

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades
Escuela Profesional de Psicología



**DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA INFANTIL EN
ESTUDIANTES DE EDUCACION PRIMARIA**

Tesis presentada por los Bachilleres:

Pareja Mendoza, Omar Enrique

Ramírez Huamán, Dennis José

para optar el Título Profesional de:

Licenciado En Psicología

Asesora: Dra. Rivera Flores, Gladys Wilma

AREQUIPA – PERÚ

2019

FACULTAD CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

INFORME DICTAMEN BORRADOR TESIS

VISTO

EL BORRADOR DE TESIS TITULADO:

*"DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA INFANTIL EN
ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN PRIMARIA"*

SE RESUELVE:

PRESENTADO POR las BACHILLER (ES)

PAREJA MENDOZA OMAR ENRIQUE
RAMIREZ HUAMAN DENNIS


Del Dictamen:

Favorable. Pase a sustentación

Observaciones:

Arequipa, de *Diciembre* del 2018


.....
DRA. GLADYS RIVERA FLORES


.....
MGTER. ROGER PUMA HUACAC

Agradecimientos

Quiero agradecer a Dios por sus pruebas y bendiciones, a mi madre por enseñarme acerca de la fortaleza, superación y el amor a la familia, a mi padre por mostrarme lo que es el verdadero amor y la lealtad, a mi hermana por su entrega y desprendimiento con sus seres queridos.

A mi familia y verdaderos amigos, de los cuales sé que nunca me fallaran.

A mi amor, la que siempre estará.

Omar E. Pareja Mendoza



A José Luis Ramirez, gracias por mostrarme el significa de ánimo y fortaleza, fundamental en mi desarrollo personal y profesional, por tener en tu ser una combinación de razón y sentimiento, por darme a conocer que orientar y exigir es sinónimo de amar.

A Martha Huamán, gracias por mostrarme el significado de la ternura verdadera y desinteresada, por tus palabras que denotan sinceridad, por ser la mujer más trabajadora que conozco para mí dogma de fe. Por tu paciencia, comprensión y amor inmensurable.

A Mayra Ramirez, gracias por respetar la individualidad entre nosotros, por ser mi amiga. Confidente, leal en muchas cuestiones vividas, nuestra sempiterna amistad nos llevará a creer el uno el otro.

A Valeria León, gracias por tu apoyo emocional en todo este proceso, por ser soporte incondicional en mi vida, por ser mi felicidad encajada en tu ser, el placer de mirarte será la fuerza para ser grande, te agradezco mucho mi amor.

A mi asesora de tesis, Doctora Gladys Rivera, por la orientación constante y ayuda que me brindo en todo momento para la realización de la tesis, por todo el apoyo incondicional.

DENNIS RAMIREZ

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado “Disfunción Familiar y Sintomatología depresiva infantil en estudiantes de educación primaria” es de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal. El objetivo del estudio fue determinar la correlación entre disfunción familiar y la sintomatología depresiva en alumnos de primaria de la institución educativa Antonio José de Sucre. La muestra estuvo conformada por 176 alumnos de 4to, 5to y 6to de primaria, de ambos géneros, cuyas edades oscilan entre los 9 y 13 años. Los niveles de disfunción familiar y de sintomatología depresiva infantil en los alumnos fueron medidos con los test APGAR Familiar y el Inventario de depresión infantil (CDI). Los resultados mostraron que existe relación estadísticamente significativa entre la disfunción familiar y la sintomatología depresiva infantil.

Palabras claves: Disfunción familiar, depresión infantil, alumnos de primaria.

ABSTRACT

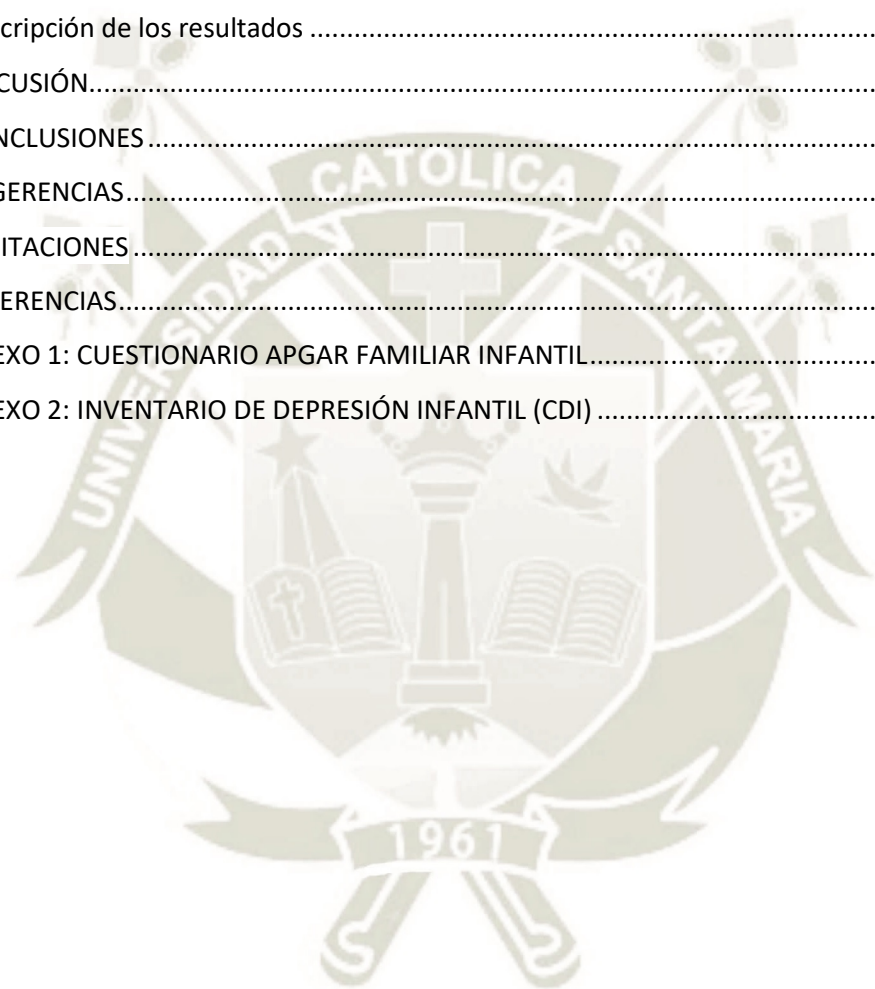
The present research entitled " Family's dysfunction and childish depressive symptoms in primary education students" is a descriptive, correlational and cross-sectional study. The aim of the study was to determine the correlation between family's dysfunction and depressive symptomatology in elementary school students of the Antonio José de Sucre School. The sample consisted of 176 students of 4th, 5th and 6th grade of both genders, whose ages range between 9 and 13 years. The levels of family's dysfunction and of children's depressive symptomatology in the students were measured with the APGAR Family Test and the Childhood Depression Inventory (CDI). The results showed that there is a statistically significant relationship between family's dysfunction and childhood depressive symptomatology.

Key words: Family dysfunction, childhood depression, primary school students

INDICE

| | |
|--|-----|
| RESUMEN | v |
| ABSTRACT | vi |
| INDICE | vii |
| CAPITULO I | 1 |
| MARCO TEORICO..... | 1 |
| Introducción | 1 |
| Problema o interrogante..... | 2 |
| Variables..... | 2 |
| Variable 1 | 2 |
| Variable 2 | 3 |
| Interrogantes secundarias | 3 |
| Objetivos | 4 |
| Objetivo general..... | 4 |
| Objetivos específicos..... | 4 |
| Antecedentes teóricos investigativos | 4 |
| Concepto de familia | 4 |
| Tipos de familia | 7 |
| Dimensiones de la función familiar..... | 10 |
| Funcionalidad Familiar | 14 |
| Disfunción familiar | 16 |
| Depresión | 21 |
| Hipótesis..... | 27 |
| CAPITULO II | 28 |
| DISEÑO METODOLOGICO..... | 28 |
| Tipo o diseño de investigación..... | 28 |
| Técnicas instrumentos aparatos u otros..... | 28 |
| Técnica | 28 |
| Instrumentos..... | 28 |
| APGAR familiar | 28 |
| Inventario de depresión infantil – CDI | 31 |

| | |
|---|----|
| Ámbito o localización de la investigación | 34 |
| Población..... | 35 |
| Muestra | 35 |
| Estrategia de recolección de datos | 35 |
| Criterios de procesamiento de información | 35 |
| CAPITULO III | 37 |
| RESULTADOS | 37 |
| Descripción de los resultados | 37 |
| DISCUSIÓN..... | 42 |
| CONCLUSIONES..... | 46 |
| SUGERENCIAS..... | 47 |
| LIMITACIONES..... | 48 |
| REFERENCIAS..... | 49 |
| ANEXO 1: CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR INFANTIL..... | 56 |
| ANEXO 2: INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDI) | 57 |



CAPITULO I

MARCO TEORICO

Introducción

La familia ha sido descrita de muchas maneras y de varios enfoques a lo largo de la historia, teniendo en cuenta varios criterios, bien sea por consanguinidad, por convivencia, por relación legal, lazos emocionales, etc. (Parra, 2005). En la familia encontramos seguridad y confianza ya que es una comunidad de amor y solidaridad en la que se nos valora por lo que somos, insustituible para la transmisión de valores culturales, éticos, sociales y espirituales e imprescindible para el bienestar de sus miembros y de la sociedad (Perea, 2006)

Así, el espacio familiar se desarrolla como un contexto social, educativo y de aprendizaje, donde los adultos asumen la responsabilidad de contribuir al desarrollo de las capacidades y habilidades intelectuales, motivacionales y sociales de los hijos, así como a su equilibrio afectivo y emocional (Parada, 2010).

Una familia disfuncional habitualmente genera personas con efectos negativos no sólo en los hijos sino también en los padres, provocando múltiples repercusiones sociales y laborales. Los hijos de familias disfuncionales no se sienten valiosos ni queridos, expresan que sus sentimientos y necesidades no son importantes y se ven impedidos de expresarlos (Naranjo, Ñauta y Ñauta, 2014).

El rol que la familia desempeña y su dinámica en si constituyen un tema que amerita mayor atención, dado que la familia en si es considerada como uno de los ejes más importantes de vida del ser humano. Sin embargo, aún son insuficientes los fundamentos teóricos que contribuyen a la consideración de la familia como elemento que participa en la determinación de la salud, a fin de concebirla como grupo de

atención y análisis y no como la vía o el lugar para la organización de las acciones (Louro, 2003).

Se ha dado a conocer algunas investigaciones que han dado con la existencia de una relación directa entre la discordia familiar y la presencia de problemas en los hijos (Emery, 1982) así como la relación negativa entre la presencia de sintomatología depresiva y el nivel de cohesión familiar (Buitrago, Pulido y Güichá-Duitama, 2017).

Esta investigación tiene por objetivo estudiar la correlación de la disfunción familiar y la sintomatología depresiva en alumnos de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E. Antonio José de Sucre.

Problema o interrogante

¿Cuál es la correlación entre la disfunción familiar y la sintomatología depresiva infantil en estudiantes de primaria de la I.E. Antonio José de Sucre, Arequipa?

Variables

Variable 1

Disfunción familiar

La disfunción familiar se manifiesta tanto en aspectos estructurales como de proceso. Estructuralmente, tal vez los límites familiares desorganizados o impermeables resultaron en operaciones de los subsistemas no funcionales, coaliciones destructivas, rigidez de roles, y la separación entre generaciones. Las dificultades del proceso pueden haber llevado a una ruptura en la negociación entre los miembros de la familia para resolver conflictos, tal vez la pérdida de intimidad o apego o confianza, así como

las necesidades de la relación individual permanecen insatisfechas (Goldenberg y Goldenberg, 2008)

Variable 2

Síntomas de Depresión infantil.

El concepto de la depresión infantil a lo largo de la historia ha pasado por cuatro corrientes de pensamiento: la orientación psicoanalítica donde no era aceptada; una segunda en la que la depresión infantil se consideraba enmascarada en otra sintomatología; la tercera que considera que la depresión infantil es igual a la de la edad adulta; y la última que entiende que la sintomatología depresiva es diferente en función de la edad y sexo del sujeto, psicopatología del desarrollo. (Figueras, 2006).

Interrogantes secundarias

¿Cuál es el nivel de disfunción familiar de los alumnos de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E. Antonio José de Sucre, Arequipa?

¿Cómo se presentan los niveles de disfunción familiar según el sexo de los alumnos de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E. Antonio José de Sucre, Arequipa?

¿Cuál es el nivel de los síntomas de la depresión infantil en alumnos de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E. Antonio José de Sucre, Arequipa?

¿Cómo se presentan los niveles de los síntomas de la depresión infantil según el sexo de los alumnos de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E. Antonio José de Sucre, Arequipa?

Objetivos

Objetivo general

Determinar la correlación entre la disfunción familiar y los síntomas de depresión infantil en estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E. Antonio José de Sucre, Arequipa.

Objetivos específicos

Determinar el nivel de disfunción familiar en estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E. Antonio José de Sucre, Arequipa.

Identificar el nivel de disfunción familiar según sexo en estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E. Antonio José de Sucre, Arequipa.

Determinar el nivel de los síntomas depresivos en estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E. Antonio José de Sucre, Arequipa.

Identificar el nivel de los síntomas depresivos según sexo en estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E. Antonio José de Sucre, Arequipa.

Antecedentes teóricos investigativos

Concepto de familia

La familia es un grupo de personas que interactúan en un mismo espacio para desarrollar funciones biológicas, psicológicas, sociales y culturales básicas, y en el que sus miembros, de forma más o menos activa y espontánea, responden a un compromiso tácito o explícito de cuidado y protección económico-afectiva (nurture). (Sinche y Suarez, 2006).

La familia es un grupo social básico creado por vínculos de parentesco, presente en todas las sociedades; idealmente, la familia proporciona a todos sus miembros: Cuidados y protección, compañía, seguridad y socialización (Oliva y Villa, 2014).

Las relaciones familiares ofrecen (o al menos prometen) oportunidades para la intimidad, la calidez y la interdependencia que rara vez están disponibles en otras relaciones; pueden fomentar conexiones amorosas profundas de alegría y felicidad y hacer que todas las dificultades de la vida parezcan valiosas; permiten a los miembros exponer un grado de vulnerabilidad y dependencia, y brindan oportunidades para la expresión de necesidades emocionales que no son legítimas en otros lugares (Luxton, 2011).

Romer et al., (1999, citados por Castilla, Caycho, Shimabukuro y Valdivia, 2014) señala que la familia es una unidad biopsicosocial, en el cual, una de sus funciones más importantes, es contribuir a la salud de todos sus miembros, por medio de la transmisión de creencias y valores de padres a hijos.

Igualmente, la familia es definida como un sistema de individuos, quienes han decidido vivir juntos y/o se interrelacionan con el objetivo primario de apoyarse, cuya relación es a través de lazos de sangre, adopción, tutela o matrimonio, pero unidos por fuertes lazos emocionales a través de características comunes (Friedemann, 1995; Harmon & Thalman, 1996; citados por Castilla, Caycho, Shimabukuro y Valdivia (2014)

La familia, como organización social representa la primera y más significativa fuerza de adaptación del niño a la sociedad (Berger, P. & Luckman, T., 2003, citado por Suárez, 2013). La Convención sobre los derechos del Niño otorga a la familia el carácter de medio natural y la define como un grupo fundamental de la sociedad para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, 2003). En 2013, el Comité de los Derechos del Niño, encargado de vigilar el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño, publicó directrices sobre el derecho de los niños y los adolescentes al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Desde el campo de la Psicología los fines de la familia (Oliva y Villa, 2014) son:

- Proporcionar a todos y a cada uno de sus miembros, seguridad en el campo afectivo.
- Preparar a sus integrantes para el desarrollo de procesos adaptativos.
- Crear hábitos cotidianos y de manejo conductual con responsabilidad.
- Manejar bajo esquemas adecuados las crisis, angustia y en general las emociones y frustraciones, a través del autocontrol.
- Dirigir el desarrollo personal hacia la independencia.
- Canalizar energías y manejar impulsos, la violencia y autoritarismo.
- Proteger a todos sus miembros y prepararlos para la independencia a través de la educación y el respeto.

Tipos de familia

De acuerdo con De la Revilla y Fleitas (1999) los tipos de familia son:

Familia extensa: Viven más de dos generaciones en el hogar de los abuelos: Sus miembros suelen mantener lazos afectivos muy intensos, respetando las decisiones de los abuelos que dirigen la vida de la familia y ordenan el trabajo del hogar.

Familia nuclear íntegra: Se trata de matrimonios casados en primeras nupcias y con hijos biológicos.

Familia nuclear ampliada: En el hogar pueden vivir otras personas, unas veces ligadas por vínculos consanguíneos (madre, tíos, sobrinos) y otras no (empleadas del hogar o huéspedes)

Familia monoparental: Es la constituida por un solo cónyuge y sus hijos; tiene su origen en la muerte, la separación, el divorcio o el abandono de uno de los cónyuges.

Familia reconstituida: Es una familia en la que dos adultos forman una nueva familia en la cual al menos uno de ellos incorpora a un hijo habido de una relación anterior.

América Latina exhibe diversificación de formas familiares, el aumento de uniones consensuales, el retraso en la edad de iniciación del calendario nupcial y el incremento en la participación laboral femenina y en la proporción de hogares encabezados por mujeres; además se revela la presencia de asimetrías en la evolución de las dinámicas familiares e interseccionalidad de categorías sociales (como sexo, educación, ingresos y raza), que a la vez marcan una persistencia de las desigualdades heredadas del período colonial en adelante (Cienfuegos, 2014).

La moderada postergación en la formación familiar en América Latina parece responder más a cambios en los comportamientos de los sectores medios y altos,

mientras persiste el inicio familiar temprano en los sectores sociales más bajos, así como el embarazo adolescente, cuyas tasas son estables y desproporcionalmente altas (ONE, resultados de 2002, citado por Cienfuegos, 2014).

En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2017 (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018) cerca de 6 de cada 10 mujeres se encontraban en unión conyugal (56,6%), de las cuales un quinto estaba casada (19,9%) y alrededor de 4 de cada 10 en situación de convivencia (36,7%). El 12,2% de las mujeres en edad fértil ha disuelto su unión conyugal por divorcio o separación.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018), en el Perú, durante el año 2017 ha tendido a incrementarse el porcentaje de convivientes (de 33,9% en el 2012 a 36,7% en el 2017) y el de separadas (de 9,4% a 11,7%, respectivamente), en tanto que disminuye el porcentaje de casadas (de 23,1% en el año 2012 a 19,9% en el año 2017) y han tendido a disminuir también las solteras (32,8% a 30,8%). Asimismo, según área de residencia, el porcentaje de convivientes es mayor en el área rural que en la urbana (12,7 puntos porcentual de diferencia). Y en las casadas, no obstante que es mayor el porcentaje en el área rural que en la urbana, la diferencia no es tan amplia como en el primer grupo mencionado (3,4 puntos porcentuales).

De acuerdo a la ENDES 2017 (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018), la tasa global de fecundidad fue de 2,4 hijas e hijos por mujer, en el año 2012 fue 2,6. Según área de residencia, el área rural muestra una tasa global de fecundidad 45,5% más alta que el área urbana (3,2 hijos y 2,2 hijos, respectivamente).

Subsistemas familiares

Según Minuchin, Rosman, & Baker (1978, citados por Goldenberg y Goldenberg, 2008) los subsistemas familiares más duraderos son los subsistemas conyugal, parental y entre hermanos. Estos subsistemas están en una relación dinámica global, cada uno influye y se influye simultáneamente uno por el otro; las relaciones dentro y entre los subsistemas definen la estructura de la familia (Goldenberg y Goldenberg, 2008).

La díada de marido y mujer es básica; cualquier disfunción en este subsistema repercute en toda la familia a medida que los niños son chivos expiatorios o aliados de un padre en contra del otro cada vez que los padres entran en conflicto. El subsistema del cónyuge enseña a los niños acerca de la intimidad y compromiso masculino y femenino al proporcionar un modelo de interacción matrimonial. Cómo los cónyuges acomodan uno con otro sus necesidades, negocian las diferencias, toman decisiones juntos, gestionan conflictos, satisfacen las necesidades sexuales y de dependencia de cada uno, planifican el futuro juntos, y así sucesivamente, influye en la eficacia de las relaciones entre todos los miembros de la familia. Un subsistema conyugal viable, uno en el que los esposos han desarrollado una relación satisfactoria entre sí, proporciona a ambos cónyuges la experiencia de intimidad, apoyo, crecimiento mutuo y una oportunidad de desarrollo personal. (Goldenberg y Goldenberg, 2008).

El subsistema parental (que puede incluir abuelos o hijos mayores que temporalmente asumen roles parentales) tiene la responsabilidad principal de criar a los niños adecuadamente, brindar apropiada nutrición, orientación, fijación de límites y disciplina. A través de la interacción con los padres, los niños aprenden a lidiar con la autoridad, con personas de mayor poder, mientras fortalecen su propia capacidad de

decisión y autodirección. Los problemas dentro de este subsistema, como serios conflictos intergeneracionales que involucran rebeldía, fuga, a menudo reflejan la inestabilidad y desorganización familiar subyacente. En algunas familias, los padres comparten la autoridad y la responsabilidad con los abuelos, o en otros casos con familiares, amigos del vecindario o ayuda pagada. (Goldenberg y Goldenberg, 2008).

Los hermanos representan el primer grupo de compañeros de un niño. A través de la participación en este subsistema, un niño desarrolla patrones de negociación, cooperación, competencia, apoyo mutuo, y luego, apego a amigos. Las habilidades interpersonales que se perfeccionan en este subsistema influyen en las relaciones de la escuela o el lugar de trabajo. (Goldenberg y Goldenberg, 2008).

Dimensiones de la función familiar

Actualmente, se vive una era en que los seres humanos solo piensan en conseguir sus metas y objetivos de vida sin importarles o sin darse cuenta de que esos logros en muchos casos ocasiona el abandono familiar trayendo como consecuencia familias disfuncionales o crisis familiar.

Para Lafosse (2004, citado por Carranza, 2017) “una familia cuando cumple sus funciones pasa por tres etapas: cohesión familiar, comunicación familiar y adaptabilidad familiar”. La familia bien constituida y feliz debe poseer estos tres componentes que son la base de toda familia unida y cuyos miembros podrán desenvolverse con libertad y transparencia ante la sociedad (Carranza, 2017).

De igual manera Olson (2000) centra su Modelo Circumplejo en tres dimensiones centrales de los sistemas maritales y familiares: cohesión, flexibilidad y comunicación;

la principal hipótesis de este modelo es que los sistemas maritales y familiares equilibrados tienden a ser más funcionales en comparación con los sistemas desequilibrados. El modelo propone que un nivel equilibrado de cohesión y flexibilidad es el más funcional para el desarrollo matrimonial y familiar (Olson, Sprenkle & Russell, 1979). A la inversa, los niveles desequilibrados de cohesión y flexibilidad (niveles muy bajos o muy altos) se asocian con el funcionamiento familiar problemático (Olson, en prensa 2010).

Dimensión 1: Cohesión familiar

La cohesión se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí (Olson, en prensa 2010). Según Lafosse (2004, citado por Carranza, 2017), “la cohesión familiar es la atadura emocional que miembros de la familia tienen unos con otros. Es el grado en que los miembros de la familia se interesan por ella, se comprometen con ella y se ayudan mutuamente”.

El Modelo Circumplejo de Olson (Olson, Sprenkle & Russell, 1979) postula la necesidad de un equilibrio en la dimensión de cohesión entre demasiada cercanía (lo que conduce a sistemas enredados) y muy poca cercanía (lo que conduce a sistemas desconectados).

Dimensión 2: Flexibilidad familiar

La flexibilidad familiar se define como la calidad y la expresión del liderazgo y la organización, las reglas y las negociaciones de relación de roles y relaciones. La flexibilidad se refiere a la capacidad de cambio en el liderazgo familiar, las relaciones de rol y las reglas de relación (Olson, en prensa 2010).

El Modelo Circumplejo de Olson (Olson, Sprenkle & Russell, 1979) postula que debe haber un equilibrio en la dimensión de flexibilidad entre demasiado cambio (que conduce a sistemas caóticos) y muy poco cambio (que conduce a sistemas rígidos). La hipótesis que maneja Olson (2011, citado por Fernández, Masjuan, Costa-Ball y Cracco, 2015), es que los niveles balanceados de flexibilidad (poco flexible, flexible y muy flexible) son más funcionales que los extremos (rígidos o caóticos). Esto se debería a que las familias necesitan tanto de la estabilidad como de la capacidad de cambio para poder ser funcionales.

Dimensión 3: Comunicación familiar

Generalmente llamamos comunicación a la emisión de un mensaje verbal en forma explícita e intencional; pero en psicología, es mucho más que eso; incluye todos los procesos a través de los cuales las personas se influyen mutuamente: comunicarse es interactuar, es establecer un modo de relación, por lo tanto, es mucho más que escuchar o decir una palabra, es una acción, un acto, una conducta (Reusche, 2011).

La comunicación se define como las habilidades de comunicación positivas utilizadas en el sistema de pareja o familia (Olson, en prensa 2010) como mensajes claros y congruentes, empatía, frases de apoyo y habilidades efectivas para la resolución de problemas (Olson & Gorall, 2003, citado por Fernández, Masjuan, Costa-Ball y Cracco, 2015). Por el contrario, la comunicación disfuncional (indirecta, poco clara, incompleta, no clara, inexacta, distorsionada, inadecuada) caracteriza a una sistema familiar disfuncional (Goldenberg y Goldenberg, 2008).

Al respecto, Lafosse (2004, citado por Carranza, 2017) consideró que “la comunicación familiar es el acto en el que dos o más miembros de la familia intercambian información, ideas, sentimientos, afectos, valores, etc. Tanto a través de

la palabra, como de señas, gestos, acciones, de la presencia o ausencia, o del simple tono de voz”.

La comunicación es la base de toda relación positiva entre dos o más personas. Es así que hablar de comunicación familiar es mucho más amplio y mucho más necesario en todo hogar. Es a través de la comunicación familiar que se entablan más lazos de comprensión, escucha, conocimiento del otro y sobretodo se da una convivencia tranquila y transparente ya que cada uno sabe lo que le agrada o desagrada de cada miembro de su familia. Según estudios, si los hijos crecen en un entorno en el que existe comunicación fluida, de confianza, sincera y efectiva entre padres e hijos, ellos no tendrán ningún problema emocional y serán capaces de interrelacionarse de manera armoniosa con los demás (Carranza, 2017).

La comunicación es considerada como una dimensión facilitadora para permitir el movimiento en las otras dos dimensiones: cohesión y flexibilidad. Varios estudios que han investigado la comunicación y la capacidad para resolver problemas en parejas y familias, encontraron que los sistemas balanceados en cohesión y flexibilidad tienden a tener mejor comunicación, mientras que sistemas desbalanceados en estas dos dimensiones tienden a una pobre comunicación (Olson & Gorall, 2003, citado por Fernández, Masjuan, Costa-Ball y Cracco, 2015). La dimensión de la comunicación se ve como la dimensión facilitadora que ayuda a las familias después de que las familias modifiquen sus niveles de cohesión y flexibilidad (Olson, en prensa 2010).

Funcionalidad Familiar

El funcionamiento familiar es la categoría que sintetiza los procesos psicológicos que ocurren en toda familia (Louro, 2003). Para (Walsh, 2012), "funcional" significa esencialmente viable. Se refiere a la utilidad de los patrones familiares para alcanzar los objetivos familiares, incluidas las tareas instrumentales y el bienestar socioemocional de los miembros de la familia. Si los procesos son funcionales depende de los objetivos de cada familia, así como de las demandas situacionales y de desarrollo, los recursos y las influencias socioculturales

El funcionamiento normal se conceptualiza en términos de patrones básicos de interacción en sistemas relacionales (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967, citado por Walsh, 2012). Las relaciones familiares se orientan hacia lo que se denomina “relaciones puras” lo que significa que ha de ser ayuda recíproca y generosidad para el crecimiento de la unidad familiar y el establecimiento de vínculos de igualdad donde el intercambio de sentimientos y la gratificación emocional ocupa un primer plano dentro de la vida familiar (Perea, 2006)

Dichos procesos apoyan la integración y el mantenimiento de la unidad familiar y su capacidad para llevar a cabo tareas esenciales para el crecimiento y el bienestar de sus miembros, como la crianza, el cuidado y la protección de niños, ancianos y otros miembros vulnerables. Los arreglos familiares no convencionales (atípicos) pueden ser óptimos para el funcionamiento de una familia particular, ajustándose a sus desafíos, recursos y contexto (Walsh, 2012).

Las familias adaptativas o funcionales no solo tienen límites claramente definidos y jerarquías netas sino que son capaces de establecer relaciones adecuadas con otros subsistemas pertenecientes a su entorno, constituyendo con ellos (familia extendida, escuela, centro laboral, etc.) redes sociales de soporte que, como su nombre lo indica, prestan un valioso apoyo, retroalimentando con información, sostén emocional y acciones concretas al sistema familiar cuando éste atraviesa etapas críticas que demandan la puesta en juego de sus mecanismos adaptativos (Mendoza, 1993). Se ha considerado a la familia como un sistema funcional, cuando es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar y la crisis por la que pueda atravesar (Huerta, 1998, De La Revilla y Fleitas, 1994, citados por González, Mejía, Angulo y D'Ávila, 2005).

La familia saludable es considerada como una unidad de crianza que demuestra integridad de los componentes de adaptabilidad, colaboración, crecimiento, afecto y resolución (Smilkstein, 1978). De acuerdo a Smilkstein (1978) las siguientes preguntas brindarían información sobre cada componente del funcionamiento familiar:

Adaptación: ¿Cómo se han ayudado los miembros de la familia en momentos de necesidad?

¿De qué manera los miembros de la familia han recibido ayuda o asistencia de amigos y la comunidad?

Colaboración: ¿Cómo se comunican los miembros de la familia entre sí sobre asuntos tales como vacaciones, finanzas, atención médica, grandes compras y problemas personales?

Crecimiento: ¿Cómo han cambiado los miembros de la familia durante los últimos años? ¿Cómo ha sido aceptado este cambio por los miembros de la familia? ¿De qué manera se han ayudado los miembros de la familia a crecer o desarrollar estilos de

vida independientes? ¿Cómo han reaccionado los miembros de la familia a sus deseos de cambio?

Afecto: ¿Cómo han respondido los miembros de su familia a expresiones emocionales como el afecto, el amor, el dolor o la ira?

Resolución: ¿Cómo comparten los miembros de su familia el tiempo, el espacio y el dinero?

La familia se convierte así en un lugar de pertenencia real o simbólica que se mantiene durante toda la vida. Por lo que puede afirmarse que las personas, desde que nacen, se desarrollan en el seno familiar, en el que crecen, construyen su identidad, asumen responsabilidades, compromisos y desarrollan recursos personales, que les permite entrar en el mundo adulto. Si bien la familia puede convertirse en una de las principales fuentes de apoyo de la persona a lo largo de la vida, los vínculos familiares altamente valorados, pueden generar insatisfacción y frustración en la medida en que no están presentes o son fuente de conflicto (Leibovich de Figueroa & Schmidt, 2010, citado por Suárez, 2013).

Disfunción familiar

Las familias inadaptativas o disfuncionales son aquellas en las que límites y jerarquías se hallan pobremente definidos, lo que dificulta el proceso de separación-individuación y que, en cuanto a sus relaciones con el medio circundante, o se repliegan excesivamente sobre sí mismas o no aciertan a regular sus intercambios con el mundo (Mendoza, 1993).

Según Walsh (2012) "Disfuncional", en un sentido puramente descriptivo, simplemente se refiere a patrones familiares que no funcionan y están asociados con

síntomas de angustia, independientemente de la fuente del problema. Sin embargo, el término "disfuncional" ha llegado a connotar una perturbación grave y atribuciones causales que tienden a patologizar a las familias y las culpan por problemas individuales y sociales.

Debido a que los problemas individuales no son necesariamente causados por la patología familiar, se recomienda precaución al etiquetar a las familias, distinguiendo a las personas con trastornos graves, abuso y negligencia de la mayoría de las familias que están luchando con problemas comunes en la vida o impactados por factores estresantes importantes. Es preferible, y menos estigmatizante, identificar procesos familiares particulares o patrones relacionales que son disfuncionales y no etiquetar a la familia (Walsh, 2012).

De acuerdo a Goldenberg y Goldenberg (2008) la estructura organizativa subyacente de la familia (es decir, sus patrones de establecimiento de reglas perdurables y reguladores) y su flexibilidad para responder a los cambios durante todo el ciclo de vida familiar ayudan a regular la apariencia de patrones funcionales o disfuncionales.

La estructura familiar es el patrón repetitivo de las interacciones de la familia para llevar a cabo sus funciones, y por medio de la observación de estos patrones transaccionales repetitivos puede determinarse la estructura de una determinada familia, así como su funcionalidad o disfuncionalidad (Peñalva, 2001).

Algunas de las dimensiones estructurales que se identificaron dentro de esta corriente, y que han ayudado a la clasificación de los patrones estructurales, son los límites, los

alineamientos y el poder, considerándose que cada transacción humana contiene las tres dimensiones (Aponte, 1976, Aponte y Vandeusen, 1981, Minuchin, 1974 y Power y Lutz, 1987; citados por Peñalva, 2001).

Los límites son las reglas que definen quién y cómo participa en una operación; es la definición de los roles necesarios para cumplir una actividad. Dentro de esta dimensión se destacan cuestiones como la diferenciación, la permeabilidad y la rigidez entre los individuos y subgrupos de una familia, y entre ésta y su ambiente social. Aquí se incluyen conceptos como amalgamamiento y desarticulación o desconexión. (Peñalva, 2001).

Cuando las reglas son apropiadas para las personas involucradas y no demasiado rígidas, se pueden hacer modificaciones basadas en sus experiencias posteriores. Si las reglas son flexibles y sensibles a la nueva información, y se han llevado teniendo en cuenta las necesidades de ambos, la pareja es capaz de desarrollar una división funcional del trabajo que es destinado a ayudarles a perseguir el tipo de vida que desean para el futuro. Si, por otro lado, las reglas son demasiado rígidamente definidas y no responden a las necesidades o habilidades específicas de cada participante, el conflicto entre la pareja es probable que continúe, lo que lleva a la familia disfuncional (Goldenberg y Goldenberg, 2008).

Los alineamientos se refieren a la definición de roles en la familia; son las reglas de unión u oposición entre los miembros o los subsistemas para cumplir una función. Generalmente estas reglas no son explícitas ni reconocidas, y aquí entran en juego aspectos como la coalición, la alianza y la triangulación (Peñalva, 2001).

La última dimensión es el poder o la fuerza; se refiere a la influencia relativa de cada miembro en una actividad determinada, y es un atributo relativo y no absoluto, que depende de la operación en curso (por ejemplo, en un momento dado un hijo puede tener más poder que los padres al controlarlos cuando tienen alguna enfermedad) (Peñalva, 2001).

La disfunción familiar puede indicar que la familia tiene un impase en su desarrollo. La aparición de algún comportamiento sintomático puede ser visto como una manifestación del estrés que la familia está experimentando alrededor de un evento de transición, o quizás la familia esté rígidamente organizada y no puede cambiar su estructura organizativa para acomodarse a los nuevos requerimientos del desarrollo (Goldenberg y Goldenberg, 2008).

Según Herrera (2012) los acontecimientos significativos de la vida familiar son hechos de alta significación que atraviesa la familia debido a su paso por el ciclo vital o de manera accidental, considerados como determinantes de la salud familiar, al poner en juego sus recursos adaptativos y exigen, por lo general, cambios y modificaciones al grupo familiar, a su estructura y funcionamiento interno, así como a sus relaciones con los otros sistemas sociales.

La afectación a la salud familiar dependerá del impacto de los acontecimientos, según la cantidad de cambios que estos generen en la vida cotidiana de la familia y la valoración que hagan de los mismos; de los recursos familiares (debilidades y fortalezas), dentro de los que se pueden considerar el tipo de familia, el número de convivientes, su funcionamiento, cohesión, capacidad de adaptación, resiliencia,

economía, nivel cultural, etc.; y de las oportunidades y/o amenazas del entorno social (apoyo social con que cuente la familia) que estén incidiendo en el sistema familiar (Herrera, 2012).

Minuchin (1984, citado por Goldenberg y Goldenberg, 2008) considera que las familias pasan por ciclos de vida que buscan mantener un delicado equilibrio entre estabilidad y cambio; entre más funcional sea la familia, más abierta será a cambiar durante los períodos de transiciones familiares, y más dispuestos a modificar su estructura a medida que cambien las condiciones.

Los problemas se desarrollan dentro de una familia con una estructura disfuncionalidad cuando la familia se encuentra con un punto de transición pero carece de flexibilidad para adaptarse a las condiciones cambiantes. Por ejemplo, un joven esposo y esposa que no lograron una separación suficiente de sus padres para poder establecer su propia unidad matrimonial independiente puede experimentar considerable angustia, conflicto y confusión cuando se preparan para ingresar a la siguiente fase de su vida familiar: el nacimiento y la crianza de sus propios hijos (Goldenberg y Goldenberg, 2008). Sin cambio, el crecimiento no puede ocurrir y sin crecimiento el sistema no puede ser funcional y en el caso de las familias, estas tendrían riesgo de convertirse en sintomáticas (Lappin, 1988).

La disfuncionalidad familiar produce graves efectos negativos en los niños (López et al., 2015, citado por Anaya, Fajardo, Calleja y Aldrete, 2018), como:

- a. La carencia de la capacidad de juego o de ser infantil, es decir, un crecimiento psicológico y emocional demasiado rápido en los niños, o por el contrario,

- b. Un crecimiento muy lento o de un modo mixto (por ejemplo, mostrar buen comportamiento social, pero ser incapaz de cuidarse a sí mismo);
- c. La manifestación de alteraciones mentales de moderadas a graves, por ejemplo, depresión o ansiedad, algún trastorno de personalidad y pensamientos suicidas;
- d. La adicción al tabaco, al alcohol o a otras drogas, en especial si el consumo está normalizado en la familia y en el grupo de amistades;
- e. La rebelión contra la autoridad de los padres o, por el contrario,
- f. La simulación de aparentes valores familiares, los cuales no son llevados a la práctica;
- g. La presencia de sentimientos encontrados de amor y odio hacia ciertos miembros de la familia;
- h. Incurrimiento en actividades delictivas;
- i. Dificultad para formar relaciones saludables en su grupo de pares;
- j. Padecimiento de algún trastorno del lenguaje o la comunicación (relacionados con el abuso emocional);
- k. Dificultades escolares o disminución del rendimiento académico.

Depresión

La depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2017), más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18 % entre 2005 y 2015.

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima,

trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La depresión en niños y adolescentes es un trastorno insidioso, en bastantes ocasiones, poco reconocido, confundido con otros trastornos, o entendido como una variación normal del estado de ánimo. El hecho de que no se identifique de forma adecuada lleva a la falta de tratamiento. Las causas de este hecho son varias e incluyen, entre otras, el tipo de sintomatología y la naturaleza frecuentemente encubierta de los síntomas, la visión del final de la infancia y del inicio de la adolescencia como una época de cambios y alteraciones emocionales, la poca relación y la insuficiente comunicación entre algunos adolescentes y padres o adultos de referencia como profesores, y la falta de auto derivación a los profesionales por parte de los adolescentes (Figueras, 2006).

Los trastornos depresivos en niños y adolescentes son frecuentes, de naturaleza crónica y recurrente, y se asocian frecuentemente con trastornos comórbidos y pobre pronóstico que puede mejorar si el cuadro se identifica y se trata precozmente. Los síntomas de la depresión en niños varían, frecuentemente se infradiagnostica y no se trata adecuadamente porque se confunden sus síntomas con los cambios emocionales

habituales durante el desarrollo. Los síntomas depresivos en la infancia son similares a los que aparecen en las depresiones de los adultos con la excepción de que presentan irritabilidad de modo más habitual que tristeza (Royo y Martinez, 2012).

Depresión infantil

El concepto de la depresión infantil a lo largo de la historia ha pasado por cuatro corrientes de pensamiento: la orientación psicoanalítica donde no era aceptada; una segunda en la que la depresión infantil se consideraba enmascarada en otra sintomatología; la tercera que considera que la depresión infantil es igual a la de la edad adulta; y la última que entiende que la sintomatología depresiva es diferente en función de la edad y sexo del sujeto, psicopatología del desarrollo. (Figueras, 2006).

Sentirse triste o decaído, tener un mal estado de ánimo o melancolía ocasional, no significa estar deprimido. Estos sentimientos pueden presentarse en niños de alrededor de 10 años de edad. Pero cuando el estado depresivo se presenta durante un lapso superior a semanas o meses y limita la capacidad del niño para funcionar normalmente, se trata de síntomas inequívocos de un episodio depresivo (Sheslow, 2006, citado por Acosta-Hernández et al. 2011).

Para Del Barrio (2000, citado por Cuervo y Izzedin, 2007), “la depresión infantil es un trastorno que se manifiesta a través de un conjunto de signos y síntomas que afectan tanto el estado afectivo como la esfera cognitiva y la conductual en donde la experiencia subjetiva de tristeza es un punto central de la definición clínica”. La depresión en los niños y etapa prepuberal se caracteriza por: Irritabilidad (rabietas, incumplimiento), afecto reactivo, con frecuencia comórbido con ansiedad, problemas de conducta y TDAH y quejas somáticas (Rey, Bella-Awusah y Jing, 2015).

De acuerdo a Rey, Bella-Awusah y Jing (2015) las conductas que deben alertar a los clínicos sobre la posibilidad de depresión en niños y adolescentes incluyen:

- Irritabilidad o mal humor.
- Aburrimiento crónico o pérdida de interés en actividades recreativas previamente disfrutadas (por ejemplo, abandonar actividades deportivas o clases de baile y música)
- Retirada social o ya no querer "pasar el rato" con amigos
- Evitar la escuela
- Disminución del rendimiento académico.
- Cambio en el patrón de sueño-vigilia (por ejemplo, dormir y negarse a ir a la escuela)
- Quejas frecuentes e inexplicables de sentirse enfermo, dolor de cabeza, dolor de estómago
- Desarrollo de problemas de comportamiento (como volverse más desafiante, huir de casa, intimidar a otros)
- Abusar del alcohol u otras sustancias.

Según Bonet de Luna, Fernández y Chamón (2011) en niños de 7 años a edad puberal, los síntomas se presentan fundamentalmente en 3 esferas:

- Esfera afectiva y conductual: irritabilidad, agresividad, agitación o inhibición psicomotriz , astenia, apatía, tristeza y sensación frecuente de aburrimiento , culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte.

- Esfera cognitiva y actividad escolar: baja autoestima, falta de concentración, disminución de rendimiento escolar, fobia escolar y trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus iguales.
- Esfera somática: cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastornos del sueño (insomnio o hipersomnias), no alcanzar el peso para su edad cronológica y disminución o aumento de apetito

Particularmente importante es estudiar la depresión en la infancia y la adolescencia no sólo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta. El tener un episodio de depresión durante una etapa que sobresale por definir la formación académica, el inicio de la vida profesional u ocupacional, el comienzo de la vida sexual y la elección de pareja tiene consecuencias a largo plazo en muchos ámbitos de la vida, mucho más allá del ámbito de la salud (Benjet et al. 2004).

Kandel y Davies (1986, citado por Benjet et al. 2004) sugieren que a las personas que padecen depresión en la infancia o la adolescencia les queda una vulnerabilidad, la cual implica una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico.

Un punto muy importante es considerar las diferencias de género en la depresión. Sagud et al (2002) señala que la depresión es dos veces más común en mujeres que en hombres. De acuerdo a Pacheco y Chaskel (2016) los trastornos depresivos son prácticamente iguales en niños que en niñas. Sin embargo, en la primera mitad de la adolescencia, estos trastornos son de 2 a 4 veces más frecuentes en el sexo femenino.

Al respecto, Aláez, Martínez y Rodríguez (2000) sostienen que los únicos trastornos que poseen diferencias de género estadísticamente significativas son los de eliminación en los varones, y depresión en las mujeres.

Factores de Riesgo para Depresión Infantil

A continuación, nombramos los factores de vulnerabilidad, activación y protección en la depresión infanta – juvenil de acuerdo a Bonet de Luna, Fernández y Chamón (2011)

A. Factores de vulnerabilidad (Incrementan la predisposición general, pero rara vez provocan directamente la enfermedad)

- Factores genéticos
- Historia del trastorno afectivo de los padres
- Sexo femenino
- Edad post-puberal
- Antecedentes de síntomas depresivos
- Antecedentes de abuso físico y sexual en la infancia, especialmente en el sexo femenino
- Afectividad negativa
- Pensamientos de tipo rumiativo

B. Factores de activación (Directamente implicados en el comienzo de la depresión y en presencia de factores de vulnerabilidad, sus efectos pueden ser mayores. Suelen ser acontecimientos no deseados que dan lugar a cambios permanentes en las relaciones familiares y de amistad)

- Conflictos conyugales
- Desestructuración familiar
- Acoso o humillación
- Situaciones de abuso físico, emocional o sexual
- Consumo de tóxicos

C. Factores de protección (Reduce la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación)

- Buen sentido del humor
- Buenas relaciones de amistad
- Relaciones estrechas con uno o más miembros de la familia
- Logros personales valorados socialmente
- Nivel de inteligencia normal-alto
- Practica de algún deporte o actividad física
- Participación en clubes escolares/sociales o en voluntariado

Hipótesis

A mayor disfunción familiar, mayor sintomatología depresiva en los alumnos de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E. Antonio José de Sucre, Arequipa.

CAPITULO II

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo o diseño de investigación

El presente estudio es de tipo correlacional, el cual comprende aquellos estudios interesados en descubrir y aclarar las relaciones existentes entre las variables más significativas mediante el uso de coeficientes de correlación (Cancela, Cea, Galindo & Valilla, 2010).

Técnicas instrumentos aparatos u otros

Técnica

La técnica empleada fue la aplicación de test psicológicos que se administraron de manera colectiva a las unidades de estudio.

Instrumentos

APGAR familiar

Fue creado por Smilkstein (1978), en la Universidad de Washington, con el objetivo de analizar el estado funcional de la familia a través de la percepción que tienen de ella sus propios miembros. En sus inicios solo era un cuestionario de 5 preguntas que en aquel momento solo se evaluaba funcionalidad y afecto.

Las preguntas del apgar familiar van dirigidas a medir cualitativamente la satisfacción o percepción del paciente hacia diverso funcionamiento familiar.

Se usa en dos campos generalmente, en el campo de la investigación y en el campo de la clínica. Este test nos permite medir el estado funcional de la

familia, identificar familias disfuncionales severas, nos guía a explorar áreas que el paciente no nos comenta con facilidad. (Ver anexo 1)

Según Smilkstein (1978) los componentes de la medición del funcionamiento familiar son:

Adaptación: Es la utilización de recursos intra y extrafamiliares para solucionar problemas cuando el equilibrio familiar está bajo estrés durante una crisis (Ítem 1 del test Apgar familiar, ver anexo 1).

Colaboración: Consiste en compartir la toma de decisiones y las responsabilidades de crianza entre los miembros de la familia (Ítem 2 del test Apgar familiar, ver anexo 1).

Crecimiento: Es la maduración física y emocional y autorrealización que es alcanzada por los miembros de la familia a través del apoyo mutuo y la guía (Ítem 3 del test Apgar familiar, ver anexo 1).

Afecto: Es la relación de cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia (Ítem 4 del test Apgar familiar, ver anexo 1).

Resolución: Es el compromiso de dedicar tiempo a los demás miembros de la familia para la formación física o emocional, usualmente implica una decisión de compartir espacio y recursos económicos (Ítem 5 del test Apgar familiar, ver anexo 1).

La inicial de cada componente en idioma inglés forma el acróstico APGAR:

adaptation, partnership, growth, affection, resolve

Aplicación y calificación

El APGAR familiar fue creada por Smilkstein (1978); es una prueba que se aplica desde los 8 años de edad; adopta la forma de cuestionario conformado por 5 ítems. En cada uno de los ítems, el encuestado señala el grado en el que percibe estas funciones dentro de su unidad familiar. Para cada uno de los ítems, el puntaje oscila entre 0 y 2 puntos,

Donde:

2=casi siempre,

1=algunas veces y

0=casi nunca.

El puntaje total es de 10 puntos. La interpretación del puntaje obtenido es la siguiente:

Función familiar normal: 7-10 puntos.

Disfunción moderada: 4-6 puntos.

Disfunción severa: 0-3 puntos.

Confiabilidad

La escala total presenta una consistencia interna moderada mediante el coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha=.785$). Además se ha determinado el coeficiente de mitades de Spearman-Brown (longitudes desiguales) $r=.749$. En suma se afirma que la escala Apgar Familiar presenta una moderada confiabilidad (Castilla, Caycho, Shimabukuro y Valdivia, 2014).

Validez

La validez de constructo se estableció mediante análisis factorial obteniendo, por medio análisis de componentes principales y la rotación ortogonal (Varimax), un único factor (Castilla, Caycho, Shimabukuro y Valdivia, 2014).

Los resultados permiten concluir que la Escala APGAR familiar posee una adecuada validez factorial, lo que garantiza cierta coherencia entre las mediciones referidas al constructo que se mide (Muñiz, 1996, citado por Castilla, Caycho, Shimabukuro y Valdivia, 2014).

Inventario de depresión infantil – CDI

De acuerdo a Kovacs (2004) la primera versión oficial del CDI fue creada en 1977 por Kovacs y Beck, sin embargo no ha sufrido muchas variaciones y constituye el primer instrumento que mide la depresión, fundamentado en un marco teórico cognitivo. La primera edición comercial del CDI aparece recién en 1992. El CDI es uno de los instrumentos más utilizados y mejor aceptados por todos los expertos en depresión infantil, ha demostrado un comportamiento muy sólido desde el punto de vista psicométrico y gran utilidad para fines clínicos.

La última versión del CDI ocurrió en el año 2004, la cual fue en idioma español y comprendió 27 ítems. Cada ítem fue expresado en tres fases que muestran la presencia de sintomatología depresiva en distintas intensidades o frecuencias. El contenido de estos ítems cubre la mayor parte de los criterios utilizados para el diagnóstico de la depresión infantil. El resultado de la prueba permite obtener datos acerca del nivel de la depresión total y de dos escalas adicionales: Disforia y Autoestima negativa (Kovacs, 2004).

Aplicación y calificación

La prueba puede ser aplicada individual o colectivamente. Se recomienda la aplicación individual en niños pequeños y en población clínica, mientras que su uso colectivo facilita el uso de la prueba en la investigación y el rastreo de casos (screening). Para la aplicación de la prueba, se pide a los participantes que escriban sus datos personales y luego el evaluador debe leer las instrucciones en voz alta, poniendo especial atención en que los niños pequeños atiendan y comprendan las instrucciones. Sólo se necesita la hoja de respuestas, un lápiz y un borrador. La aplicación dura entre 10 y 20 minutos (Ramírez, 2009).

Tiene su valoración de 0 a 2, motivo por el cual los niños y niñas deben escoger aquella frase que sea la más próxima a su situación afectiva actual, siendo el 0 la intensidad o frecuencia de aparición más baja, el 1 corresponde a la intensidad o frecuencia media y el 2 a la mayor frecuencia o intensidad del síntoma correspondiente.

El puntaje de la escala de Disforia, se obtiene sumando los puntajes de los ítems 2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24 y 26; y la puntuación directa de la escala de Autoestima negativa, sumando los puntajes de los ítems restantes 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25 y 27. Estas puntuaciones directas son transformadas en sus correspondientes percentiles. La suma de las puntuaciones de ambas escalas da como resultado el nivel de la sintomatología depresiva total de acuerdo a la siguientes categorías (Kovacs, 2004).

- Percentil 1 a 25: No hay presencia de síntomas depresivos. Dentro de los límites normales
- Percentil 26 a 74: Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada.

- Percentil 75 a 89: Presencia de síntomas depresivos marcada o severa.
- Percentil 90 a 99: Presencia de síntomas depresivos en grado máximo.

Adaptación del inventario

La primera versión de la traducción al castellano; así como posteriores estandarizaciones en nuestro país, demostraron que el instrumento posee las condiciones básicas para ser utilizado, y así conocer los síntomas depresivos en niños y adolescentes (Reategui, 1994, citado por Arévalo 2008).

De acuerdo a Arévalo (2008) la adaptación y estandarización del CDI siguió un proceso polietápico referido a:

- 1- Análisis minucioso de los indicadores en relación a cada uno de los reactivos que miden, para luego establecer los sub indicadores del inventario. En este proceso de revisaron cada uno de los elementos, modificándolos a las características de la población.
- 2- Evaluación de ensayo del CDI en una muestra de 110 sujetos de diferentes edades (8 a 16 años), de estratos sociales escogidos aleatoriamente en los colegios de las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura.
- 3- Revisión y análisis de los resultados (reactivos modificados)
- 4- Reestructuración de los elementos del CDI, distribuyendo los elementos al azar; para posteriormente presentarlo a la opinión de jueces: 05 Psicólogos experimentados con más de 10 años en trabajo con niños y adolescentes.
- 5- Ensamblaje de la prueba final; el mismo que se aplicó para determinar la confiabilidad y validez del instrumento.

Confiabilidad

El instrumento es fiable pues el Alfa de Cronbach varía entre 0.70 y 0.94, lo cual significa que entre el 70 y el 94 % de los puntajes observados es atribuible a un puntaje verdadero (Kovacs, 2004, citado por Ramírez, 2009).

Validez

Raffo (1991, citado por Ramírez, 2009) encontró una validez de contenido por criterio de jueces por encima del 80 % en todos los ítems. Asimismo el CDI tiene correlaciones positivas mayores a 0.70; por lo cual se puede decir que el CDI presenta una buena validez de criterio concurrente (Ramírez, 2009).

En estudios entre 1980 y 2002 para hallar la validez de constructo del CDI se halló el más alto grado de correlación directa para el constructo de ansiedad con un índice de 0.81 lo cual hace referencia a la fuerte relación de la depresión infantil con la ansiedad. También se obtuvieron relaciones negativas con los instrumentos que miden los constructos de autoestima, extraversión, control de creencias, entre otros. El más alto grado de correlación inversa está dado por el constructo de autoestima, con un índice de -0.89, lo cual hace referencia a la relación que existe entre la depresión infantil y las puntuaciones negativas de la autoestima (Ramírez, 2009).

Ámbito o localización de la investigación

La presente investigación se realizará en la I.E. Antonio José de Sucre de Arequipa, sito en la Avenida León Velarde 410, provincia y departamento de Arequipa.

Población

La población estuvo conformada por 176 niños pertenecientes a 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E. Antonio José de Sucre matriculados en el año 2018. Se identificó a la población de estudio de acuerdo con los registros de matrícula, la consulta se hizo en el área de registro institucional.

Muestra

Se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, donde los sujetos son seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad de las personas para la investigación. La muestra fue de 176 niños, de los cuales 97 fueron varones y 79 mujeres, cuyas edades oscilaron entre los 9 y 13 años, pertenecientes al 4to, 5to y 6to de primaria. La cantidad de alumnos por grado es de la siguiente forma: 4to grado con 84 alumnos, 5to grado con 44 alumnos y 6to grado con 48 alumnos.

Estrategia de recolección de datos

La investigación que fue realizada se llevó a cabo en los meses de marzo y abril del año 2018. Se solicitó la autorización del director de la I.E. Antonio José de Sucre para efectuar la aplicación de ambos test: el cuestionario Apgar relacionado a disfunción familiar y el CDI para identificar los niveles de sintomatología de depresión infantil. La aplicación de los test fue colectiva y se realizó en las aulas de la Institución Educativa previa autorización y coordinación con los docentes.

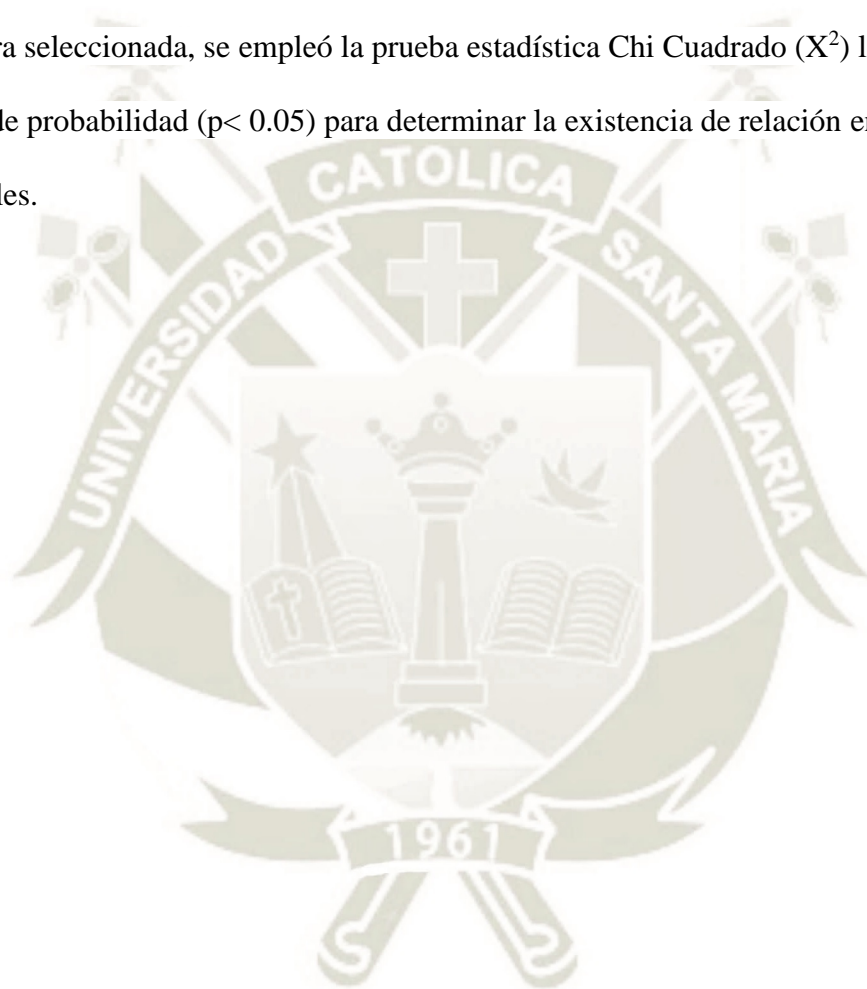
Criterios de procesamiento de información

Para el procesamiento de información se utilizó los siguientes criterios:

El procesamiento se hizo de forma manual y electrónica en hojas de cálculo, se realizó su tabulación y tratamiento estadístico. Para el análisis de la data se utilizó una computadora

personal, instalación de un paquete estadístico SPSS (Statistical Package of Social Science) versión 22 y finalmente se elaboró una matriz de datos según la asignación con las puntuaciones encontradas en cada una de las preguntas de los instrumentos, para posteriormente representar los resultados en tablas estadísticas.

Para determinar la correlación entre disfunción familiar y la sintomatología depresiva en la muestra seleccionada, se empleó la prueba estadística Chi Cuadrado (X^2) la cual exige valor de probabilidad ($p < 0.05$) para determinar la existencia de relación entre las variables.



CAPITULO III

RESULTADOS

Descripción de los resultados

Tabla 1

Relación entre los niveles de disfunción familiar y sintomatología depresiva

| | | Disfunción familiar | | | | | |
|---------------------------|-----------------|---------------------|----------|---------------------|----------|-------------------------|----------|
| | | Disfunción severa | | Disfunción moderada | | Función familiar normal | |
| | | F | % | F | % | F | % |
| Depresión Infantil | Normal | 32 | 18.2% | 60 | 34.1% | 40 | 22.7% |
| | Moderada | 4 | 2.3% | 9 | 5.1% | 10 | 5.7% |
| | Severa | 3 | 1.7% | 6 | 3.4% | 7 | 4.0% |
| | Máxima | 0 | 0.0% | 2 | 1.1% | 3 | 1.7% |

Chi cuadrado=1.206 p=0.037 (p<0.05)

En la tabla 1 sobre la relación chi cuadrado, se observa que el valor de chi cuadrado hallado es 1.206 correspondiente a un valor de significación bilateral de 0.037 que es menor a 0.05 por lo tanto hay relación es decir, a mayores niveles de disfunción familiar, mayores niveles de depresión.

Tabla 2*Niveles de disfunción familiar en estudiantes de la I.E. Antonio José de Sucre*

| Niveles de Disfunción | | |
|------------------------------|------------|--------------|
| Familiar | F | % |
| Disfunción severa | 39 | 22.2 |
| Disfunción moderada | 77 | 43.8 |
| Función familiar normal | 60 | 34.1 |
| Total | 176 | 100.0 |

En el análisis de la variable disfunción familiar se puede apreciar que los resultados encontrados dan a conocer que la mayoría de los estudiantes tienen una disfunción familiar de tendencia moderada representadas con el 43.8%; seguidamente un 34.1% de niños presentan una función familiar normal y en menor porcentaje se puede apreciar que existen disfunción severa representados por el 22.2%.

Tabla 3

Niveles de Disfunción familiar según sexo de los estudiantes de la I.E. Antonio José de Sucre

| Niveles de Disfunción familiar | Sexo | | | | Total | |
|--------------------------------------|-----------|------|----------|------|-------|-------|
| | Masculino | | Femenino | | | |
| | f | % | f | % | f | % |
| Disfunción severa | 21 | 11.9 | 18 | 10.2 | 39 | 22.2 |
| Disfunción moderada | 44 | 25.0 | 33 | 18.8 | 77 | 43.8 |
| Función familiar normal | 32 | 18.2 | 28 | 15.9 | 60 | 34.1 |
| Total | 97 | 55.1 | 79 | 44.9 | 176 | 100.0 |

Los resultados encontrados en la disfunción familiar según sexo muestran que los varones tienen el porcentaje más elevado (25%) en el nivel de disfunción moderada. De igual forma, el mayor porcentaje de mujeres, representadas por el 18.8%, también presentan un nivel de disfunción familiar moderado.

Tabla 4

Niveles de los síntomas depresivos en estudiantes de la I.E. Antonio José de Sucre

| Niveles de los síntomas depresivos | N | % |
|---|------------|------------|
| Sin sintomatología | 132 | 75.0 |
| Moderada | 23 | 13.1 |
| Severa | 16 | 9.1 |
| Máxima | 5 | 2.8 |
| Total | 176 | 100 |

En la tabla 4 se aprecia que la mayoría de estudiantes (75 %) no presenta sintomatología depresiva, en cambio el 13.1% presenta una depresión moderada y con porcentajes menores son el 9.1% con una depresión severa y al final una depresión máxima con el 2.8%

Tabla 5

Niveles de sintomatología depresiva según sexo de los estudiantes de la I.E. Antonio José de Sucre

| Niveles de los síntomas depresivos | Sexo | | | |
|--|-----------|--------|----------|--------|
| | Masculino | | Femenino | |
| | f | % | f | % |
| Sin sintomatología | 67 | 38.1% | 65 | 36.9% |
| Moderada | 15 | 8.5% | 8 | 4.5% |
| Severa | 14 | 8.0% | 2 | 1.1% |
| Máxima | 1 | 0.6% | 4 | 2.3% |
| Total | 97 | 55.2 % | 79 | 44.8 % |

En el análisis de la sintomatología depresiva según el sexo se puede apreciar que el 8.5% de los niños con sintomatología depresiva moderada son varones frente al 4.5 % de niñas con el mismo nivel de sintomatología depresiva. Seguidamente están los valores de una depresión severa siendo más alto en los varones con el 8.0 % y las mujeres con el 1.1 %. A nivel de depresión máxima, los varones tienen un valor más alto (0.6%) que las mujeres (2.3 %).

DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos en esta investigación hemos hallado que existe relación entre las variables disfunción familiar y sintomatología depresiva. Otros estudios que han tenido los mismos resultados son:

Garibay-Ramirez et al (2014) realizaron una investigación titulada: Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad; con el objetivo de determinar la correlación entre disfuncionalidad familiar y depresión infantil hallando que existe correlación estadísticamente significativa entre disfunción familiar y depresión infantil.

Asimismo, Sánchez, Sarmiento, y Serrano (2011) realizaron una investigación titulada “Prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión infantil en niños/as de treinta y tres escuelas rurales, Cuenca” con el objetivo de determinar la prevalencia e identificar los factores de riesgo asociados a la conducta depresiva en niños/as; hallando que uno de los factores de riesgo asociados a la depresión fue la disfuncionalidad familiar.

Por otro lado, Suarez (2013) realizó una investigación Titulada “Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública” hallando que los adolescentes con depresión autoreportan bajos niveles en su calidad de vida relacionada con la salud y perciben que su familia posee aspectos debilitados en su funcionamiento familiar.

A partir de los hallazgos encontrados en la investigación se puede observar que la gran mayoría de los estudiantes tienen una disfunción familiar de tendencia moderada representadas por el 43.8% esto nos da entender y considerar que la familia es pieza importante en esta investigación, considerando otros aspectos también de suma

importancia como el soporte que dan los integrantes de las familias o también la resiliencia de parte de los niños , este punto es de prioridad porque los problemas que pueden existir dentro de la familia no se considera como un limitante es su vida, sino como una condición de mejora relacionado a su entorno familiar

En lo relacionado al nivel de disfunción familiar nos damos cuenta que los resultados establecidos en esta investigación nos dan a conocer que la mayoría de los estudiantes presentan una disfunción familiar con tendencia moderada representada con un 43.8%, seguidamente presentan un 34.1% presentan una función familiar normal y en ultimo porcentaje se puede apreciar que hay poca disfunción severa representada por un 22.2%.

Estos resultados están respaldados por Zapata-Gallardo et al. (2007) en su investigación titulada frecuencia de depresión en menores y su relación con las alteraciones de la funcionalidad. Se realizó una encuesta prospectiva a 747 personas de edades relacionadas entre 10 a 19 años de edad de una escuela secundaria federal de Irapuato, Guanajuato. Esta investigación da a conocer que también hay otros factores importantes como la depresión, los resultados fueron que el 33% de los encuestados presentaron disfunción familiar, siendo moderada en 203 (27.2%) y grave en 44 (5.9%). Mientras que, treinta sujetos (4%) presentaron depresión y en 43.3% se encontró asociación con disfunción familiar. muchas veces provienen de casas donde existen problemas a nivel moderado y para ello el docente tiene que estar alerta para poder analizar y conocer a sus estudiantes cuando también de sentimientos o emociones para poder apoyarlo y ayudarlo de esta forma se radicará el afecto negativo que se tiene hacia la sociedad y hacia su persona.

Por otro lado referente a la disfunción familiar según sexo hemos hallado que los varones de nuestra investigación presentan porcentajes más elevados 25% en un nivel

de disfunción familiar moderada por otra parte las mujeres de dicha investigación presentan niveles menores representadas por el 18% de igual forma se encuentran en la misma categoría de disfunción familiar moderada nos damos cuenta que ambos sexos se encuentran en esta categoría dando a conocer que hay por necesidad un problema en la familia.

Otro punto de importancia es el relacionado a los niveles de síntomas depresivos el cual dio como resultado que la mayoría de los estudiantes evaluados el 75% no presenta sintomatología depresiva, en cambio el 13.1% presenta una depresión moderada, también se observa 9.1% con depresión severa y al final una depresión máxima con el 2.8% . Esta parte de la investigación tiene una relación significativa con lo sustentado por Sánchez, Sarmiento, y Serrano (2011) quienes realizaron una investigación titulada “Prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión infantil en niños/as de treinta y tres escuelas rurales, Cuenca”. Los resultados fueron que 12% presentó depresión grave, 24.8% presentó depresión moderada, 54.1% fueron del sexo femenino, la disfunción familiar se identificó en el 21.3%, 18.7% viven en una zona urbana y el 34.1% tiene algún familiar que ha emigrado. Llegando a la conclusión de que la prevalencia de depresión infantil fue 36.8%, correspondiendo un 12% a depresión grave y un 24.8% a depresión moderada. Esto nos lleva a relacionar nuestros resultados con la investigación analizada. Los factores de riesgo asociados a la depresión fueron: disfuncionalidad familiar, lugar de residencia rural del investigado, familiares del investigado que han migrado (Sánchez, Sarmiento, y Serrano, 2011). Con esta investigación relacionamos este punto de suma importancia. Los niños tienen que evitar la soledad así como la incomprensión y el aislamiento social ya que esto genera un sentimiento que nadie los protegen y los ayuda experimentando sentimientos de rechazo, causante de baja autoestima y aferrándose a afectos negativos es por ello que

se tiene que generar diversos elementos que ayuden al niño a motivarlo y entrar en el juego donde mejorarán sus resultados psicológicos y darán a conocer una etapa de maduración emocional y un desarrollo sólido en su autoestima y personalidad.

En este sentido otro hallazgo fue el de identificar el nivel de los síntomas depresivos según sexo llegando al resultado expuesto que el 8.5% de los niños con sintomatología depresiva moderada son varones frente al 4.5 % de niñas con el mismo nivel de sintomatología depresiva, otro punto importante encontrados en la investigación se relaciona con los valores de una depresión severa siendo más alto en los varones con el 8.0 % y las mujeres con el 1.1 % y a nivel de depresión máxima, los varones tienen un valor más alto (0.6%) que las mujeres (2.3 %). Cabe mencionar que en el nivel de sintomatología depresiva máxima las mujeres muestran un porcentaje mayor en comparación a los varones, sin embargo estos resultados no nos permiten concluir en gran medida las diferencias de género en cuanto a sintomatología depresiva por la limitada muestra; partiendo de esta premisa se muestra que la depresión no presenta relación estadística significativa con el sexo durante la niñez, esta afirmación es respaldada por Saklofske, Janzen, Hildebrand & Kaufmann (2001).

CONCLUSIONES

Primera.- La correlación entre disfunción familiar y depresión en alumnos de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E. Antonio José de Sucre, Arequipa según los datos encontrados manifiestan una relación directa entre las variables con una valor de significancia de $p=0.037$ menor al límite ($p<0.05$) y un valor del $\chi^2=1.206$, en ambos caso se muestran relación entre la variables.

Segunda.- En el análisis de la variable de la disfunción familiar de la muestra se aprecia que el 43.8% proyecta una disfunción familiar moderada, y con el 22.2% presentan un nivel de disfunción familiar severa.

Tercera.- El nivel de disfunción familiar en niñas y niños de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E. Antonio José de Sucre fue moderado, representados por 25 % en los varones y 18.8 % en las mujeres.

Cuarta.- Los resultados encontrados en la sintomatología depresiva infantil demuestran que la mayoría de estudiantes presenta sintomatología depresiva moderada representados por el 13.1 %.

Quinta.- En la análisis de la sintomatología depresiva según el sexo, hallamos que la mayoría de varones (8.5 %) y la mayoría de mujeres (4.5 %) presentan sintomatología depresiva moderada.

SUGERENCIAS

Primera.- A la institución educativa se recomienda realizar escuela de padres para fortalecer la relación con sus hijos, mediante estos talleres de suma importancia se puede llegar a prevenir futuros problemas emocionales.

Segunda.- Al colegio en el cual se hizo la investigación se recomienda contar con un profesional relacionado al tema de la salud mental para la realización de diversos talleres preventivos, además de ello también es necesario gracias a la ayuda profesional realizar la detección de los alumnos que posiblemente padezcan depresión y de esta manera derivar a consejería o si fuera necesario terapia psicológica.

Tercera.- Se tiene que realizar actividades (talleres) donde participen padres e hijos, para fortalecer en suma importancia la comunicación entre sus miembros.

Cuarta.- El Ministerio de Educación junto con las Universidades debe de generar capacitaciones constantes hacia los docentes en diversos temas pedagógicos y psicológicos para que puedan ayudar al niño o estudiante en su desarrollo personal y emocional

LIMITACIONES

Primera.- Una de las mayores limitaciones que se pudo encontrar en el presente trabajo es la poca disponibilidad de los estudiantes para que se le realicen exámenes psicológicos ya que muchos docentes temen que los resultados encontrados puedan perjudicarlos a ellos en forma personal o profesional.

Segunda.- Los niños muestran cierta resistencia al realizar la prueba ya que los resultados encontrados según ellos pueden perjudicar a sus padres y por ende se tratan de evadir los cuestionarios así como a las respuestas se tuvo que dar una charla amplia para que entendieran que todo estudio realizado es de forma anónima y que no les perjudica ni a él ni a sus padres.



REFERENCIAS

- Acosta-Hernández, M.E., Mancilla-Percino, T., Correa-Basurto, J., Saavedra-Vélez, M., Ramos-Morales, F.R., Cruz-Sánchez, J.S. y Duran Niconoff, S. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. Arch Neurocién, 16(1), 20-25
- Aláez, M., Martínez, R. y Rodríguez C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. Psicothema, 12 (4), 525-532
- Anaya, A., Fajardo, E.C., Calleja, N. y Aldrete, E. (2018). La disfunción familiar como predictor de codependencia en adolescentes mexicanos. Nova Scientia Revista de Investigación de la Universidad De La Salle Bajío, 10(1), 465-480
- Arévalo, E. (2008). Inventario de Depresión Infantil (CDI). Investigación Psicológica. Adaptación y estandarización del CDI para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/50593062/Manual-Del-Cdi>
- Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud Publica Mex, 46, 417-424.
- Bonet de Luna C, Fernández M y Chamón M. (2011). Depresión, ansiedad y separación en la infancia. Aspectos prácticos para pediatras ocupados. Rev Pediatr Aten Primaria, 13, 471-489.

- Buitrago, J.F., Pulido, L.Y. & Güichá-Duitama, Á.M. (2017). Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de Boyacá. *Psicogente*, 20(38), 296-307.
- Cancela, R., Cea, N., Galindo, G. & Valilla, S. (2010). Metodología de la investigación educativa: Investigación ex post facto. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de <https://docplayer.es/6905083-Metodologia-de-la-investigacion-educativa-investigacion-ex-post-facto.html>
- Carranza, M.L. (2017). Disfunción familiar y rendimiento académico en el área de matemática en estudiantes de sexto grado de primaria de la Institución Educativa N° 7057 Soberana Orden Militar de Malta, Villa María del Triunfo, 2016 (Tesis de Maestría). Universidad Cesar Vallejo, Lima-Perú
- Castilla, H., Caycho, T., Shimabukuro, M., & Valdivia, A. (2014). Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. *Propósitos y Representaciones*, 2(1), 49-78.
- Cienfuegos, J. (2014). Tendencias familiares en América Latina: diferencias y entrelazamientos, *Notas de Población*, 99, 11-37.
- Cuervo, A. y Izzedin, R. (2007). Tristeza, Depresión y Estrategias de Autorregulación en Niños. *Tesis Psicológica*, 2, 35-47.
- De la Revilla, L. y Fleitas, L. (1999). Instrumentos para el abordaje familiar. Atención longitudinal: el ciclo vital familiar. En: R.B. Taylor, *Medicina de Familia. Principios y práctica* (pp. 88-102). Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.

- Emery, R.E. (1982). Interparental Conflict and Children of Discord and Divorce. *Psychological Bulletin*, 92(2), 310-330.
- Fernández, M., Masjuan, N., Costa-Ball, D. y Cracco, C. (2015). Funcionamiento Familiar y Trastornos de la Conducta Alimentaria. Una Investigación desde el Modelo Circumplejo. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 153-162
- Figueras, A. (2006). Evaluación multimétodo y multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, España.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (2003). Nuevas formas de familia perspectivas nacionales e internacionales. Uruguay: UNICEF
- Garibay-Ramírez J., Jiménez-Garcés, C., Vieyra-Reyes, P., Hernández-González, M.M. y Villalón-López, J. (2014). Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad. *Revista de Medicina e Investigación*, 2(2), 107-111
- Goldenberg, H. y Goldenberg, I. (2008). *Family therapy An Overview*. Australia: Thomson Brooks/Cole
- González, C., Mejía, M., Angulo, L. y D`Avila, M. (2005). Funcionalidad Familiar, Estrato Socio-Económico y Red De Apoyo Social de los Residentes de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela. MedULA. *Revista de Facultad de Medicina, Universidad de los Andes*, 12(1-4), 26-30
- Herrera, P.M. (2012) Factores de riesgo para la salud familiar: acontecimientos significativos. *Rev Hum Med*, 12(2), 184-191.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2017 Nacional y Departamental. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática

Kovacs, M. (2004). Inventario de depresión infantil (CDI). Madrid: TEA Ediciones

Lappin, J. (1988) Family Therapy: A Structural Approach. In: R. Dorfman (Ed.). Paradigms of Clinical Social Work. New York: Brunner/Mazel, pp. 220-252

Louro, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana Salud Pública*, 29 (1), 48-51.

Luxton, M. (2011). Changing Families, New Understandings. Ottawa: The Vanier Institute of the Family.

Mendoza, A. (1993). El mundo familiar de los jóvenes en el Perú de hoy. Lima: CEDRO

Naranjo, M.C., Ñauta, L.E., y Ñauta, M.E. (2014). Prevalencia y consecuencias de la disfuncionalidad familiar en el rendimiento académico de los estudiantes del séptimo a décimo año de la Unidad Educativa Estados Unidos, Cuenca 2014 (Tesis para optar Título Profesional). Universidad de Cuenca, Ecuador

Oliva, E. y Villa, V.J. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 10(1), 11-20

Olson, D. (en prensa 2010). FACES IV and the Circumplex Model: validation study.

Recuperado de

<https://pdfs.semanticscholar.org/74fc/dd0d4dc75686b1bfc442289cac783419642f.pdf>

- Olson, D.H. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144–167
- Olson, D.H., Sprenkle, D.H. & Russell, C.S. (1979).
Circumplex model of marital and family system:
I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications.
Fam Process, 18(1), 3-28
- Organización Mundial de la Salud (2018). Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Organización Mundial de la Salud (2018). Depresión. Recuperado de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2017). "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es
- Pacheco, P. y Chaskel, R. (2016). Depresión en niños y adolescentes. Recuperado de <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/3.-Depresi%C3%B3n.pdf>
- Parada, J.L. (2010). La educación familiar en la familia del pasado, presente y futuro. *Educatio Siglo XXI*, 28 (1), 17-40
- Parra, H. A. (2005). *Relaciones que dan origen a la familia*. (Monografía de grado para optar el Título Profesional). Universidad de Antioquia, Medellín.

- Peñalva, C. (2001). Evaluación del Funcionamiento Familiar por medio de la “Entrevista Estructural”. *Salud Mental*, 24(2), 32-42
- Perea, R. (2006). La familia como contexto para un desarrollo saludable. *Revista Española de Pedagogía*, 235, 417-428.
- Ramírez, R.J. (2009). Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Reusche, R.M. (2011). Dinámica psicológica de la familia. *Temát. Psicol.*, 7(1), 7-16
- Rey, J.M., Bella-Awusah, T.T., Jing, L. (2015). Depression in children and adolescents. In Rey J.M. (Ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (pp. 1-36). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
- Royo, J. y Martinez, M. (2012). Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia. *Pediatr Integral*, XVI(9), 755-759.
- Sagud, M., Hotujac, L., Mihaljevic-Peles, A. & Jakovljevic, M. (2002). Gender differences in depression. *Collegium antropologicum*, 26, 1, 149–157
- Saklofske, D.H., Janzen, H.L., Hildebrand, D.K., & Kaufmann, L. (2001). Depresión en los niños. En: A. Canter & S. Carroll (Eds.) *Helping Children at Home and School: Handouts From Your School Psychologist*. Bethesda, Md: National Association of School Psychologists, pp. 237-240.
- Sánchez, R. Sarmiento, B. y Serrano, K. (2011). Prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión infantil en niños/as de treinta y tres escuelas rurales, Cuenca 2011. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Cuenca, Ecuador.

- Sinche, E., Suárez, M. (2006). Introducción al estudio de la dinámica familia. RAMPA, 2006 1 (1), 38-47.
- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. The Journal of Family Practice, 6(6), 1231-1239.
- Suárez, E. (2013). Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública (Tesis de Maestría). Universidad de Chile, Santiago-Chile
- Walsh, F. (2012). The New Normal. Diversity and Complexity in 21 st-Century Families. In: F. Walsh (Ed.), Normal Family Processes: Growing Diversity and Complexity (pp. 3-27). New York: The Guilford Press
- Zapata-Gallardo, J., Figueroa-Gutierrez, M., Mendez-Delgado, N., Miranda-Lozano, V.M., Linares-Segovia, B., Carrada-Bravo, T., ...Rayas-Lundes, A. (2007). Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. Bol Med Hosp Infant Mex, 64, 295-301

ANEXO 1:

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR INFANTIL

Nombre: _____

Instrucciones: Responde de acuerdo a tu apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz en los cuadros correspondientes la respuesta que más se relacione a su vivencia personal en su familia.

| PREGUNTAS | CASI SIEMPRE | ALGUNAS VECES | CASI NUNCA |
|--|--------------|---------------|------------|
| Cuando algo me preocupa puedo pedir ayuda a mi familia. | | | |
| Me gusta la manera como mi familia habla y comparte los problemas conmigo. | | | |
| Me gusta como mi familia me permite hacer cosas nuevas que quiero hacer. | | | |
| Me gusta lo que mi familia hace cuando estoy triste, feliz, molesto, etc. | | | |
| Me gusta como mi familia y yo compartimos tiempos juntos. | | | |

Puntaje Total: _____

ANEXO 2:

INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDI)

C.D.I. N°.....

NOMBRE:.....EDAD.....C

OLEGIO/CENTRO:.....FECHA:.....

Los chicos/as como tu tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario recogemos estos sentimientos e ideas agrupados. De cada grupo, tienes que señalar una frase que sea **la que mejor describa** como te has sentido durante estas dos últimas semanas. Una vez que hayas terminado con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay contestaciones correctas o incorrectas. Únicamente tienes que señalar la frase que describa mejor **como te has encontrado últimamente**. Pon un aspa (X) en el círculo que hay junto a tu respuesta

Hagamos un ejemplo: pon un aspa junto a la frase que **MEJOR** te describa:

- 0 LEO LIBROS MUY A MENUDO
- 0 LEO LIBROS DE VEZ EN CUANDO
- 0 NUNCA LEO LIBROS

RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LA FRASES QUE MEJOR TE DESCRIBAN
TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS DOS ULTIMAS SEMANA

1

- Rara vez me siento triste.

- Muchas veces me siento triste.
- Me siento triste todo el tiempo.

2

- Las cosas me van a salir bien
- No estoy seguro si las cosas me van a salir bien
- Nada me va a salir bien

3

- Hago la mayoría de las cosas bien
- Hago muchas cosas mal
- Todo lo hago mal

4

- Muchas cosas me divierte
- Me divierten algunas cosas
- Nada me divierte

5

- Raras veces soy malo
- Soy malo muchas veces
- soy malo todo el tiempo

○

6

- Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas
- Me preocupa que puedan pasarme cosas malas
- Estoy seguro que me pasaran cosas malas

7

- Me gusto a mí mismo
- No me gusto a mí mismo
- Me odio a mí mismo

8

- Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas
- Tengo la culpa de muchas cosas malas
- Tengo la culpa de todas las cosas malas

9

- Nunca he pensado en matarme
- A veces pienso en matarme pero no lo haría
- Quiero matarme

10

- Rara vez tengo ganas de llorar
- Muchos días me dan ganas de llorar
- Siento ganas de llorar todos los días

11

- Rara vez me molesta algo
- Las cosas me molestan muchas veces
- Las cosas me molestan todo el tiempo

12

- Me gusta estar con otras personas
- Muchas veces no me gusta estar con otras personas
- Yo no quiero estar con otras personas

13

- Me decido fácilmente por algo cuando quiero
- Es difícil para mí decidir mejor algo
- No puedo decidirme por algo

14

- Me veo bien
- Hay algunas cosas malas en mi apariencia
- Me veo horrible

15

- Hacer las tareas del colegio no es problema
- Muchas veces me cuesta esfuerzo hacer las tareas del colegio
- Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer las tareas del colegio

16

- Duermo muy bien
- Varias noches tengo problemas para dormir
- Todas las noches tengo problemas para dormir

17

- Rara vez me siento cansado
- Muchos días me siento cansado
- Todo el tiempo me siento cansado

18

- Como muy bien
- Varios días no tengo ganas de comer
- La mayoría de los días no tengo ganas de comer

19

- No me preocupan dolores ni enfermedades
- Muchas veces me preocupan dolores y enfermedades
- Todo el tiempo me preocupan dolores y enfermedades

20

- No me siento solo
- Muchas veces me siento solo
- Todo el tiempo me siento solo

21

- Siempre me divierto en el colegio
- Solo de vez en cuando me divierto en el colegio
- Nunca me divierto en el colegio

22

- Tengo muchos amigos
- Tengo muchos amigos, pero quisiera tener mas
- No tengo amigos

23

- Mi rendimiento en el colegio es bueno
- Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes
- Mi rendimiento en el colegio es malo

24

- Soy tan bueno como otros alumnos
- Puedo ser tan bueno como otros alumnos, si yo quisiera
- Podre ser tan bueno como otros alumnos

25

- Estoy seguro que hay personas que me quieren
- No estoy seguro que alguien me quieren
- Nadie me quiere realmente

26

- Generalmente hago caso en lo que me dicen
- Muchas veces no hago caso en lo que me dicen
- Nunca hago caso en lo que me dicen

27

- Me llevo bien con los demás
- Muchas veces me peleo con los demás
- Todo el tiempo me peleo con los demás