located in Lima. The research design was not experimental and correlational . FACES III scale was used to evaluate the types Family Cohesion and Adaptability and for evaluating depression the Birleson depression scale was used. As for the results obtained that the total of adolescents evaluated, 36% presented depressive symptoms and 11% was found at a level of depression May; the type of family cohesion that prevailed was the Connected (41 %) , followed by the type clumped (35 %) compared to the type of Family Adaptability , prevailed Structured (43 %) type, followed by Flexible rate (28 %) type and the Rígida type (20%). Finally , statistically significant relationship between the type of family cohesion and depression was found , finding no significant relationship between family adaptability and depression.

Key Words: Cohesion, Adaptability, Depression, Adolescence

INTRODUCCIÓN

Desde la aparición del modelo circumplejo de Olson sobre el funcionamiento familiar, se han realizado numerosas investigaciones que describen los tipos de Cohesión y Adaptabilidad presentes en las familias en diferentes contextos, llegando Olson a la conclusión de que los tipos de Cohesión Desligada y Aglutinada así como los tipo de Adaptabilidad rígida y caótica resultan problemáticos para las familias (Quintana y Sotil, 2000). A conclusiones similares han llegado otros autores en posteriores investigaciones sobre la cohesión y la adaptabilidad familiar percibido por adolescentes, encontrando que a menor cohesión familiar y menor capacidad de la familia para adaptarse a los cambios, resulta en mayor presencia de depresión en los adolescentes (Leyva, Hernández, Nava y López, 2006; Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez, 2009; Galicia, Sánchez y Robles, 2009; Hinostroza, Huashuayo, Navarro, Torres y Matos, 2011; Gonzáles, Macuyama y Silva, 2013; Torrel y Delgado, 2013; Rojas y Saavedra, 2014; Mora, 2015). Asimismo, desde la experiencia del internado en un centro de salud de Lima tuve la oportunidad de entrevistar y evaluar adolescentes, encontrando en muchos casos un patrón de dinámicas familiares disfuncionales, bajo nivel de comunicación y formas inadecuadas de hacer frente a los problemas, observando en los adolescentes síntomas depresivos, ante lo cual surgió mi interés por realizar esta investigación.

En el presente estudio se buscó describir la relación entre la Cohesión y adaptabilidad familiar y la depresión en adolescentes escolares de 3ero a 5to de secundaria de la Institución Educativa Nacional Héroes del Cenepa, teniendo como principal hipótesis que sí existe relación entre el tipo de Cohesión y Adaptabilidad y la presencia de depresión en los adolescentes en estudio.

Para la mejor comprensión de este estudio se ha organizado el presente trabajo en cinco capítulos. El capítulo I presenta el planteamiento y la formulación del problema, así como la justificación e importancia, y los objetivos e hipótesis de estudio. El Capítulo II contiene las investigaciones internacionales y nacionales relacionadas al tema, así como el marco teórico que los sustenta. El Capítulo III incluye el método de investigación empleado, el diseño de investigación, las

características de la muestra utilizada, la descripción de los instrumentos aplicados y el procedimiento para la realización de este estudio. El Capítulo IV corresponde a la descripción y presentación de los resultados en tablas y gráficos para su mejor interpretación. Finalmente el Capítulo V contiene la discusión de los resultados, las conclusiones y recomendaciones a las que se llegó.

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Situación problemática

La familia constituye el núcleo fundamental de la sociedad y es considerada como una célula social cuya membrana protege en su interior a los individuos que la conforman y los relaciona al exterior con otros organismos semejantes. Es esa sustancia viva que conecta al adolescente con el mundo y tiene como funciones principales: mantener la unión de la pareja hacia una meta común, la procreación de los hijos para educarlos y prepararlos para la formación de sus propias unidades familiares. En este sentido, si la familia cumple adecuadamente estas funciones entonces se reflejará en un sistema familiar sano, de lo contrario se convertirá en un sistema enfermo, con lo cual se podría afirmar que la familia puede ser en sí un elemento de salud o de origen y causa de problemas (Estrada, 2012).

En este sentido, el funcionamiento familiar puede ser entendido como las formas de interacción entre los miembros de la familia, determinando esto cómo opera, evalúa o se comporta el sistema familiar (McCubbin y Thompson, 1987). Tiene además como componentes principales la Cohesión y la Adaptabilidad, el primero hace referencia a la vinculación afectiva existente entre sus miembros, y el segundo a la habilidad del sistema para cambiar su estructura de poder, roles y reglas de relación para hacer frente al estrés situacional y evolutivo (Polaino y Martínez, 2003); en el caso de la adolescencia no solo los adolescentes sufren por la serie de cambios a los que se enfrentan sino que también la familia entra en una etapa de convulsión, siendo necesaria la comprensión y adaptación a las necesidades emocionales del adolescente. Desde esta perspectiva, el funcionamiento familiar cumple un papel fundamental en el desarrollo del adolescente, entendiéndose la adolescencia como una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta, donde se enfrenta a una serie de cambios y de no contar con el adecuado soporte puede afectar su estado anímico generando ideas negativas acerca de su futuro desencadenando problemas de salud mental como la depresión.

Según Blum (2000), los adolescentes presentan mayor riesgo de sufrir depresión debido a los procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, lo cual les demanda el desarrollo de estrategias de afrontamiento a través del cual puedan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito en lo personal y social. En este contexto, Kraaij, Garnefski, Jan de Wild y Dijkstra (2003) refieren que la presencia de síntomas depresivos en la adolescencia está asociado al vínculo padre e hijo, siendo el vínculo pobre el de mayor riesgo para el desarrollo de depresión. Hernández (2006) tras estudiar las características de las familias clínicas y no clínicas, logró identificar algunos factores de riesgo, siendo algunos de estos: el exceso y déficit de afecto, la inconsistencia en la disciplina, la inadecuada asignación de responsabilidades en el hogar, la falta o exceso de control y la falta de acuerdo entre los padres sobre el estilo de crianza. En este estudio, se encontró además que las familias no clínicas presentan mayor grado de cohesión y adaptabilidad teniendo mayores y mejores estrategias de afrontamiento así como mayor sentido de pertenencia a la familia.

De acuerdo a Caballed (1996), la influencia de la familia en la aparición y manejo de la depresión en los adolescentes se relaciona con el estilo de crianza practicado en el hogar; refiere así que los pertenecientes a familias con estilos de crianza poco o nada comunicativos, negligentes e incluso de abandono, están más expuestos a presentar este tipo de síntomas cuando se enfrentan a situaciones adversas, en comparación con aquellos que tienen una relación familiar más estrecha y con mayor soporte emocional. Es así que las relaciones familiares influyen en el desarrollo de conductas adolescentes sean estas funcionales o disfuncionales, e incluso pueden condicionar el sentimiento de seguridad y confianza con la que los adolescentes afrontarán las crisis que tendrán que vivir.

En nuestro contexto, el estudio del Instituto Nacional de Salud Mental (2013) nos indica que el 7% de los adolescentes encuestados de Lima Metropolitana y Callao presenta un episodio depresivo, siendo este más frecuente en el sexo femenino (11,0%); asimismo, el 25,9% alguna vez en su vida ha sentido deseos de morir resaltando como motivos los problemas con los padres (59,2%), seguido

los problemas con otros parientes (10,5%) y los problemas con los estudios (7,9%), observándose que los motivos principales de las conductas suicidas en la ciudad de Lima Metropolitana y Callao se hallan en el mismo hogar. Se encontró además que un adecuado nivel de cohesión familiar, es decir, los sentimientos de respeto, apoyo mutuo, orgullo familiar, los valores compartidos y el sentirse tomados en cuenta, fungen como factores protectores frente a los estresores psicosociales que enfrentan los adolescentes.

Algunos autores reportan que existe una relación significativa entre la depresión adolescente y el funcionamiento de sus familias, coincidiendo en que mientras menos cohesión haya en la familia y menos sea el grado de adaptabilidad para hacer frente a situaciones de crisis, mayor es la presencia de síntomas depresivos (Leyva, Hernández, Nava y López, 2006; Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez, 2009; Galicia, Sánchez y Robles, 2009; Hinostroza, Huashuayo, Navarro, Torres y Matos, 2011; Gonzáles, Macuyama y Silva, 2013; Torrel y Delgado, 2013; Rojas y Saavedra, 2014; Mora, 2015). Por otro lado, existen dos estudios (Salinas et al. 2013; Arenas, S. 2009), en los cuales se reporta niveles no significativos de relación entre la cohesión y adaptabilidad familiar y la presencia de síntomas depresivos, lo cual deja un vacío e interrogantes sobre este tema.

Ante tal realidad, surgió el interés de realizar el presente estudio en el cual se ha descrito la relación entre la cohesión y adaptabilidad familiar y la presencia de depresión en los adolescentes del 3ero a 5to de secundaria de la Institución Educativa Nacional Héroes del Cenepa del distrito de Lima.

Los resultados de esta investigación ayudaron a identificar la presencia de depresión en los adolescentes de dicha Institución Educativa, así como analizar la relación entre las variables depresión y tipos de Cohesión y Adaptabilidad Familiar. De esta forma se obtuvo la caracterización de las familias de dicha Institución Educativa en cuanto al tipo de cohesión y adaptabilidad familiar, lo cual permitirá a las autoridades de las I. E. realizar acciones de prevención e intervención en salud mental dirigidas a los estudiantes y sus padres con la finalidad de fortalecer sus lazos emocionales a través de la mejora de la cohesión y adaptabilidad familiar.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre el tipo de Cohesión y Adaptabilidad Familiar y la depresión en Adolescentes de una Institución Educativa de Lima Metropolitana?

1.3 Delimitación de la investigación

El presente estudio se realizó en la Institución Educativa Nacional Héroes del Cenepa, situado en la ciudad de Lima, zona de Barrios Altos perteneciente al distrito del Cercado de Lima, teniendo como participantes a 288 adolescentes estudiante del 3ero a 5to de secundaria, la cual fue llevada a cabo durante los meses de enero a mayo del 2016.

1.4 Justificación e importancia

El propósito de realizar este estudio partió de la preocupación por la situación actual de la adolescencia y la familia en el Perú, basta con observar en los medios de comunicación nacional los frecuentes reportes sobre violencia familiar e intentos de suicidio de adolescentes, y sumado a esto mi experiencia de realizar prácticas de internado en un centro de salud en Barrios Altos me acercó más a la realidad familiar que viven muchos adolescentes y los problemas emocionales con los que llegan a consulta, ante lo cual nació mi interés por conocer cómo están funcionando las familias de estos adolescentes y cómo las interacciones que se dan en cada familia influye en la salud mental de estos. Para tal propósito escogí evaluar la presencia de depresión y los tipos de Cohesión y Adaptabilidad Familiar en los adolescentes de la I.E.N Héroes del Cenepa ubicada en Barrios Altos.

Actualmente en el Perú, y de acuerdo al último estudio epidemiológico en salud mental, la depresión es el principal problema de salud mental y son los adolescentes una población en riesgo de padecerla debido a la serie de cambios

que van experimentando tanto a nivel físico como psicológico. De igual forma el funcionamiento familiar, es decir el grado de cohesión entre los miembros y la capacidad de la familia para adaptarse a los cambios juegan un papel fundamental en desarrollo emocional de los adolescentes quienes se enfrentan a nuevos retos que generan altibajos en el estado de ánimo y de no contar con el adecuado soporte familiar posiblemente desencadenaría en trastornos emocionales como la depresión. En este sentido, vi conveniente realizar este estudio para demostrar la relación entre estas variables y sensibilizar así a la comunidad educativa y a los agentes en salud mental sobre la importancia de realizar acciones de prevención de la depresión y mejora de las relaciones familiares, dado que la depresión es un problema de salud mental y de acuerdo a la ley 29889 artículo 11 “Toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación. El estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención de la salud mental en número suficiente, en todo el territorio nacional; y el acceso a prestaciones de salud mental adecuadas y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación”, por lo cual lo hallado en esta investigación aportará evidencias que podrán ser usadas por las autoridades de la I.E. estudiada para obtener el apoyo de otras instituciones del estado.

Por otro lado, de acuerdo a la búsqueda exhaustiva sobre el tema en cuestión, se ha visto que la investigación sobre la cohesión y adaptabilidad familiar en relación con la depresión en la adolescencia es un tema poco estudiado en nuestro medio, sin embargo contamos con el estudio epidemiológico del 2013 realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental en el cual se reporta un porcentaje considerable de presencia de depresión en adolescentes de Lima y Callao, siendo los conflictos familiares el principal factor de riesgo asociado a la depresión. Asimismo, son pocos los estudios realizados que nos den luces de la situación actual del funcionamiento de las familias limeñas teniendo en cuenta que cada zona de nuestra ciudad tiene características peculiares relacionadas a nivel socioeconómico, cultural, educativo e incluso religioso, y cómo este funcionamiento en cuanto a la cohesión y adaptabilidad de los miembros repercute en la salud mental de sus miembros, más aun en los adolescentes quienes son una población vulnerable. Por lo cual creí conveniente realizar este estudio en el cual se

estableció el grado de relación entre las variables cohesión y adaptabilidad familiar percibida por los adolescentes de una Institución Educativa Nacional de Lima, y la presencia de depresión en estos, lo cual ha permitido caracterizar a este grupo poblacional.

En este sentido, el presente estudio contribuye aportando datos teóricos válidos sobre este tema de vital importancia para los directores, docentes, padres y estudiantes de la Institución Educativa donde se desarrolló la presente investigación, lo cual impulsará la importancia de contar con una adecuada orientación y educación en pro de la salud mental de los y las adolescentes. Asimismo, la revisión teórica sobre el tema y los resultados de esta investigación brindan información teórica y científica para posteriores estudios relacionados a las variables cohesión y adaptabilidad familiar y depresión en adolescentes escolares. De igual manera, se ha logrado contribuir con el conocimiento del panorama familiar de los adolescentes de esta Institución Educativa, y confío en que estos resultados servirán para la creación de instrumentos de evaluación en aspectos de depresión, cohesión y adaptabilidad familiar adaptados adecuadamente a la realidad de los adolescentes de esta zona de Lima.

Finalmente los resultados obtenidos han servido para orientar a las autoridades de la Institución educativa en estudio a fin de crear acciones dirigidas hacia el trabajo con las familias de los adolescentes, para el fortalecimiento de sus recursos psicológicos a través de la formulación de programas de prevención e intervención que incluyan actividades como talleres, sesiones educativas, orientación psicológica a los adolescentes y sus padres, así como el trabajo en conjunto con las redes de apoyo como es el centro de salud al que pertenece la I.E. De esta manera se espera fomentar un desarrollo emocional positivo y el mantenimiento de su salud mental en general.

1.5 Limitaciones de la investigación

En esta investigación se tuvo como limitación la escasa literatura sobre el marco teórico de las variables cohesión y adaptabilidad familiar.

1.6 Objetivos

Objetivo General

Describir la relación entre cohesión y adaptabilidad familiar y la presencia de depresión en adolescentes de una Institución Educativa de Lima.

Objetivos específicos

Identificar el tipo de cohesión familiar en adolescentes de la I.E Héroes del Cenepa

Identificar el tipo de adaptabilidad familiar en adolescentes de la I.E Héroes del Cenepa.

Identificar la presencia de depresión en adolescentes de la I.E Héroes del Cenepa.

Determinar la relación entre el tipo de Cohesión Dispersa y la presencia de depresión en adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa.

Determinar la relación entre el tipo de Cohesión Separada y la presencia de depresión en adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa.

Determinar la relación entre el tipo de Cohesión Conectada y la presencia de depresión en adolescentes de la I.E Héroes del Cenepa.

Determinar la relación entre el tipo de Cohesión Aglutinada y la presencia de depresión en adolescentes de la I.E Héroes del Cenepa.

Determinar la relación entre el tipo de Adaptabilidad Rígida y la presencia de depresión en adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa.

Determinar la relación entre el tipo de Adaptabilidad Caótica y la presencia de depresión en adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa.

Determinar la relación entre el tipo de Adaptabilidad Estructurada y la presencia de depresión en adolescentes de la I.E Héroes del Cenepa.

Determinar la relación entre el tipo de Adaptabilidad Flexible y la presencia de depresión en adolescentes de la I.E Héroes del Cenepa.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Internacionales

Salinas et al. (2013), realizaron un estudio publicado en la revista ACADEMIA de Venezuela, con el objetivo de establecer la relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes, para lo cual utilizaron un tipo de investigación descriptiva comparativa, de diseño no experimental y transversal, teniendo como muestra un total de 1082 adolescentes estudiantes de entre 14 y 19 años de edad procedentes de dos instituciones educativas, una pública y otra privada. Para la evaluación de depresión aplicaron a los adolescentes la escala de Beck y para el funcionamiento familiar usaron el Test de Apgar familiar. Como resultados hallaron que del total de la muestra el 72,6% exhibían una alta funcionabilidad familiar, 22,1% moderada funcionabilidad y 4,6% disfunción severa, en cuanto a la depresión el 26,5% tenía nivel leve y un 2,7% depresión severa. Finalmente en cuanto a la relación entre depresión y funcionamiento familiar, no se halló una relación estadísticamente significativa.

Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez. (2009), en la International Journal of Psychological Therapy publicaron una investigación con el objetivo de analizar la relación entre la depresión y conflictos familiares en adolescentes. El estudio fue de tipo correlacional y diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 342 estudiantes de entre 11 y 16 años de edad que habitaban en zonas rurales y urbanas del estado de Tlaxcala-México. Para la evaluación de las variables, se emplearon la Escala de Clima Familiar (FES) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Hallando como resultado que el 13% tuvo depresión leve, el 18% depresión moderada y depresión severa el 16%, respecto a los niveles de conflicto familiar reportan 62,7% nivel moderado 20,3% en nivel severo y 17,1% nivel leve. Encontrando finalmente que existe una correlación inversamente

proporcional entre estas variables, ($r = -.313$, $p < 0.01$), lo cual sugiere que a mayores índices de depresión existe menor cohesión familiar.

Galicia, Sánchez y Robles (2009) realizaron un estudio publicado en la revista *Anales de Psicología*, con el objetivo de determinar la relación entre la depresión, la autoeficacia académica, la dinámica familiar y el rendimiento académico, a través de una investigación de tipo correlacional y transversal de diseño no experimental. Para efectos de la relación entre depresión y dinámica familiar, escogieron una muestra de 35 adolescentes, 18 detectados con depresión y 17 sin depresión de una escuela secundaria del Estado de México, lo cuales fueron evaluados con el Inventario de depresión de Kovacs y la escala de Clima Social Familiar. Encontrándose como resultado: altos puntajes en Conflictos tienden a presentarse en sujetos con mayores puntajes de depresión severa, en tanto que altos puntajes de Cohesión se presentan en sujetos sin depresión. De acuerdo a la escala de Clima Social en la Familia, menor autonomía que en los sujetos normales, sugiere que en sus familias no se promueve de manera alguna la autosuficiencia, ni la seguridad en las relaciones interpersonales. Pudiéndose inferir que en los sujetos deprimidos severos existe una relación familiar poco compenetrada, en la cual no existe una ayuda o apoyo entre sus miembros, dado que se encontraron escasos puntajes en la sub escala de cohesión de dicho instrumento. En la Escala de Ambiente Familiar se encontraron diferencias significativas en el factor de ausencia de hostilidad y rechazo, presentándose menores puntajes en los casos detectados como depresión severa, siendo esto indicador de una comunicación con más enfrentamiento que la que presentan los sujetos normales.

Zapata et al. (2007) publicaron un estudio en el *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, cuyo objetivo fue conocer la frecuencia de depresión en los adolescentes y su relación con las alteraciones de la disfuncionalidad familiar, a través de un tipo de investigación correlacional

de diseño no experimental en una muestra de 747 adolescentes de 10 a 19 años de edad de una escuela federal de Irapuato, Guanajuato, México. Utilizaron el test de Zung para evaluar depresión y el Test de Apgar Familiar para detectar disfunción familiar. Obteniendo como resultado que el 33% de adolescentes tiene una dinámica familiar disfuncional, la frecuencia de depresión fue del 4% y de este porcentaje se halló un 10% con dinámica disfuncional grave y 33% con dinámica disfuncional moderada. No siendo significativo el nivel de relación entre depresión y dinámica familiar para este grupo de estudio, sin embargo, se observó mayor riesgo de depresión en presencia de disfunción familiar moderada.

Leyva, Hernández, Nava y López (2006), publicaron un estudio en la revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de depresión y disfunción familiar en adolescentes. La investigación fue de tipo observacional, prospectivo y transversal con un diseño no experimental, realizada en una muestra de 252 adolescentes estudiantes de edades comprendidas entre los 15 y 19 años alumnos de un centro de Bachillerato de Guanajuato, México. Para la evaluación de depresión utilizaron la escala Birleson y para evaluar el funcionamiento familiar usaron la escala FACES III. Como resultado, identificaron depresión en el 29,8% del total de la muestra, con mayor frecuencia en las mujeres, y siendo más frecuente el tipo de familia rígidamente dispersa en este grupo con depresión, en el caso de los adolescentes sin depresión se encontraron familias flexiblemente aglutinadas, estructuralmente y rígidamente aglutinadas.

Estos antecedentes están relacionados a las variables en estudio para la presente investigación y fueron de utilidad para comparar los resultados que se obtuvieron en el estudio actual, teniendo en cuenta las diferencias demográficas y culturales, y establecer sí la relación entre las variables de estudio es una constante universal o está influida también por el contexto sociocultural.

Nacionales

Mora (2015) realizó una investigación para la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, teniendo como objetivo determinar la asociación entre funcionalidad familiar y depresión en escolares adolescentes, utilizando un estudio de tipo analítico observacional de corte transversal en una muestra de 206 escolares adolescentes entre 13 a 16 años de edad de una I.E pública del distrito de Surquillo, evaluados a través de la escala de depresión PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) y FACES III para evaluar el funcionamiento familiar. Hallando como resultados que el 50,3 % de escolares tenían depresión mínima y sólo un 4,6% depresión severa, en cuanto al funcionamiento familiar, encontró que en la dimensión Cohesión el 31,8% tenían un tipo vinculación Separada, y conectada el 31,1%, mientras que el 9,3% fue aglutinada; de igual manera en la dimensión Adaptabilidad, halló que el 39,1% tenían in tipo de adaptabilidad caótica y el 7,3% el tipo adaptabilidad rígida. Finalmente en cuanto a la relación depresión y funcionalidad familiar, encontró mayor frecuencia de funcionalidad balanceada y rango medio en adolescente con depresión mínima (25%), y los que obtuvieron depresión severa se identificó funcionalidad en rango medio (4%) y extremo (0,7%).

Rojas y Saavedra (2014), publicaron en la revista de Neuropsiquiatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia un estudio realizado en el 2006 cuyo objetivo fue determinar la relación entre deseo de morir, pensamiento y planeamiento suicida con indicadores de cohesión familiar en adolescentes de la costa peruana. El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal, teniendo como muestra un total de 2390 adolescentes de cinco ciudades de la costa peruana. Como resultado hallaron que la prevalencia de vida del deseo de morir fue de 26,7%, pensamiento suicida 10,8% y planeamiento suicida 4,2%. Encontraron además una relación estadísticamente significativa e inversa entre los indicadores de cohesión familiar y todos los

indicadores suicidas. El deseo de morir fue significativamente mayor en las mujeres (35,0%) en comparación con los varones (15,9%).

González, Macuyama y Silva (2013), realizaron un estudio publicado en la revista de Enfermería Herediana de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, con el objetivo de analizar los factores que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes, para lo cual realizaron un estudio de tipo descriptivo y diseño no experimental, transversal. Tuvieron como muestra a 168 adolescentes de 1° al 5° de secundaria de una Institución Educativa pública del distrito de los olivos, para la recolección de datos aplicaron el APGAR familiar para conocer el funcionamiento de las familias, un cuestionario especialmente diseñado para reconocer el tipo de familia a la que pertenece el adolescente, y un tercer cuestionario elaborado a partir del modelo de Alonso Fernández, para identificar las manifestaciones depresivas que presentan los adolescentes. Como resultados obtuvieron que el tipo familiar predominante fue el de familia extendida (40,5%), el nivel de disfunción familiar fue muy elevado: 26,4% con disfunción moderada y 24,5% con severa. La relación factor familiar con tipo de familia y manifestaciones depresivas, hizo ver que el 40,7% pertenece a familias extendidas y presentan manifestaciones depresivas definidas, y el 3,1% de familia monoparental presenta depresión; aunque las diferencias no resultaron significativas ($p=0,712$). La relación funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas mostraron que el 50,0% de adolescentes de familias con disfunción severa presentan manifestaciones depresivas bien definidas, y el 46,5% de familias con disfuncionalidad moderada también presenta manifestaciones depresivas bien definidas; incluso un 18,4% proveniente de familias con buen funcionamiento presentan manifestaciones depresivas bien definidas. Concluyendo que las manifestaciones depresivas tiene relación estadísticamente significativa ($p=0,030$) con el funcionamiento de la familia.

Torrel y Delgado (2013) llevaron a cabo una investigación publicada en la revista "Ciencia y Desarrollo" de la Universidad Alas Peruanas, con el objetivo de establecer la asociación entre funcionamiento familiar y nivel de

depresión en los adolescentes, para lo cual realizaron una investigación de tipo correlacional, diseño no experimental y transversal, teniendo como muestra un total de 88 adolescentes entre 15 y 18 años de edad de una Institución Educativa Mixta de Zarumilla (Tumbes) evaluados a través del Test de Funcionamiento Familiar (FFSIL) y el Test de Zung para valorar depresión. Resultados: en cuanto al funcionamiento familiar encontraron que el 60% proviene de familias disfuncionales y el 13,6% pertenece a familias severamente disfuncionales; en cuanto a la depresión detectaron un 55,7% de adolescentes sin depresión, un 33% ligeramente deprimido y 11,4% moderadamente deprimidos, siendo las mujeres más propensas a esta patología. Finalmente Hallaron que si existe una asociación significativa entre las variables estudiadas, siendo los alumnos pertenecientes a familias disfuncionales los que presenta depresión entre leve y moderada.

Hinostroza, Huashuayo, Navarro, Torres y Matos (2011) realizaron un estudio publicado en la revista de Enfermería Herediana de la Universidad Cayetano Heredia, con el objetivo de determinar la asociación entre la dinámica familiar y las manifestaciones de depresión en escolares, utilizando una investigación descriptiva, de corte transversal, teniendo como muestra de estudio a 152 escolares de 13 a 15 años de edad de una Institución Educativa pública del distrito de Puente Piedra, los cuales fueron evaluados con el Inventario de Depresión de Kovacs CDI para detectar niveles de depresión y con el Test de Apgar Familiar para evaluar la dinámica familiar. En cuanto a la variable depresión hallaron principalmente las siguientes manifestaciones: pesimismo (56,6%), aislamiento social (34%), bajo rendimiento escolar (20,8%), disminución de la concentración (24,5%), preocupación somática (18,9%) y falta de interés (11,3%), encontrándose que 53 adolescentes presentaron depresión, siendo mayor en el sexo femenino, finalmente, encontraron relación entre las variables en estudio, siendo el tipo de familia monofuncional en la que predomina.

Arenas (2009) realizó una investigación para la obtención del título profesional de psicóloga en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, teniendo como objetivo determinar la relación entre la funcionalidad familiar

y la depresión en adolescentes, a través de un estudio de tipo descriptivo - correlacional de diseño no experimental y en una muestra de adolescentes entre 12 y 17 años que se atendieron en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue ubicado en el distrito de El Agustino, a los cuales se les aplicó el Cuestionario Tetradimensional de Depresión para detectar la presencia o no de depresión y la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III). Encontrando como resultado que del total de la muestra, el 32% presentó depresión y el 18% percibió a su familia en un rango medio de funcionalidad, el 8% en un rango extremo y tan solo un 6% en un rango balanceado. En cuanto a la relación entre depresión y funcionalidad familiar, halló que la relación no es estadísticamente significativa entre estas variables.

Estos antecedentes permitieron comparar el comportamiento de las variables en estudio con los resultados obtenidos en poblaciones con características socioculturales similares por tratarse del mismo país, al mismo tiempo que analizar si existen diferencias en los resultados hallados en otras ciudades.

2.2 Bases teórico científicas

2.2.1 Cohesión Y Adaptabilidad Familiar

a) Cohesión Familiar

Según Olson (1999), cohesión se define como la vinculación emocional que los miembros de la familia tienen unos hacia otros. Dentro del modelo Circumplejo, algunos conceptos específicos o variables que pueden ser usados para medir la cohesión familiar son: vinculación emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos toma de decisiones, intereses y recreación.

b) Adaptabilidad Familiar

Según Olson (1999), la adaptabilidad familiar se define como la magnitud de cambio en liderazgo, roles, reglas y relaciones dentro del sistema familiar. Los conceptos específicos que componen esta variable incluyen: liderazgo, control, disciplina, estilos de negociación, roles, reglas. El foco de la flexibilidad está en cómo los sistemas estables hacen frente al cambio.

c) Modelo circumplejo de Olson

A fines de los años setenta en la Universidad de Minesota los estudios sobre el funcionamiento familiar cobraron especial importancia, surgiendo de estas investigaciones el Modelo Circumplejo del funcionamiento Familiar desarrollado por Olson, Russell y Sprenkle (1979), el cual se trata de un modelo circular que determina tipos familiares, identificándose tres dimensiones de la dinámica familiar expresadas en las variables: Cohesión, Adaptabilidad y Comunicación Familiar. A partir de este modelo estos autores proponen una escala destinada a evaluar la percepción del funcionamiento familiar en las variables de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III), evaluando implícitamente la variable Comunicación, pues proponen que entre mayor adaptabilidad y cohesión exista en una familia, mejor serán sus procesos de comunicación.

Asimismo, Olson, Potner, y Lavee (1985) describen la existencia de 4 tipos de cohesión familiar y 4 tipos de adaptabilidad familiar, que serán descritos a continuación:

Tipos de Cohesión Familiar:

- a) *Dispersa*: Ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, poca lealtad a la familia, se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, hay falta de cercanía parento-filial, alta independencia personal, rara vez pasan el tiempo juntos,

necesidad y preferencia por espacios separados, se toman las decisiones independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales, recreación individual.

- b) *Separada*: Se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia. Hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, los límites parento-filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos, se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses son distintos, la recreación se lleva a cabo más separada que en forma compartida.
- c) *Conectada*: Hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada, se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros, con cercanía parento-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefieren los intereses comunes, se prefiere la recreación compartida más que la individual. Son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia.

d) *Aglutinada*: cercanía emocional extrema, se demanda fidelidad y lealtad hacia la familia, el involucramiento es altamente simbiótico, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común, se expresa la dependencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, se dan coaliciones parento-filiales, hay falta de límites generacionales, falta de separación personal, la mayor parte del tiempo lo pasan juntos, se permite poco tiempo y espacio privado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia más que los personales, los intereses conjuntos se dan por mandato.

El modelo circumplejo de Olson postula que los tipos de cohesión separada y conectada, facilitan el funcionamiento familiar, mientras que los extremos, desligada y aglutinada, resultan problemáticos para las familias (Quintana y Sotil, 2000).

Tipos de Adaptabilidad Familiar

- a) *Caótica*: se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. Las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en los mismos, frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente.
- b) *Flexible*: se da un liderazgo y roles compartidos, disciplina algo severa, y democrática negociándose sus consecuencias, El liderazgo es igualitario, permite cambios, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian.
- c) *Estructurada*: el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario así como los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren

cuando se solicitan. La disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, los padres toman las decisiones, las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian.

- d) *Rígida*: hay liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios. Existe fuerte control parental, y su aplicación es severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio.

El modelo circumplejo de Olson postula que los tipos de adaptabilidad estructurada y flexible, facilitan el funcionamiento conyugal y familiar, mientras que los extremos, rígida y caótica, resultan problemáticos para las familias (Quintana y Sotil, 2000).

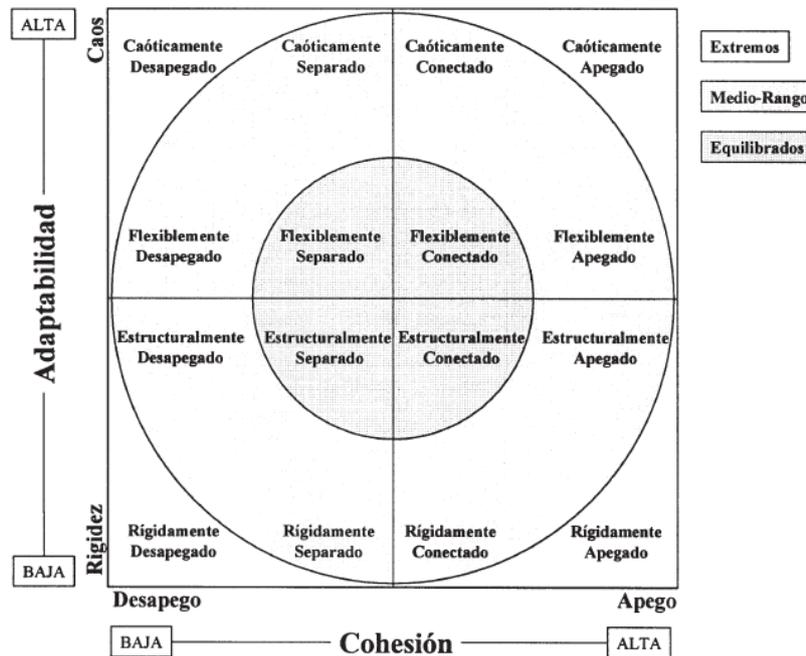


Figura 1: Modelo Circumplejo de Funcionamiento Familiar (Olson, 1989). Tomado de Martínez, Iraurgi y Sanz (2011)

2.2.2. Depresión

Definiciones de depresión

Birleson (1981) establece cuatro criterios clínicos para el diagnóstico de depresión: presencia de tristeza, tendencia al llanto, cambio conductual que haya durado por lo menos 2 semanas pero menos de un año, dificultad reciente a las relaciones sociales y/o disminución del rendimiento escolar, presencia de 2 o más de los siguientes síntomas: trastorno del sueño y del apetito, pérdida de interés habitual, reducción de la actividad, expresión de ideas autodespreciatorias, amenazas o conductas suicidas, irritabilidad reciente, quejas somáticos nuevos, conducta de vagancia, delirio y alucinaciones depresivos.

Beck (1967) considera a la depresión como una consecuencia directa de la deformación de la forma de pensar del sujeto, en la cual presenta una visión negativa de sí mismo, de su entorno y de su futuro.

Caballo (2002) define la depresión como un conjunto de respuestas en reacción a un estímulo externo estresante vinculado a la vida afectiva del sujeto, y podría presentarse como un episodio único o como parte de una serie de episodios que se dan en distintos niveles de gravedad, pudiendo llegar a poner en riesgo la vida del sujeto.

Monedero (1996), menciona que la diferencia entre tristeza y depresión está en la repercusión que tiene en las actividades diarias y la salud de la persona, convirtiéndose estas actividades en agentes desencadenantes de su desajuste personal.

Gil (2007) sostiene que la depresión se acompaña de síntomas como el sufrimiento moral y el decremento de las ganas de vivir, expresado en apatía, anhedonía, disminución del placer e interés por actividades sociales, laborales y en general por actividades cotidianas. Existe además sentimiento de incapacidad, baja autoestima, sentimientos de culpa y visión negativa del futuro.

Tipos de depresión

Según Prego Dorca y Payá (2008) se pueden identificar tres usos técnicos para el término depresión: “humor depresivo”, “síndrome depresivo” y “depresión clínica”. El primero hace referencia a un estado psicológico no patológico que se presenta con frecuencia en la adolescencia, el segundo lo constituye una serie de síntomas como humor depresivo, fatiga, alteraciones en el sueño, etc; y el tercero, el cual además de la presencia de síntomas depresivos, estos tienen una persistencia a lo largo de un periodo de tiempo al menos dos semanas y afecta varias áreas del funcionamiento general del adolescente. Distinguen además dos formas clínicas más comunes de depresión: el episodio depresivo mayor y el trastorno distímico.

a) Trastorno Depresivo Mayor

Se caracteriza por la presencia de síntomas relacionados a la tristeza, alteraciones cognitivas y síntomas somáticos. En el caso de los niños y adolescentes experimentan estado de ánimo bajo el cual se manifiesta principalmente con irritabilidad, incapacidad para disfrutar las cosas que les gustan, problemas de concentración, fallas de atención, ideas de desvalorización de sí mismos, se aíslan, baja su rendimiento académico, hay una notable pérdida o aumento del apetito, labilidad emocional, llanto fácil, dificultades en el sueño y bajo nivel de energía, dificultad para proyectarse hacia el futuro y en casos más severos puede llegar al suicidio o la aparición de síntomas de psicosis. Estos síntomas deben estar presentes al menos dos semanas y genera un malestar significativo en el menor afectando varias áreas de su vida cotidiana (Cárdenas, Fera, Vásquez, Palacios y De la Peña, 2010).

b) Trastorno Distímico

Es un tipo de depresión en el cual los síntomas tienen una mayor prolongación en el tiempo, es decir son crónicos, con una presencia continua de al menos dos años, no obstante la intensidad de estos es menor. (Feria, Vásquez, Palacios y De la Peña, 2010).

Según Pardo, Sandoval y Umbarila (2004) los adolescentes conforman un grupo etario con mayor probabilidad de experimentar síntomas depresivos, debido a que se encuentran en una etapa de cambios físico, cognitivo, afectivo y sociocultural lo cual les exige el uso de estrategias de afrontamiento que les permita desarrollar plenamente su identidad y tener éxito en las áreas personal y social.

Wicks-Nelson, Israel y Ozores (1997) mencionan que a pesar de las dificultades para unificar criterios sobre la sintomatología depresiva en niños y adolescentes, sugiere no sólo tomar en cuenta el estado de ánimo triste y la falta de placer, sino que también deben considerarse otros indicadores como el aislamiento social, la baja autoestima, los problemas de aprendizaje y falta de atención y concentración, entre otros. Caballed (1996) refiere que en investigaciones anteriores se han detectado la existencia de factores comunes a la depresión en adultos, como lo son los estresores psicosociales, la percepción de autoeficacia y competencia, las relaciones sociales en lo que respecta a si estas son estables o no y el vínculo afectivo que se establece, el género, pues menciona que existen diferencias en la respuesta entre hombres y mujeres ante el estrés, teniendo los hombres conductas más disruptiva a diferencia de las mujeres que presentan mayores manifestaciones depresivas.

Desde esta perspectiva, la depresión en el adolescente puede darse de manera enmascarada teniendo características clínicas diferentes a las que se presentan en los adultos, pudiendo ser las alteraciones de la conducta y los trastornos somáticos manifestaciones de depresión en esta etapa de vida.

Teorías y modelos explicativos de la depresión adolescente

a) Teoría Conductual

De acuerdo a Vásquez, Muñoz y Becoña (2000), desde el modelo conductual se entiende la depresión como un fenómeno aprendido a través de las interacciones negativas de la persona con su entorno, las cuales pueden ser influenciadas por las cogniciones, las conductas y las emociones, todas al mismo tiempo en relación recíproca.

Fester y Lewinsohn expusieron modelos conductuales para explicar la depresión, concordando que los síntomas depresivos son originados por 4 factores: una baja tasa de reforzamiento positivo contingente a las conductas emitidas por el sujeto; un refuerzo constante a través de la atención y reconocimiento que recibe ante conductas depresivas traducidas en lamentaciones, abatimiento, inactividad, entre otros; deficiencias en su repertorio conductual que interfieren con la obtención de reforzadores sociales, es decir falta de habilidades para relacionarse y usar la asertividad; y finalmente la disminución de la capacidad de disfrute de las experiencias positivas, siendo más sensible a experiencias negativas (González, 2005).

b) Modelo Cognitivo

Aarón Beck es considerado el fundador de la teoría cognitiva sobre la depresión, conceptualizándola como consecuencia directa de formas erróneas de interpretar la realidad que generan distorsiones en la forma de pensar de las personas. Beck hace referencia a los esquemas cognitivos, a los que define como estructuras a través de las cuales procesamos la información y nos permite darle un determinado sentido construyendo a partir de ellos nuestra realidad subjetiva. Cuando estos esquemas están basados en inferencias lógicas nos genera una visión del mundo realista y empíricamente

comprobable, por el contrario si estos esquemas distorsionan como percibimos las situaciones entonces condicionan negativamente los recursos de afrontamiento y por ende nuestros estados afectivos, es así que de acuerdo a Beck, la depresión se origina de la activación de esquemas distorsionados y negativos relacionados a la visión que se tiene de uno mismo, el mundo y del futuro. Esto desencadena el humor depresivo con la consiguiente sensación de desesperanza llevando a la persona a tomar un papel pasivo y de desmotivación. Por lo general, la persona con depresión tiende a verse como incompetente, se desvaloriza y no se cree capaz de afrontar las dificultades de su vida, asimismo, percibe al mundo como hostil y tiene una visión negativa de su futuro (González, 2005).

c) Teoría psicodinámica

El psicoanálisis ha desarrollado diversos modelos explicativos sobre la depresión. Freud y Abraham fueron los primeros en formular modelos para comprender la depresión, sosteniendo como hipótesis que la melancolía tiene una base psicogénica en la sexualidad y el autoerotismo.

La persona con depresión presenta una inhibición de la pulsión de realización y búsqueda del placer, se siente herido en su ideal del yo y se desencadena una serie de heridas narcisistas (Bogaert, 2012). En este sentido, el psicoanálisis afirma que la depresión se da cuando existe un conflicto intrapsíquico entre el super ego y un ego desvalido lo cual lleva a una disminución de la autoestima debido a la discrepancia entre el ego ideal y el yo actual.

De acuerdo a Vergote (1976, p. 106)

“La falla narcisística del depresivo tiene su origen en la represión y sobrecompensación del desprecio que el sujeto experimentó durante su infancia hacia el padre del mismo

sexo. El resultado de esto fue la idealización defensiva de ese progenitor y, en consecuencia, la fragilidad del ideal del yo que el sujeto pudo constituir en su medio familiar” (Bogaert 2012)

d) Modelo Biológico

Desde la perspectiva del modelo biológico, la depresión al igual que otras enfermedades tiene un carácter orgánico. Este modelo sostiene que la depresión es causada por la alteración bioquímica de tres sistemas de neurotransmisores: serotoninérgico, dopaminérgico y noradrenérgico. La disminución de serotonina, dopamina y noradrenalina ocasionaría los síntomas depresivos, y el origen de esto se encontraría en la predisposición genética o bioquímica de algunos sujetos (González, 2005).

2.3 Definición de terminología

Cohesión Familiar: Vínculo emocional que los miembros de la familia tienen unos a otros (Olson, 1999).

Adaptabilidad Familiar: Magnitud de cambio en liderazgo, roles, reglas y relaciones dentro del sistema familiar (Olson, 1999).

Depresión: presencia de tristeza, tendencia al llanto, cambio conductual que haya durado por lo menos 2 semanas pero menos de un año, dificultad reciente a las relaciones sociales y/o disminución del rendimiento escolar, presencia de 2 o más de los siguientes síntomas: trastorno del sueño y del apetito, pérdida de interés habitual, reducción de la actividad, expresión de ideas autodepreciatorias, amenazas o conductas suicidas, irritabilidad reciente, quejas somáticas nuevos, conducta de vagancia, delirio y alucinaciones depresivos (Birlson, 1981).

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de la investigación

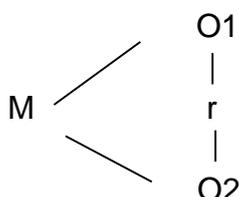
3.1.1 Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo Correlacional, porque el propósito fue describir las relaciones entre dos variables dentro de un enfoque cuantitativo y en un momento específico.

3.1.2 Diseño de la investigación:

No Experimental, porque no hubo control directo de las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya habían ocurrido o eran inherentemente no manipulables, por lo cual se realizaron inferencias de las relaciones entre las variables sin intervención directa que afecte a las variables de estudio (Kerlinger, 2002), y transversal ya que los datos fueron recopilados en un tiempo único (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

El diseño de investigación lo podemos diagramar de la siguiente manera:



Dónde:

M = Muestra de adolescentes de la Institución Educativa Héroes del Cenepa

O1= Cohesión Familiar y Adaptabilidad Familiar

O2 = Depresión

r= posible relación entre las variables

3.2. Población y Muestra

Para este estudio la población estuvo conformada por todos los alumnos del nivel secundario de la Institución Educativa Nacional 1168 Héroes del Cenepa ubicada en la zona de Barrios Altos, Cercado de Lima. El nivel secundario de esta I.E. está conformado por un total de 600 estudiantes. La selección de la muestra se realizó utilizando el muestreo probabilístico, a través del método de muestreo Aleatorio Simple. Así mismo se tuvo como criterio de inclusión que el rango de edad de la muestra fuera de 13 a 17 años de edad. Teniendo así una muestra total de 288 estudiantes a los que se les aplicó los instrumentos de evaluación para el presente estudio.

Tabla 1.

Distribución de la muestra de estudiantes

Año	N°	%
3ero	99	34,4
4to	97	33,7
5to	92	31,9
Total	288	100,0

3.3. Hipótesis

Hipótesis General

Hi. Existe relación entre de cohesión y adaptabilidad familiar y depresión en adolescentes de una Institución Educativa de Lima.

Hipótesis Específicas

H1. Existe relación entre el tipo de Cohesión Dispersa y la presencia de depresión mayor en adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa.

H2. Existe relación entre el tipo de Cohesión Separada y la presencia de síntomas depresivos en adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa.

H3. Existe relación entre el tipo de Cohesión Conectada y la presencia de depresión en adolescentes de la I.E Héroes del Cenepa

H4. Existe relación entre el tipo de Cohesión Aglutinada y la presencia de depresión en adolescentes de la I.E Héroes del Cenepa

H5. Existe relación entre el tipo de Adaptabilidad Rígida y la presencia de depresión mayor en adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa.

H6. Existe relación entre el tipo de Adaptabilidad Caótica y la presencia de síntomas depresivos en adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa.

H7. Existe relación entre el tipo de Adaptabilidad Estructurada y la presencia de depresión en adolescentes de la I.E Héroes del Cenepa.

H8. Existe relación entre el tipo de Adaptabilidad Flexible y la presencia de depresión en adolescentes de la I.E Héroes del Cenepa.

3.4. Variables

Independientes:

Cohesión Familiar

Adaptabilidad Familiar

Depresión

3.5 Operacionalización

Variables Independientes	Dimensiones	Indicadores	Técnicas e instrumentos de recolección de datos
Cohesión Familiar	<i>Dispersa</i>	Ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia	Aplicación escala FACES III
	<i>Separada</i>	Moderada unión afectiva entre los miembros de la familia cercanía emocional extrema	
	<i>Conectada</i>	Hay cercanía emocional y los límites entre los subsistemas son claros	
	<i>Aglutinada</i>	Se expresa la dependencia afectiva, se dan coaliciones parento-filiales y hay falta de límites generacionales	
Adaptabilidad familiar	<i>Rígida</i>	Liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios.	Aplicación escala FACES III

	<i>Estructurada</i>	Liderazgo es entre autoritario e igualitario, en ocasiones los roles son compartidos, existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan.	
	<i>Flexible</i>	Liderazgo y roles compartidos, disciplina algo severa, y democrática negociándose sus consecuencias	
	<i>Caótica</i>	Ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes	
Depresión	Sin síntomas depresivos Presencia de síntomas depresivos Presencia de depresión mayor	Ideación suicida, alteraciones en la concentración, irritabilidad, desesperanza, somatización y pérdida del placer por compartir con pares.	Aplicación Escala de depresión Birleson

3.6. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Escala de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III)

a) Ficha Técnica Faces III

<i>Nombre original</i>	Family Adaptability & Cohesion Evaluation
<i>Dominio teórico y modelo</i>	Sistema familiar - Moledo circunplejo
<i>Foco de evaluación</i>	Percibido, real, satisfacción
<i>Número de escalas</i>	2
<i>Número de ítems</i>	20 para lo percibido y 20 para lo ideal
<i>Muestra normativa</i>	n= 2453 adultos a través del ciclo de vida n= 412 adolescentes
<i>Clínicas</i>	varios tipos de problemas
<i>Confiabilidad</i>	Cohesión (r= 77)
<i>Consistencia interna</i>	Adaptabilidad (r= 62) Total (r= 68)
<i>Test - retest</i>	FACES II (4-5 semanas)
	.83 para Cohesión
	.80 para Adaptabilidad
<i>Validez</i>	
<i>De presentación</i>	muy buena
<i>De contenido</i>	muy buena
<i>Correlación entre escalas</i>	r= .03
<i>Correlación con deseabilidad social</i>	DS y Adaptabilidad (r=.00) DS y Cohesión (r=.39)
<i>Utilidad clínica</i>	
<i>Aplicabilidad de la escala de auto-reporte</i>	Muy buena
<i>Corrección</i>	Muy fácil
<i>Escala de puntuación clínica</i>	SI

b) Descripción de la Prueba

La escala consta de 20 ítems (diez para cohesión – suma de ítems impares y diez para adaptabilidad- suma de ítems pares), que describe los sentimientos de cada miembro de una familia sobre su misma familia, considerando la evaluación del funcionamiento familiar basada en dos dimensiones: Cohesión Familiar y Adaptabilidad Familiar. El cuestionario comprende una escala tipo Likert (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre), siendo la calificación de acuerdo a Toscano (1998), para la dimensión de cohesión Dispersa de 0 a 31.39 puntos, Separada de 31.40 a 35.95 puntos, Conectada de 35.96 a 40.51, aglutinada de 40.52 a más puntos, y para la dimensión de adaptación el tipo Rígida de 0 a 24.73 puntos, estructurada de 24.74 a 28.15 puntos, flexible de 28.16 a 31.57 puntos, y caótica de 31.58 a más puntos.

c) Validez y Confiabilidad

En 1994, Rosa María Reusche Lari realizó la adaptación peruana del FACES III, utilizando para el análisis de las propiedades psicométricas de este instrumento el coeficiente Alpha de Cronbach para cada una de las dimensiones Cohesión y Adaptabilidad, en una muestra de 443 adolescentes de 1º a 5º de secundaria, residentes en Lima. Asimismo, comparó dos muestras y halló puntajes que demuestran la consistencia interna de la prueba. La confiabilidad, determinada por test retest, con intervalo de 4 a 5 semanas, arrojó para Cohesión 0.83 y para Adaptabilidad 0.80. Concluyendo que el FACES III es confiable (Zambrano, 2011).

Condori (2002), analizó la confiabilidad y validez de la escala FACES III como parte de una investigación sobre las situaciones de crisis en adolescentes infractores y no infractores de Lima metropolitana. Para lo cual tomó en cuenta a 25% de la muestra evaluada con puntajes más altos y al 25% con puntajes más bajos, utilizando la ecuación r_{20} de Kuder-Richarson, hallando un alto nivel de confiabilidad 0.94 para Cohesión y 0.93 para Adaptabilidad. En cuanto a la

validez, el análisis arrojó que existe una gran aceptación de los ítems del FACES III, en los que cinco ítems muestran valores inferiores al “t” teórico y de ellos dos son negativos, sugiriendo invertir la direccionalidad de estos ítems negativos pues resultarían con un valor aceptable en la “t”.

Escala de Birleson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos

a) Ficha Técnica Birleson

<i>Nombre original</i>	Depression Self Rating Scale
<i>Adaptación peruana</i>	Vivar, Pacheco, Adrianzen, Macciotta y Marchena - 2005
<i>Dominio teórico</i>	Depresión en niños y adolescentes
<i>Foco de evaluación</i>	Percibido, real
<i>Número de escalas</i>	1
<i>Número de ítems</i>	21
<i>Muestra normativa</i>	215 niños y adolescentes de ambos sexos de edades entre 8 y 18 años
<i>Confiabilidad</i>	Población clínica r=0.89
<i>Validez</i>	
<i>Juicio de expertos</i>	Buena
<i>Utilidad clínica</i>	
<i>Aplicabilidad de la escala de auto-reporte</i>	Muy buena
<i>Corrección</i>	Muy fácil
<i>Escala de puntuación clínica</i>	SI

b) Descripción de la prueba

La escala Birleson (Depression Self Rating Scale), fue creada en 1981 por Peter Birleson en Inglaterra con el objetivo de medir los trastornos depresivos moderados o severos en niños y adolescentes, reportando valores aceptables de confiabilidad validez (Birleson, 1981).

Vivar, Pacheco, Adrianzen, Macciotta y Marchena (2005), realizaron la adaptación y validación de la escala Birleson para niños y adolescentes peruanos. El instrumento modificado es una de tipo Lickert compuesta de 21 ítems, que se puntúan de 0 a 2. Los ítems 1, 2, 4, 7, 8, 9, 11, 13 y 18 se puntúan de 0 a 2; los ítems 3, 5, 6, 10, 12, 14, 15, 16. 17. 19, 20 y 21 de 2 a 0. El punto de corte es 13 puntos, valores de 13 a 21 puntos indican presencia de síntomas depresivos, valores de 22 a más indican presencia de depresión mayor.

c) Validez y Confiabilidad

Vivar, et. al. (2005), realizaron la adaptación y validación de la escala Birleson en una muestra de 215 niños y adolescentes de ambos sexos de edades entre 8 y 18 años, divididos en tres grupos: 84 pacientes con diagnóstico de algún trastorno depresivo, 73 pacientes con diagnóstico de trastorno de ajuste con síntomas depresivos y 158 participantes libres de enfermedad mental. Los dos primeros grupos fueron captados del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Noguchi, del Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del Hospital Guillermo Almenara y del Hospital Centra de la FAP, y el tercero de una institución educativa nacional de Lima. Para la confiabilidad utilizaron el método test – retest con un intervalo de 48 horas entre ambas pruebas, teniendo como resultado que en los participantes con depresión ($r=0.89$) y en los sanos ($r=0.78$) la confiabilidad en el tiempo de estos grupos es alta, y en el grupo de pacientes con trastorno de ajuste con síntomas de depresión ($r=0.54$) es menor. Concluyendo que la escala Birleson modificada tiene alta confiabilidad y sirve como instrumento de diagnóstico y seguimiento de niños y adolescentes con trastorno depresivo. Respecto a la adaptación a la escala original se agregaron los ítems: ideación suicida, alteraciones en la concentración, irritabilidad, desesperanza, somatización y pérdida del placer

por compartir con pares, asimismo se eliminó el ítem “me gusta hablar con mi familia” por considerarlo poco específico para este trastorno, y se realizaron algunas modificaciones en la redacción de los ítems para hacerlos más comprensibles de acuerdo a la cultura peruana. Para la validación del instrumento se utilizó la validez de contenido a través del método de juicio de expertos.

3.7. Procedimiento para la recolección de datos.

Para la recolección de los datos se utilizaron dos instrumentos de evaluación de lápiz y papel para medir las variables en estudio, instrumentos que fueron aplicados de forma colectiva en los espacios asignados por las autoridades de la I.E. y en los horarios previamente coordinados.

3.8. Plan de análisis estadístico de datos

Una vez recolectados los datos se procedió al análisis de estos a través del programa SPSS en versión 21, usando los estadísticos apropiados para el tipo de datos recopilados y de acuerdo a los objetivos planteados.

Para el análisis descriptivo de las variables, se utilizaron medidas de frecuencia, apoyadas de herramientas gráficas: diagramas de barras para su mejor comprensión.

Para el análisis inferencial se analizó el grado de relación entre las variables estudiadas, esto es Cohesión y Depresión, Adaptabilidad y Depresión. Para lo cual se usó el estadístico prueba de Chi Cuadrado por tratarse de datos de categoría nominal, el cual permitió obtener índices de correlación.

3.9. Criterios éticos

Se procedió a la explicación tanto a los adolescentes como a sus padres sobre el objetivo del estudio así como del proceso, en este caso el llenado de las escalas, para el análisis de la problemática en estudio, así como asegurarles la confidencialidad con respecto a los resultados obtenidos de cada caso particular, pero si asumiendo el compromiso de orientar al adolescente y su familia para la derivación correspondiente al centro de salud más cercano. El siguiente paso fue obtener el consentimiento informado de los padres o tutores de los menores que participaron en este estudio.

3.10. Criterios de rigor científico

Para el presente estudio se tomó en cuenta los criterios propuestos por Lincoln y Cuba (1985):

a) Credibilidad

Se logró mediante la recolección de información a través de las escalas aplicadas a los sujetos que conformaron la muestra, las cuales se ha comprobado tienen la validez y confiabilidad adecuadas para que los resultados arrojen una aproximación verdadera sobre los aspectos de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, y Depresión.

b) Confirmabilidad

El presente estudio permitirá a futuros investigadores seguir la ruta realizada para llegar a los resultados finales y permitirán utilizarlos, analizarlos y llegar a conclusiones iguales o similares, siempre y cuando tengan perspectivas similares. Para lo cual en el informe de tesis se documentará de forma completa las conclusiones e ideas que surjan en relación al tema en estudio

c) Transferibilidad

Los resultados obtenidos en este estudio podrán ser utilizados como referencia para comprender como funcionan las familias de adolescentes de zonas urbano marginales, y el impacto que tienen estas relaciones en la salud mental de los adolescentes. Permitiendo así establecer

comparaciones y aplicar los resultados a otros sujetos con características demográficas similares.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados en tablas y gráficos

4.1.1 Relación entre cohesión y adaptabilidad familiar y depresión en adolescentes de la I.E Héroes del Cenepa

Tabla 2.

Análisis correlacional entre Cohesión y Adaptabilidad Familiar y Depresión en los adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa.

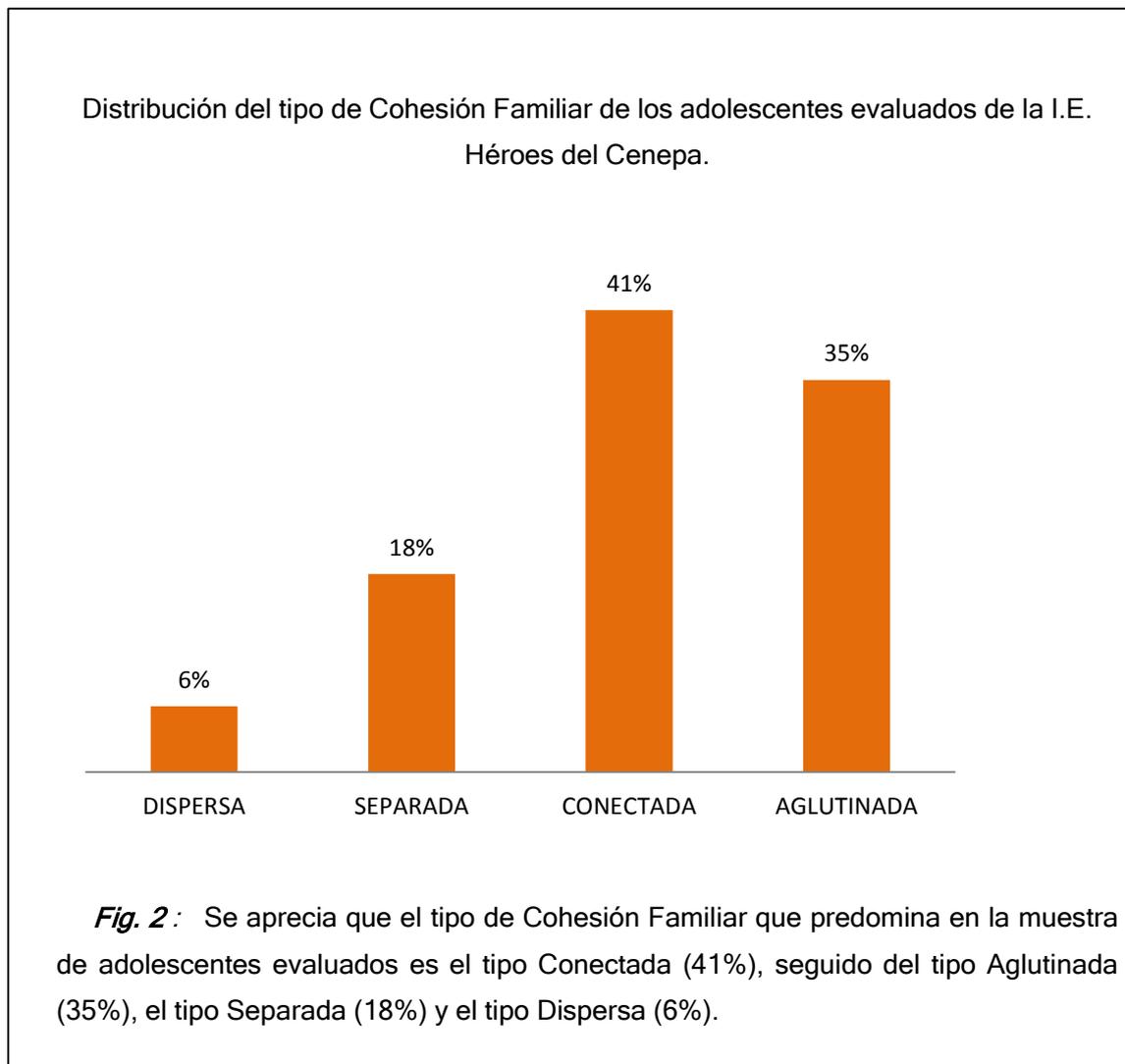
	Valor Chi Cuadrado	Sig, (bilateral)
Cohesión Familiar y Depresión	50,454	.000
Adaptabilidad Familiar y Depresión	4,538	.604

* $P > .05$: No existe relación significativa

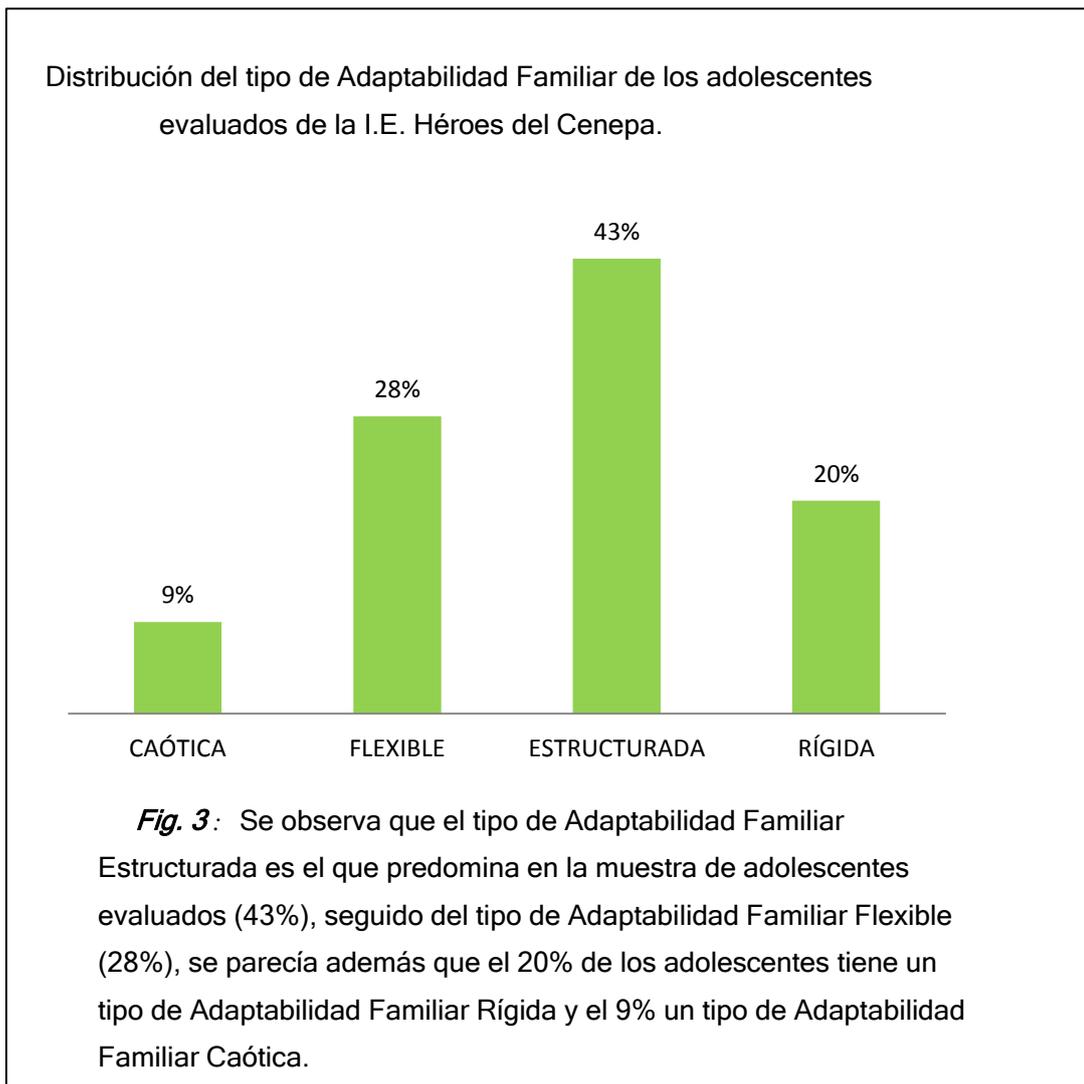
* $P < .05$: Existe relación significativa

En la Tabla 2 se aprecia que el índice de correlación Chi Cuadrado alcanza un valor estadísticamente significativo para la relación entre Cohesión Familiar y Depresión ($p < .01$), y para la relación entre las variables Adaptabilidad Familiar y Depresión se obtuvo un valor estadísticamente no significativo ($p > .05$).

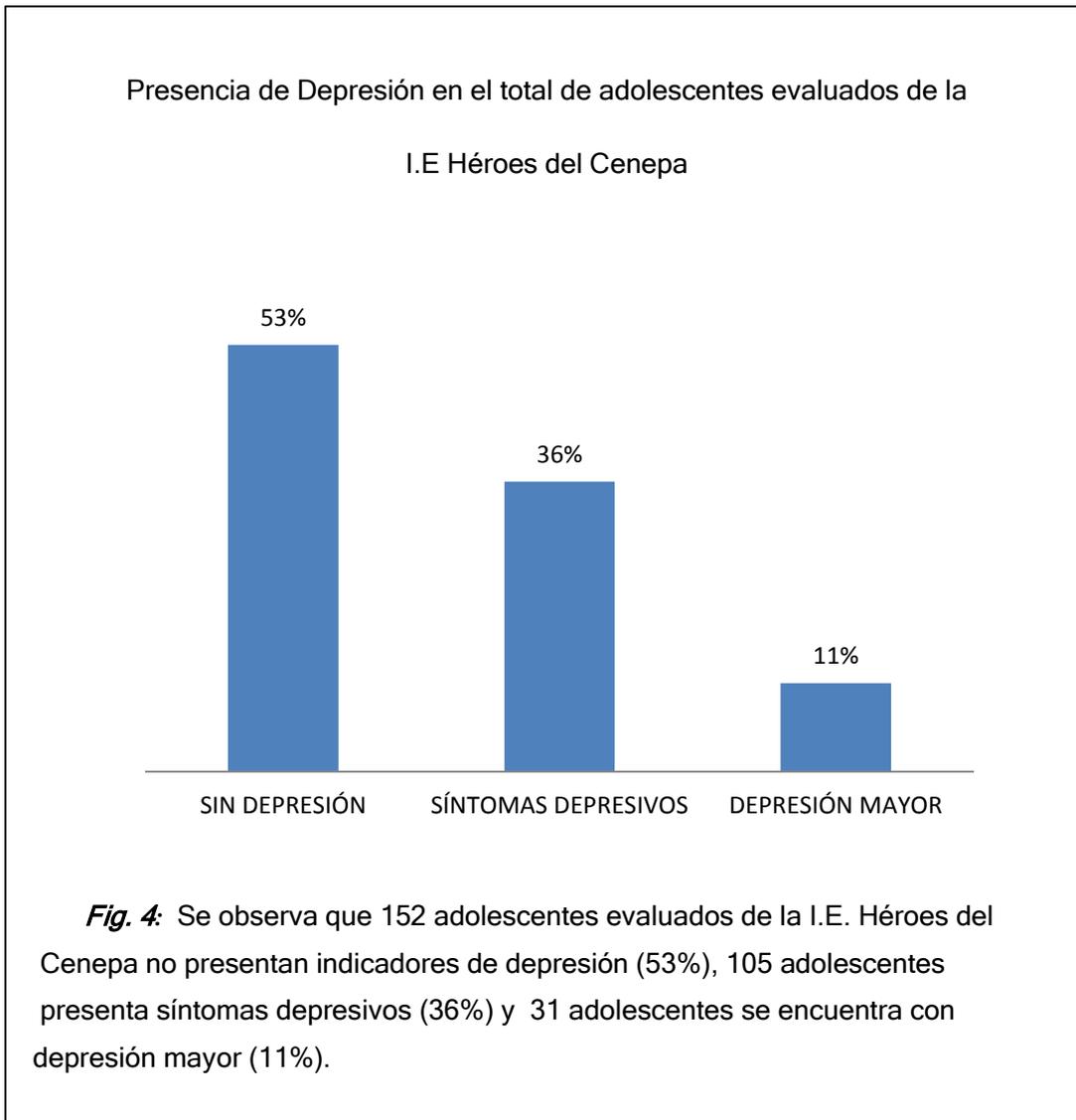
4.1.2 Tipo de cohesión familiar en adolescentes de la I.E Héroes del Cenepa.



4.1.3. Tipo de adaptabilidad familiar en adolescentes de la I.E Héroes del Cenepa



4.1.4. Presencia de depresión en adolescentes de la I.E Héroes del Cenepa.



4.1.5. Relación entre los tipos de Cohesión Familiar y los niveles de Depresión en los adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa.

Tabla 3.

Análisis correlacional entre los tipos de Cohesión Familiar y la presencia de Depresión en los adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa.

Tipos de Cohesión Familiar	Depresión								
	Sin depresión		Síntomas depresivos		Depresión mayor		Total		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
<i>Dispersa</i>	3	18%	8	47%	6	35%	17	6%	
<i>Separada</i>	14	27%	24	47%	13	26%	51	18%	
<i>Conectada</i>	62	52%	48	40%	9	8%	119	41%	
<i>Aglutinada</i>	73	72%	25	25%	3	3%	101	35%	
Total	152	53%	105	36%	31	11%	288	100%	
Valor Chi Cuadrado				Sig, (bilateral)					
50,454				.000					

* $P > .05$: No existe relación significativa

* $P < .05$: Existe relación significativa

En la Tabla 3, se observa que del grupo de adolescentes con tipo de Cohesión familiar Dispersa, el 47% presenta Síntomas Depresivos y el 35% presentan Depresión Mayor; en cuanto al tipo de Cohesión Separada, el 47% presenta Síntomas Depresivos y el 36% Depresión Mayor; del grupo

tipo de Cohesión Conectada, el 40% presenta Síntomas Depresivos y el 8% Depresión Mayor; finalmente del grupo Tipo de Cohesión Aglutinada, el 25% presenta síntomas depresivos y el 3% Depresión Mayor, encontrándose un relación estadísticamente significativa ($p < .01$) entre los diferentes tipos de Cohesión Familiar y la Depresión en los adolescentes evaluados, asimismo se observa menor incidencia de Depresión Mayor en los tipo Conectada y Aglutinada.

4.1.6. Relación entre los tipos de Adaptabilidad Familiar y la presencia de Depresión en los adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa.

Tabla 4.

Análisis correlacional entre los tipos de Adaptabilidad Familiar y la presencia de Depresión en los adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa.

Tipos de Adaptabilidad Familiar	Depresión								
	Sin depresión		Síntomas depresivos		Depresión mayor		Total		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
<i>Caótica</i>	17	68%	7	28%	1	4%	25	9%	
<i>Flexible</i>	41	50%	33	41%	7	9%	81	28%	
<i>Estructurada</i>	66	53%	43	37%	15	12%	124	43%	
<i>Rígida</i>	28	48%	22	38%	8	14%	58	20%	
Total	152	53%	105	36%	31	11%	288	100%	
Valor Chi Cuadrado				Sig, (bilateral)					
4,538				.604					

* $P > .05$: No existe relación significativa

* $P < .05$: Existe relación significativa

En la Tabla 4, se aprecia que del grupo de adolescentes con tipo de Adaptabilidad Familiar Caótica el 28% presenta Síntomas Depresivos y el 4% Depresión Mayor; del tipo de Adaptabilidad Familiar Flexible, el 41% presenta Síntomas Depresivos y el 9% Depresión Mayor; del grupo tipo de Adaptabilidad Familiar Estructurada, el 37% presenta Síntomas Depresivos y el 12% Depresión Mayor; finalmente del tipo de Adaptabilidad Familiar Rígida, el 38% presenta Síntomas Depresivos y el 14% Depresión Mayor, no encontrándose una relación estadísticamente significativa ($p > 0.5$) entre los tipos de Adaptabilidad Familiar y la depresión en los adolescentes evaluados.

Contrastación de Hipótesis

Hi. Existe relación entre de cohesión y adaptabilidad familiar y depresión en adolescentes de una Institución Educativa de Lima.

En la contratación de hipótesis para la variable Cohesión Familiar se obtuvo una significancia bilateral (.00), a un nivel de ($p < .01$), lo que indica que existe una relación altamente significativa entre las variables Cohesión Familiar y Depresión. Por otro lado, en cuanto a la variable Adaptabilidad Familiar se obtuvo una significancia Bilateral (.60), a un nivel de significancia ($p > .05$), lo que indica que no existe relación significativa entre las variables Adaptabilidad Familiar y Depresión. Por lo cual se acepta parcialmente la hipótesis general.

H1. Existe relación entre el tipo de Cohesión Dispersa y la presencia de depresión mayor en adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa.

En la contrastación de hipótesis se obtuvo una significancia bilateral (.01), a un nivel de ($p < .05$), lo que indica que existe relación entre las variables; por lo tanto se acepta la hipótesis planteada.

H2. Existe relación entre el tipo de Cohesión Separada y la presencia de síntomas depresivos en adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa.

En la contrastación de hipótesis se obtuvo una significancia bilateral (.01), a un nivel de ($p < .05$), lo que indica que existe relación entre las variables; por lo tanto se acepta la hipótesis planteada.

H3. Existe relación entre el tipo de Cohesión Conectada y la presencia de depresión en adolescentes de la I.E Héroes del Cenepa

En la contrastación de hipótesis se obtuvo una significancia bilateral (.01), a un nivel de ($p < .05$), lo que indica que existe relación entre las variables; por lo tanto se acepta la hipótesis planteada.

H4. Existe relación entre el tipo de Cohesión Aglutinada y la presencia de depresión en adolescentes de la I.E Héroes del Cenepa

En la contrastación de hipótesis se obtuvo una significancia bilateral (.01), a un nivel de ($p < .05$), lo que indica que existe relación entre las variables; por lo tanto se acepta la hipótesis planteada.

H5. Existe relación entre el tipo de Adaptabilidad Rígida y la presencia de depresión mayor en adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa.

En la contrastación de hipótesis se obtuvo una significancia bilateral (.60), a un nivel de ($p > .05$), lo que indica que no existe relación entre las variables; por lo tanto se rechaza la hipótesis planteada. Sin embargo, se aprecia que un porcentaje moderado de casos de adolescentes con síntomas depresivos pertenecientes a este tipo de Adaptabilidad Familiar (38%).

H6. Existe relación entre el tipo de Adaptabilidad Caótica y la presencia de síntomas depresivos en adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa.

En la contrastación de hipótesis se obtuvo una significancia bilateral (.60), a un nivel de ($p > .05$), lo que indica que no existe relación entre las variables; por lo tanto se rechaza la hipótesis planteada. Sin embargo, se parecía que

un porcentaje moderado de casos de adolescentes con síntomas depresivos pertenecientes a este tipo de Adaptabilidad Familiar (28%).

H7. Existe relación entre el tipo de Adaptabilidad Estructurada y la presencia de depresión en adolescentes de la I.E Héroes del Cenepa.

En la contrastación de hipótesis se obtuvo una significancia bilateral (.60), a un nivel de ($p > .05$), lo que indica que no existe relación entre las variables; por lo tanto se rechaza la hipótesis planteada. Sin embargo, se parecía que un porcentaje moderado de casos de adolescentes con síntomas depresivos pertenecientes a este tipo de Adaptabilidad Familiar (37%).

H8. Existe relación entre el tipo de Adaptabilidad Flexible y la presencia de depresión en adolescentes de la I.E Héroes del Cenepa.

En la contrastación de hipótesis se obtuvo una significancia bilateral (.60), a un nivel de ($p > .05$), lo que indica que no existe relación entre las variables; por lo tanto se rechaza la hipótesis planteada. Sin embargo, se parecía que un porcentaje moderado de casos de adolescentes con síntomas depresivos pertenecientes a este tipo de Adaptabilidad Familiar (41%).

4.2. Discusión de Resultados

El presente trabajo tuvo como objetivo general describir la relación entre los tipos de Cohesión y Adaptabilidad Familiar y la depresión en adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa, y al analizar la hipótesis general sobre la relación entre estas variables se obtuvo como resultado que si existe una relación estadísticamente significativa ($p < .01$) entre los tipos de Cohesión Familiar y la depresión encontrados en este grupo de adolescentes, no encontrándose relación estadísticamente significativa ($p > .05$) respecto a los tipos de adaptabilidad familiar y la depresión en este mismo grupo de adolescentes. Estos resultados evidencian una mayor relación entre el tipo de Cohesión Dispersa y la Depresión Mayor, esto quiere decir que la escasa afectividad e interacción entre los miembros de la familia contribuye de alguna forma en la

aparición e incremento depresión en los adolescentes en estudio, lo cual concuerda con lo hallado por Leyva, Hernández, Nava y López (2006), quienes identificaron que del 30% de adolescentes con depresión el tipo de familia rígidamente Dispersa predominaba en este grupo de depresión; asimismo otros autores concluyeron que a mayores índices de depresión existe menor cohesión familiar, es decir una relación familiar poco comprometida, con escaso o nulo nivel de apoyo entre sus miembros (Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez, 2009; Galicia, Sánchez y Robles; 2009, Rojas y Saavedra, 2014). En esta línea, hay concordancia con otros estudios en los que no se halló relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar y la depresión (Zapata, et al., 2007; Arenas, 2009) y discrepando de otras en la cuales si se halló relación significativa entre estas variables (Gonzáles, Macuyama y Silva, 2013; Torrel y Delgado, 2013;), lo cual es un punto importante de análisis para posteriores investigaciones relacionadas a este tema.

Al realizar el análisis de la relación entre los tipos de Cohesión familiar y la depresión se encontró predominancia del tipo de Cohesión Familiar Conectada (41%), lo cual indica que un moderado porcentaje de los adolescentes evaluados percibe en su familia cercanía emocional, con un nivel adecuado de involucramiento entre sus miembros, sin embargo dentro de este tipo de Cohesión Familiar existe un 40% de adolescentes que presentó Síntomas Depresivos y un 8% Depresión Mayor, lo cual llama la atención pues dadas las características de este tipo de Cohesión donde en teoría existe un vínculo afectivo estable y apego seguro se presenten indicadores de depresión entre grupo de adolescentes. El segundo tipo de Cohesión Familiar con mayor porcentaje fue el tipo Aglutinada presentándose en el 35% de los adolescentes evaluados, lo cual indica que este grupo de adolescentes percibe cercanía emocional extrema y excesivas demandas de fidelidad y lealtad hacia su familia siendo el involucramiento de sus miembros casi simbiótico, apreciándose que dentro de este tipo de Cohesión Familiar el 25% de los adolescentes presentaron Síntomas Depresivos y el 3% Depresión Mayor, ante lo cual se puede inferir que al estar los adolescentes en una etapa de separación de sus familias por ser el grupo social la principal interés, las demandas de

involucramiento familiar de este tipo de familias pueden resultar asfixiantes al no fomentar la independencia ni respetar en muchos casos los espacios del adolescente. El tipo de Cohesión Familiar Separada se encontró en el 18% del total de los adolescentes evaluados, indicando esto que un menor porcentaje percibe moderada unión afectiva entre los miembros de su familia con cierto grado de lealtad e interdependencia entre ellos aunque con cierta tendencia a la independencia, observándose sin embargo que un 47% de adolescentes pertenecientes a este tipo de Cohesión presentaron Síntomas Depresivos y un 26% Depresión Mayor. El tipo de Cohesión Familiar Dispersa se presentó en un 6% del total de la muestra, señalando esto que un bajo porcentaje percibe ausencia afectiva, poca lealtad y poco involucramiento entre sus miembros, hallándose que un 47% de los adolescentes pertenecientes a este tipo de Cohesión Familiar presentaron Síntomas Depresivos y un 35% Depresión Mayor. Estos resultados llaman la atención puesto que de acuerdo a lo postulado por Olson en su modelo circumplejo, los tipos de Cohesión Separada y Conectada facilitarían el funcionamiento familiar, ante lo cual era de esperarse que en los tipos Separada y Conectada no hubiera presencia de síntomas depresivos, pudiéndose inferir que existen otros factores implicados en la presencia de depresión en la muestra de adolescentes evaluados, lo cual sería importante analizar en futuros trabajos. Con respecto a los tipos de Cohesión Familiar Dispersa y Aglutinada, siguiendo el postulado de Olson (Polaino y Martínez, 2003), afirma resultan problemáticos para las familias, lo cual ha podido comprobarse este estudio al encontrarse porcentajes significativos de depresión en los adolescentes pertenecientes a estos tipos de cohesión familiar.

Respecto al análisis de la relación entre los tipos de Adaptabilidad Familiar y la depresión en los adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa, se aprecia que el tipo Estructurada (43%) predomina en la muestra total indicando esto que un porcentaje considerable de adolescentes percibe cierto grado de disciplina democrática entre los miembros de su familia, las reglas y las funciones son estables y los cambios ocurren cuando se solicitan; dentro de este tipo de Adaptabilidad Familiar, sin embargo se observa que un 37% de

adolescentes presentan Síntomas Depresivos y un 12% Depresión Mayor, del mismo modo en cuanto al tipo de Adaptabilidad Flexible este se presentó en el 28% de la muestra total, mostrándose que un porcentaje regular de adolescentes percibe un liderazgo y roles compartidos entre sus miembros, así como capacidad de negociación como parte de la disciplina, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad y hay apertura a los cambios, sin embargo a pesar de estas características familiares positivas el 41% de adolescentes pertenecientes a este tipo de Adaptabilidad Familiar presentan Síntomas Depresivos y el 9% Depresión Mayor, ante lo cual se infiere la presencia de otros factores no de tipo familiar que están influyendo en el desarrollo de depresión en este grupo de adolescentes. En lo referido al tipo de Adaptabilidad Rígida se encontró presente en el 20% del total de la muestra, señalando esto que un menor grupo de adolescentes percibe un liderazgo autoritario, con fuerte control parental de disciplina estricta y ausencia de cambios en las reglas y roles, siendo los padres los que imponen las decisiones; hallándose en este tipo de Adaptabilidad Familiar que un 38% de adolescentes pertenecientes a este tipo presentaron Síntomas Depresivos y un 14% Depresión Mayo, y finalmente el tipo de Adaptabilidad Caótica se encontró presente en el 9% del total de adolescentes evaluados, lo cual difiere de lo hallado por Mora (2015) quien reportó que un 39% de los adolescentes de una I.E. de Surquillo tenían un tipo de Adaptabilidad Caótica, para el presente estudio este dato indica que un bajo porcentaje de adolescentes percibe ausencia de liderazgo con disciplina irregular y cambios frecuentes cumpliéndose las reglas de forma inconsistente, dentro de este tipo de Adaptabilidad, un 28% de adolescentes presenta Síntomas Depresivos y un 4% Depresión Moderada. De acuerdo a lo postulado por Olson en su modelo circumplejo (Polaino y Martínez, 2003) los tipos de adaptabilidad Estructurada y flexible facilitarían el funcionamiento familiar, ante lo cual se esperaba la ausencia de depresión en estos tipos de Adaptabilidad; por otro lado, según este postulado si se cumple que lo tipos de Adaptabilidad Rígida y Caótica, resultan problemáticos para los miembros de las familias, al encontrarse porcentajes moderados de depresión en los adolescentes pertenecientes a estos tipos de Adaptabilidad Familiar.

En el análisis presencia de Depresión en los adolescentes evaluados de la I.E. Héroes del Cenepa, el 36% presentan Síntomas Depresivos y el 11% Depresión Mayor, según la escala Birlson. Resultado similar a lo hallado por Arenas (2009) quien en su estudio con adolescentes que acudían al servicio de psicología de un hospital de El Agustino, encontró que el 32% presentó depresión; asimismo, Hinojosa, et al. (2011) Hallaron que el 35% de adolescentes de una I.E. de Puente Piedra presentaron depresión, siendo estos resultados una voz de alarma para el desarrollo de estrategias dirigidas a identificar qué otros factores, además de los familiares, están influyendo en el desarrollo de depresión en los adolescentes y elaborar programas de prevención e intervención de cara a la realidad sobre la depresión en este grupo etario.

Los resultados obtenidos en esta investigación son confiables puesto que se utilizaron instrumentos adaptados y validados para su uso en población adolescente de nuestra ciudad, habiendo sido utilizados en investigaciones anteriores tanto nacionales como internacionales, así mismo fueron aplicados a adolescentes con un nivel de comprensión adecuado.

Una de las limitaciones de este estudio fue que sólo se exploró en los componentes Cohesión y Adaptabilidad familiar y su relación con la depresión, sin embargo como se ha podido ver en los resultados obtenidos, existe presencia de Síntomas depresivos y Depresión Mayor en los tipos de Cohesión y Adaptabilidad Familiar que según la literatura sobre el tema son las que favorecen el desarrollo emocional, ante lo cual se puede inferir la presencia de otro tipo de factores tanto familiares, personales, sociales, etc. que están influyendo en la aparición y desarrollo de depresión en los adolescentes evaluados. Por otro lado, dado que el tipo de investigación es de carácter transversal, sólo se puede afirmar que existe relación entre principalmente los tipos de Cohesión Familiar Dispersa y Aglutinada y la depresión, sin que se pueda establecer claramente una relación causa – efecto, dado que se desconoce la secuencia temporal de los sucesos de vida de estos adolescentes y sus familias.

Por otro lado, los resultados del presente estudio no pueden generalizarse al resto del país en vista de la diversidad cultural, así mismo porque este estudio se circunscribe a adolescentes de nivel económico bajo y muy bajo, ante lo cual se debe incentivar estudios sobre este tema pero con mayor población y de diversos estratos sociales con lo cual se podrá comparar y establecer si existe un patrón general sin distinción de clase social o nivel económico en cuanto a la influencia de las relaciones familiares y la depresión en los adolescentes de nuestro país. Sin embargo, lo hallado resulta importante pues estos datos son de utilidad para formular estrategias de prevención en los grupos de riesgo identificados en los adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa tanto en cuanto a los tipos de cohesión y adaptabilidad familiar disfuncionales como a la presencia de síntomas depresivos, así mismo servirán para proponer intervenciones adecuadas para los casos con depresión mayor.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Se encontró relación estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las variables Cohesión Familiar y Depresión, y en cuanto a la variable Adaptabilidad no se encontró relación estadísticamente significativa ($p > .05$).

El tipo de Cohesión Familiar que predomina en los adolescentes evaluados es el tipo Conectada.

El tipo de Adaptabilidad Familiar que predomina en los adolescentes evaluados es el tipo Estructurada.

El 36% de adolescentes evaluados presentó Síntomas Depresivos y el 11% Depresión Mayor.

Existe relación estadísticamente significativa entre el tipo de Cohesión Dispersa y depresión en adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa.

Existe relación estadísticamente significativa entre el tipo de Cohesión Separada y depresión en adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa.

Existe relación estadísticamente significativa entre el tipo de Cohesión Conectada y depresión en adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa.

Existe relación estadísticamente significativa entre el tipo de Cohesión Aglutinada y depresión en adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa.

No existe relación estadísticamente significativa entre el tipo de Adaptabilidad Rígida y depresión en adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa.

No existe relación estadísticamente significativa entre el tipo de Adaptabilidad Caótica y depresión en adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa.

No existe relación estadísticamente significativa entre el tipo de Adaptabilidad Estructurada y depresión en adolescentes de la I.E Héroes del Cenepa.

No existe relación estadísticamente significativa entre el tipo de Adaptabilidad Flexible y depresión en adolescentes de la I.E Héroes del Cenepa.

5.2. Recomendaciones

Diseñar y ejecutar programas de prevención e intervención en depresión, con el objetivo de mejorar las estrategias de afrontamiento y manejo de emociones, así como fortalecimiento de la autoestima en los adolescentes de la I.E. Héroes del Cenepa. Para ellos es importante que se consideren este tipo de actividades dentro del plan anual de la institución educativa y su desarrollo esté a cargo de especialistas psicólogos.

Promover la participación de los padres de familia a través de sesiones educativas, talleres y escuelas de padre destinados a mejorar las relaciones familiares en aspectos de comunicación, expresión de afecto y adaptación a los cambios. De igual forma este tipo de actividades se sugiere estén dentro del plan anual de la institución educativa y sea informado a los padres desde el día de la matrícula, puesto que se requiere constante motivación para la toma de conciencia de los padres sobre su participación en este tipo de actividades, la cuales buscan el cambio y mejora de las relaciones familiares como formas de prevención para el desarrollo de trastornos emocionales en los adolescentes, como es el caso de la depresión.

Asegurar atención y seguimiento de casos identificados de depresión en los adolescentes evaluados, a través de la derivación al centro de salud más cercano, para lo cual se sugiere que las autoridades de la I.E. Héroes del

Cenepa establezcan convenios con el ministerio de salud específicamente con el centro de Salud Juan Pérez Carranza, para que de esta forma puedan trabajar coordinadamente en pro de la prevención de conductas de riesgo y fortalecimiento de la salud mental de su comunidad educativa.

Seguir realizando estudios sobre los problemas que surgen en la adolescencia así como observar cómo se comporta la familia en estas situaciones. De esta forma se podrá conocer qué otros factores familiares influyen en la aparición y desarrollo de trastornos emocionales en los adolescentes, y de en base a ellos proponer estrategias de intervención de índole sistémico (a nivel personal, familiar y social).

Referencias

- Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffin, N y Jiménez, M. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *Internacional Journal of psychology and psychological Therapy*, 9(2), 205-216. Recuperado de <http://www.ijpsy.com/>
- Arenas, S. (2009). Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. Tesis para optar el título profesional de psicóloga. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2562>
- Beck, A. (1970). *Depression: Causes and Treatment*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Birleson, P. (1981). The validity of Depressive Disorder in childhood and the development of a self-rating scale: a research report. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 22(1), 73-88. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Blum, R. (2000). Un modelo conceptual de salud del adolescente. En Dulanto, E. (Ed.), *El adolescente* (pp. 656-672). México: Mc Graw Hill
- Bogaert, H. (2012). La depresión: Etiología y Tratamiento. *Ciencia y Sociedad*, 37(2), 183-197. Recuperado de <http://www.redalyc.org/>
- Caballed, J. (1996). *El niño y el adolescente: riesgos y accidentes*. Barcelona: Laertes
- Caballo, V. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. (2a ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Cárdenas, E., Feria, M., Vásquez, J., Palacios, L y De la Peña, F. (2010). *Guía Clínica para los Trastornos Afectivos (Depresión y Distimia) en Niños y Adolescentes*. Ed. Berenzin, S., Del Bosque, J., Alfaro, J y Medina, M. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (Serie: Guías Clínicas para la atención de

Trastornos Mentales).Recuperado de:
http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastornos_afectivos.pdf

Condori, L. (2002). Funcionamiento Familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitana. Tesis para optar el grado de Magister en Psicología con mención en Psicología Clínica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

Estrada, L (2012). El ciclo vital de la familia. México: Editorial México.

Gil, R. (2007). Neuropsicología. (4° ed.).Barcelona: Masson.

Gonzáles, J. (2005). La depresión: Entre la necesidad y el negocio. Revisión psicológica sobre sus causas y tratamientos. España: Editorial Fundamentos

Gonzáles, J., Macuyama, T., Silva, Z., (2013). Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1° al 5° de secundaria de un colegio nacional mixto. Revista de Enfermería Herediana, 6(2), 66-77. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/>

Hernández, R. Fernández, C y Baptista, P. (2003). Metodología de la Investigación (3ª ed). México D.F: McGraw-Hill.

Hinostroza, L., Huashuayo, C., Navarro, S., Torres, C y Matos, L. (2011) Dinámica familiar y manifestaciones de depresión en escolares de 13 a 15 años de edad. Revista de Enfermería Herediana, 4(1), 12-19. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/>

Instituto Nacional de Salud Mental (2013). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012. Informe General. Anales de Salud Mental 29(1). Recuperado de <http://www.inism.gob.pe/>

Kerlinger, F.N. (2002). Investigación del comportamiento (4ª ed.). México: McGraw-Hill

- Kraaij, V., Garnefski, N., Wilde, E., & Dijkstra, A. (2003). Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors?. *Journal of Youth and Adolescence*, 32 (3), 185-193. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1023/A%3A1022543419747#/page-1>
- Leyva, R., Hernández, A., Nava, G y López, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3), 225-232. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/>
- Lincoln, Y & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry* (pp. 289-231). California: Age Publications.
- Martínez, A., Iraurgi, I y Sanz, M. (2011). "Validez estructural del FACES-20Esp: Versión española de 20 ítems e la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar". *RIDEP*, 1(29), 147-165. Recuperado de <http://www.aidep.org/>
- McCubbin, H. & Thompson, A. (1987). *Family assessment inventories for research and practice*. Wisconsin: University of Wisconsin
- Olson, D. (1999). Circumplex model of marital and family systems: "Empirical Approaches to Family Assessment". *The Journal of Family Therapy*, 22(2), 144-167. Recuperado de: <http://www.uwagec.org/eruralfamilies/ERFLibrary/Readings/CircumplexModelOfMaritalAndFamilySystems.pdf>
- Olson, D., Potner, P. y Lavee. (1985). *Faces III Family Adaptability and cohesion evaluation scale*. St. Paul, MN: University of Minnesota
- Olson, D.H., Russell, C. & Sprenkle, D.H. (1979). Circumplex Model of Marital and Family Systems II: Empirical studies and clinical intervention. In J. Vincent (Ed.) *Advances in Family Intervention, assessment and Theory*, 1,128-176. Greenwich, CT: JAI Press.
- Polaino, A y Martínez, P (2003). "Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia". (2a ed.). Madrid: Ediciones Rialp, S.A.

- Prego Dorca, R y Payá B. (2008). La depresión en la Adolescencia. En Redondo, C., Galdó, G y García M. (eds.), Atención al adolescente (pp. 277-292). Santander: Ediciones de la universidad de Canabria
- Quintana, A y Sotil, A. (2000). Influencia del clima familiar y estrés del padre de familia en la salud mental de los niños. Revista de investigación de Psicología, 3(2), 29-45. Recuperado de <http://sisbib.unmsm.edu.pe/>
- Rojas, I y Saavedra, J. (2014). Cohesión familiar e ideación suicida en adolescentes de la costa peruana en el año 2006. Revista de Neuropsiquiatría, 77(4), 250-261. Recuperado de: <http://www.upch.edu.pe/>
- Salinas, A., Quintero, O., Herández, M., Molina, L., Lozada, R y Agreda, V. (2013). Relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas y privadas. Municipio libertador. Mérida-Venezuela. Revista ACADEMIA, 12(28), 317-324. [Recuperado de http://www.saber.ula.ve](http://www.saber.ula.ve)
- Torrel, M y Delgado, M. (2014). Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla - Tumbes, 2013. Revista Ciencia y Desarrollo, 17(1), 47-54. Recuperado de: <http://revistas.uap.edu.pe/>
- Vivar, R., Pacheco, Z., Adrianzen, C., Macciotta, B y Marchena, C. (2005). Validación de la Escala Birleson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos. Revista Peruana de Pediatría, 58(3), 24-30. Recuperado de <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rpp/v58n3/contenido.htm>
- Wicks – Nelson, R., Israel, A. y Ozores, I. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. (3ª ed.). Madrid: Prentice Hall.
- Zambrano, A. (2011). Cohesión, Adaptabilidad Familiar y el Rendimiento Académico en Comunicación de los alumnos de una Institución Educativa del Callao. Tesis para optar el grado académico de Maestro en Educación en la Mención de Evaluación y

Acreditación de la calidad de la Educación. Universidad San Ignacio de Loyola, Lima.

Zapata, J., Figueroa, M., Méndez, N., Miranda, V., Linares, B., Carrada, T., Vela, Y y Rayas, A. (2007). Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 64 (5), 295-301. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/>

ANEXOS

ESCALA DE EVALUACIÓN DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR FACES III

Apellidos y Nombres:

Edad:.....

Fecha de Nacimiento: Fecha de Evaluación:

.....

Año y Sección.....Distrito en que vives:..... Con quien vives:.....

Sexo: M () F ()

A continuación va encontrar una serie de afirmaciones acerca de cómo son las familias, ninguna de dichas frases es falsa o verdadera, pues varía de familia en familia. Por eso Ud. encontrará cinco (5) posibilidades de respuesta para cada pregunta.

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

Pase a las siguientes afirmaciones y responda:

	Casi Nunca (1)	Una que otra vez (2)	A Vece s (3)	Con Frecu encia. (4)	Casi Siemp re (5)
1. Los miembros de la familia se piden ayuda unos a otros.					
2. En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos.					
3. Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene.					
4. Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina.					
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia inmediata.					
6. Diferentes personas de la familia actúan en ella como líderes.					
7. Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que a personas externas a la familia					
8. En nuestra familia hacemos cambios en la forma de realizar los quehaceres.					

9. A los miembros de la familia les gusta pasar juntos su tiempo libre.					
10. Padres(s) e hijos(s) discuten juntos las sanciones.					
11. Los miembros de la familia se sienten muy cerca unos de otros.					
12. Los hijos toman las decisiones en la familia.					
13. Cuando en nuestra familia compartimos actividades, todos estamos presentes.					
14. Las reglas cambian en nuestra familia.					
15. Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.					
16. Nos turnamos las responsabilidades de la casa.					
17. Los miembros de la familia se consultan entre sí sus decisiones.					
18. Es difícil identificar quién es o quiénes son los líderes en nuestra familia.					
19. La unión familiar es muy importante.					

20. Es difícil decir quién se encarga de cuáles labores del hogar					
--	--	--	--	--	--

Escala de Birleson Modificada

Por favor responde honestamente como te has sentido en las últimas dos semanas. En cada pregunta, marca con un aspa la respuesta que creas conveniente. Hay una sola respuesta por pregunta. No hay respuestas buenas o malas. Gracias.

	Siempre	A veces	Nunca
1-Las cosas me gustan me interesan como antes			
2-Duermo bien.			
3-Me dan ganas de llorar.			
4-Para adolescentes: Me gustaría salir con mis amigos Para niños: Me gusta salir a jugar.			
5-Me gustaría escapar salir corriendo.			
6-Me duele la barriga, la cabeza y otros sitios de mi cuerpo.			
7-Tengo ganas de hacer las cosas.			
8-Disfruto de la comida			
9-Puedo defenderme por mí mismo.			
10-Pienso que no vale la pena vivir.			
11-Soy bueno para las cosas que hago.			
12-Me molesto y me irrito por cualquier cosa.			
13-Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes.			
14-Me he vuelto olvidadizo y/o distraído.			
15-Tengo sueños horribles.			
16-Pienso que haga lo que haga no lograré conseguir lo que deseo o que las cosas no van a cambiar.			
17-Me siento muy solo.			
18-Puedo alegrarme fácilmente.			
19-Me siento tan triste que me cuenta trabajo soportarlo.			
20-Me siento muy aburrido.			

21-Pienso muy en serio en la muerte o en matarme.			
Total			