



UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP

FACULTAD DE SALUD Y NUTRICIÓN

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TESIS

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN
PACIENTES CON TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE
SALUD ERMITAÑO BAJO DEL MINISTERIO DE SALUD -
INDEPENDENCIA, 2020.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

AUTORES:

Bach. SARITA EMPERATRIZ DELGADO MONTENEGRO

Bach. BERTHA MARLENE ESPINOZA OSCO

LIMA – PERÚ

2020

ASESOR DE TESIS

Dr. YRENEO EUGENIO CRUZ TELADA

JURADO EXAMINADOR

Dra. MARCELA ROSALINA BARRETO MUNIVE
Presidente

Dra. ROSA ESTHER CHIRINOS SUSANO
Secretario

Dra. NANCY MERCEDES CAPACYACHI OTÁROLA
Vocal

DEDICATORIA

A nuestra familia, porque es nuestra gran motivación y parte fundamental para el desarrollo de nuestra investigación.

Ellos nos dieron la fuerza y apoyo en momentos de debilidad, su amor incondicional y su confianza para lograr este sueño alcanzado.

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento inicial a Dios por este logro, por darnos salud y paciencia para superar las dificultades, por darnos fuerza y enseñarnos a conservar la calma en momentos de debilidad.

A nuestros padres por darnos la vida, por amarnos como somos y por confiar en nosotras en esta larga y ardua carrera.

A nuestras familias, esposo e hijos, quienes son la razón de nuestra continua lucha y superación, muchas gracias por su comprensión y paciencia en estos largos años de ausencia en los que teníamos que dividir nuestro tiempo entre la familia, el trabajo y los estudios.

A nuestros profesores por sus enseñanzas impartidas durante nuestra formación profesional, a nuestros compañeros de aula porque también formaron parte de nuestro desarrollo profesión.

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue demostrar la relación entre la funcionalidad familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020. El estudio fue de tipo descriptivo correlacional, de diseño no experimental de corte transversal, empleó la técnica de muestreo por conveniencia, siendo la muestra la cantidad de 120 pacientes. El instrumento empleado para medir la funcionalidad familiar fue la “Escala de cohesión y adaptabilidad familiar FACES III” de Olson, Portner y Lavee (1985) y la “La escala para la auto medición de la depresión (EAMD) diseñada por el Dr. Zung W”. Siendo los resultados alcanzados que, sí existe relación significativa y moderada entre funcionalidad familiar y depresión ($X^2=51,174$; $p=0,000<0,05$; $CC=0,547=55\%$), entre la funcionalidad familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo en estudio. Asimismo, existe relación directa, significativa y de nivel medio entre la dimensión cohesión familiar, de un 58% ($X^2=59,985$; $p=0,000<0,05$; $CC=0,577=58\%$) y la adaptabilidad familiar, de un 54% ($X^2=49,626$; $p=0,000<0,05$; $CC=0,541=54\%$) , con la depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo.

Palabras clave: funcionalidad familiar, depresión, cohesión y adaptabilidad familiar

ABSTRAC

The objective of the research was to demonstrate the relationship between family functionality and Depression in tuberculosis patients of the Hermit Low Health Center of the Ministry of Health - Independencia, 2020. The study was of a descriptive correlational type, of non-experimental cross-sectional design, using the convenience sampling technique, the sample being the number of 120 patients. The instrument used to measure family functionality was the "FACES III Family Cohesion and Adaptability Scale" by Olson, Portner and Lavee (1985) and the "Scale for Self-Measurement of Depression (EAMD) designed by Dr. Zung W". The results achieved are that, if there is a significant and moderate relationship between familial functionality and depression ($X^2=51.174$; $p=0.000<0.05$; $CC=0.547=55\%$), between family functionality and Depression in tuberculosis patients of the Hermit Low Health Center under study. There is also a direct, significant and medium-level relationship between the family cohesion dimension ($X^2=59.985$; $p=0.000<0.05$; $CC=0.577=58\%$) and family adaptability ($X^2=49.626$; $p=0.000<0.05$; $CC=0.541=54\%$), with depression in tuberculosis patients at the Hermit Low Health Center.

Keywords: family functionality, depression, cohesion and family adaptability.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA	i
ASESOR DE TESIS	ii
JURADO EXAMINADOR	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRAC	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO	viii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1. Planteamiento del problema.....	14
1.2. Formulación del problema	17
1.2.1. Problema general	17
1.2.2. Problemas específicos.....	17
1.3. Justificación del estudio.....	17
1.4. Objetivos de la investigación	19
1.4.1. Objetivo general.....	19
1.4.2. Objetivos específicos	19
II. MARCO TEÓRICO	20
2.1. Antecedentes de la investigación	20
2.1.1. Antecedentes nacionales.....	20
2.1.2. Antecedentes internacionales.....	24
2.2. Bases teóricas de las variables	27
2.2.1. Funcionalidad familiar	27
2.2.2. Depresión	37
2.3. Definición de términos básicos.....	46
III. MARCO METODOLÓGICO	48
3.1. Hipótesis de la investigación	48
3.1.1. Hipótesis general	48

3.1.2. Hipótesis específicas	48
3.2. Variables de estudio	48
3.2.1. Definición conceptual.....	48
3.2.2. Definición operacional	49
3.3. Tipo y nivel de la investigación	49
3.3.1. Tipo de investigación	49
3.3.2. Nivel de investigación	50
3.4. Diseño de la investigación	50
3.5. Población y muestra de estudio.....	51
3.5.1. Población.....	51
3.5.2. Muestra.....	51
3.5.3. Muestreo.....	51
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	52
3.6.1. Técnicas de recolección de datos.....	52
3.6.2. Instrumentos de recolección de datos	52
3.7. Métodos de análisis de datos	54
3.8. Aspectos éticos.	55
IV. RESULTADOS	57
4.1. Descripción de la Muestra	57
4.2. Descripción de las variables.....	61
4.3. Comprobación de hipótesis	65
V. DISCUSIÓN	68
5.1. Análisis de discusión de resultados.....	68
VI. CONCLUSIONES	71
VII. RECOMENDACIONES.....	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	80
Anexo 1. Matriz de consistencia	81
Anexo 2: Matriz de operacionalización	82
Anexo 3. Instrumentos	84
Anexo 4. Validación de instrumentos.....	86
Anexo 5: Matriz de datos	94

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Descripción por edad de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia	57
Tabla 2.	Descripción por sexo de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud – Independencia	58
Tabla 3.	Descripción por ocupación de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud – Independencia	59
Tabla 4.	Descripción por estado civil de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud – Independencia	60
Tabla 5.	Funcionalidad familiar en los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud – Independencia	61
Tabla 6.	Cohesión familiar de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia	62
Tabla 7.	Adaptabilidad familiar de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud – Independencia	63
Tabla 8.	Depresión en los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia	64
Tabla 9.	Funcionalidad familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020	65
Tabla 10.	Cohesión familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020	66
Tabla 11.	Adaptabilidad familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edades de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia	57
Figura 2. Pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia según sexo	58
Figura 3. Pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia según ocupación	59
Figura 4. Pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia según ocupación	60
Figura 5. Funcionalidad familiar de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia	61
Figura 6. Nivel de cohesión familiar de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia	62
Figura 7. Adaptabilidad familiar de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia	63
Figura 8. Depresión en los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud – Independencia.	64

INTRODUCCIÓN

La funcionalidad familiar desempeña un rol trascendental, en el afrontamiento a la depresión en el personal de salud, pues constituye la capacidad que tienen los miembros de la familia para enfrentar momentos de crisis que alteran la estabilidad familiar como la presencia de enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis pulmonar. En los pacientes con tuberculosis pulmonar la familia desempeña un rol importante, pues se representa el soporte físico, psicológico y social para el cumplimiento del tratamiento farmacológico y la prevención de episodios depresivos, en diversos estudios se ha evidenciado que los pacientes que tienen adecuado apoyo familiar presentan menor angustia psicológica; mientras que los que tienen familias disfuncionales tenían mayor predisposición a presentar episodios depresivos. (Girón, Robles & Santiago; 2015).

Al respecto, algunos estudios de investigación han abordado la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes con tuberculosis pulmonar; un estudio realizado en México en el 2015 evidenció que el 94,7% de pacientes presentaron episodios depresivos, de los cuales, el 36,8% tenían disfuncionalidad familiar y el 50,0% presentaron funcionalidad media, identificando que estas variables se relacionaron significativamente. (Balcázar, Ramírez y Rodríguez, 2015).

En el primer capítulo, con base a la observación de la realidad problemática del tema en investigación, se plantea y se formula el problema, luego se plantean también los objetivos y justificación teórica y social de la investigación. El segundo capítulo, aborda el marco teórico conceptual respecto a las variables funcionalidad familiar y depresión con antecedentes internacionales y nacionales. Se realiza también una revisión teórica de las variables para conocer sus definiciones, clasificación y modelos conceptuales que las sustentan. Finalmente, se ofrece las definiciones de términos básicos presentes en el estudio. El tercer capítulo, incluye aspectos como la metodología de investigación que se ha empleado, en este caso se realizó una investigación aplicada con diseño correlacional para establecer la asociación entre las variables. Además, se precisan las técnicas e instrumentos de

evaluación para la recolección de datos, así como el procesamiento para obtener los resultados correspondientes, para elaborar la respectiva presentación y análisis. El cuarto capítulo, incluye los resultados obtenidos gracias al procesamiento estadístico de los datos recolectados mediante el programa SSPS versión 23, donde los resultados son presentados en tablas y gráficos. En el quinto capítulo se plantea la discusión e interpretación de los resultados obtenidos con relación a los antecedentes de investigaciones relacionados de manera directa con las variables de estudio. Finalmente, en el capítulo sexto se presentan las conclusiones llegadas conforme a los objetivos trazados y en el capítulo siete se presenta las recomendaciones de la investigación, a mérito de las conclusiones, así también las referencias bibliográficas y los anexos.

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La investigación realizada tuvo el propósito demostrar la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión, variables que están ligadas al proceso de socialización del desarrollo humano, siendo considerado a nivel internacional al grupo social primario de la "familia", un agente muy importante para la salud integral de un individuo donde será trascendental su modo de vida familiar. Y teniendo en cuenta que es el núcleo familiar determinante en el desarrollo de las primeras conductas personales, así como los comportamientos reproductivos como las bases de la socialización, del desarrollo emocional, donde se puede afirmar que una familia funcional que logra el desarrollo de la cohesión y la adaptabilidad al ambiente familiar puede ser considerado como factor determinante en la conservación de la salud de los miembros de la familia o en la aparición de enfermedades en alguno de ellos.

Para el estudio realizado se consideró a la familia funcional como aquel grupo social que ha desarrollado niveles significativos de cohesión y adaptabilidad familiar que, se caracteriza por cumplir con entusiasmo sus roles que son distribuidos entre todos los integrantes para favorecer el desarrollo familiar. Además, se considera que, un paciente con tuberculosis dentro de una familia funcional logra mejorar su calidad de vida, su estado emocional y psicológico, se siente involucrado dentro de la familia recibiendo cuidados permanentes. La tuberculosis es una enfermedad causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones, es curable y prevenible; sin embargo, ha causado muertes debido a los deficientes estilos de vida y a los factores que la contribuyen como son la mala alimentación, el abandono familiar, estados depresivos que se dan a partir de la disfuncionalidad familiar. Los adultos que, en muchos casos llegan a presentar depresión, sin la ayuda de la familia pueden desarrollar comorbilidad de otros estados psicológicos y fisiológicos que, a su vez afecta más el estado de ánimo del paciente y llegan a desarrollar alteración de su salud orgánica.

En América Latina, cada año se registran más de 268,400 casos nuevos de tuberculosis, de los cuales 317,213 son casos prevalentes, 2,646 son multidrogo resistentes y 20,085 mueren como consecuencia de esta enfermedad; más del 60% de casos se presentaron en América del Sur, siendo Perú y Bolivia los países que tuvieron las más altas tasas de prevalencia de esta patología en la región. (OPS; 2016).

El Perú es el tercer país que presenta la más elevada tasa de morbilidad por tuberculosis pulmonar en el continente americano después de Haití y Bolivia; estimándose que cada año se presentan más de 32 mil casos nuevos de esta patología, de los cuales la mayoría son multidrogo resistentes; teniendo un riesgo de contagio del 0,8%, es decir, que cada año 8 de cada 1000 personas son infectadas con tuberculosis pulmonar a nivel nacional. Esta problemática se agrava aún más si se considera que en el año 2016, en el Perú se notificaron 31079 casos de tuberculosis pulmonar, siendo 27212 casos nuevos y 1299 multidrogo resistentes; produciéndose 1252 defunciones en todo el país, de los cuales 32 fueron menores de edad; siendo Lima y Callao, las regiones más afectadas con esta patología (MINSa; 2016).

El impacto emocional que causa el diagnóstico de tuberculosis pulmonar en las personas enfermas es grande y devastador, pues al ser informados del diagnóstico positivo de esta patología infecciosa, experimentan sentimientos de negación, rebeldía, rechazo, desesperanza, temor, frustración, y vergüenza, así como de sentimientos de culpabilidad debido al contagio de la enfermedad; siendo frecuente también la presencia de episodios de estrés, ansiedad y depresión. (Maruera, 2015).

La depresión es una patología frecuente en la mayoría de países del mundo, que afecta a más de 350 millones de personas y causa más de 850 mil decesos al año, y es el trastorno mental más frecuente causado por factores biológicos y sociales; que ocasiona gran angustia y sufrimiento, altera las actividades laborales, emocionales, familiares, y en casos extremos puede llevar al suicidio. (OMS; 2014).

En los pacientes con tuberculosis pulmonar, los episodios de depresión son frecuentes debido al impacto físico y psicológico que causa esta patología, por los

estigmas sociales atribuidos por la población; pues por ser altamente contagiosa durante los primeros meses, se le prohíbe a los pacientes tener contacto con el ambiente social por el riesgo de contagio hacia otras personas; causando que los pacientes presenten bajos estados de ánimo, llevándolo a sufrir episodios recurrentes de depresión. A ello se suma el impacto psicológico que causa la tuberculosis pulmonar es enorme, pues por ser una patología crónica de larga duración y la falta de información sobre la enfermedad, ocasiona que el paciente presente depresión pues desarrolla sentimientos de culpa y de rechazo al tratamiento (MINSA; 2014).

En el afrontamiento de la depresión, la funcionalidad familiar desempeña un rol trascendental, pues constituye la capacidad que tienen los miembros de la familia para enfrentar momentos de crisis que alteran la estabilidad familiar como la presencia de enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis pulmonar. En los pacientes con tuberculosis pulmonar la familia desempeña un rol importante, pues se representa el soporte físico, psicológico y social para el cumplimiento del tratamiento farmacológico y la prevención de episodios depresivos, en diversos estudios se ha evidenciado que los pacientes que tienen adecuado apoyo familiar presentan menor angustia psicológica; mientras que los que tienen familias disfuncionales tenían mayor predisposición a presentar episodios depresivos. (Girón, Robles & Santiago; 2015).

Al respecto, algunos estudios de investigación han abordado la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes con tuberculosis pulmonar; un estudio realizado en México en el 2015 evidenció que el 94,7% de pacientes presentaron episodios depresivos, de los cuales, el 36,8% tenían disfuncionalidad familiar y el 50,0% presentaron funcionalidad media, identificando que estas variables se relacionaron significativamente. (Balcázar, Ramírez y Rodríguez, 2015).

Finalmente; a nivel local se hizo el estudio por haberse identificado mediante las técnicas de observación, encuestas en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud – Independencia; existen indicadores de carencias de estados depresivos a nivel cognitivo, afectivo y conductual, refieren no sentirse muy solos, ausencia de confianza de sí mismos,

tristeza, culpabilidad lo cual evidencia de una resiliencia media y/o baja, siendo la causa principal de estas carencias rasgos depresivos, problemática que se va corroborar con las técnicas psicométricas al aplicar la Escalas de depresión de Zung y Adaptabilidad familiar (FACES III); es por ello que nos planteamos la presente pregunta de investigación: ¿Qué relación existe entre la funcionalidad familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud – Independencia, 2020?

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

PG. ¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y depresión en los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia 2020?

1.2.2. Problemas específicos

PE 1. ¿Cuál es la relación entre la dimensión cohesión familiar y depresión en los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia 2020?

PE 2. ¿Cuál es la relación entre la dimensión adaptabilidad familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020?

1.3. Justificación del estudio

La investigación que se realizó presenta una justificación teórica desde el marco de la Psicología Clínica, porque permitió profundizar los enfoques teóricos de significativos y actualizados de la funcionalidad familiar y su relación con la depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud – Independencia. Al estudiar las diversas teorías de estas variables de estudio, se demostró la importancia de conocer el estado vital de la cohesión y adaptabilidad familiar como un factor determinante de la depresión en los pacientes, por ser la familia un agente de socialización importante convirtiéndoles con un agente de salud en todo tratamiento, así como cuando se

enfrentan a situaciones de amenaza, los mismos que pueden ocasionar alteraciones tanto a nivel físico como psicológico, así como influir de forma negativa en sus rasgos de personalidad que cada individuo desarrolla.

El estudio realizado tiene relevancia social, puesto que, tanto la funcionalidad familiar y la depresión son de vital importancia para el proceso de recuperación de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud, donde se realizó el estudio, lo que permitió interactuar saludablemente entre el personal del centro de salud, como también en la sociedad globalizada y altamente competitiva, siendo de beneficio social para el Centro de Salud del MINSA, ayudando a estabilizar y/o prevenir los estados depresivos en estos pacientes debido a que si se puede mejorar la cohesión y adaptabilidad familiar en estos pacientes, permitirán integrar a los familiares directos de cada paciente en el tratamiento de la depresión.

Desde el punto de vista práctico a nivel de salud, la presente investigación tiene relevancia porque las conclusiones y recomendaciones permitirán a los pacientes, así como a los administradores del centro de salud de tal manera que se tenga en cuenta la vital importancia de la variable funcionalidad familiar en los niveles de la resiliencia que motive el desarrollo óptimo de comportamientos adecuados en los pacientes con un control y manejo de los estados de satisfacción personal, la ecuanimidad, la condición de sentirse bien estando solos. Asimismo, nos permitirá elaborar propuestas que potencialicen las fortalezas del ambiente familiar en estos pacientes con tuberculosis, tanto en los comportamientos adecuados, actitudes y percepciones, así como técnicas de manejo cognitivo, afectivos y psicomotrices que le ayudaran en el tratamiento a estos pacientes con tuberculosis desde una perspectiva biopsicosocial.

Por otro lado, el estudio realizado tuvo un aporte metodológico, pues se pudo disponer de los instrumentos que se han utilizado que son la Escala de cohesión y adaptabilidad familiar FES III de Moos, y la Escala de depresión de Zung. cuyas propiedades psicométricas fueron adaptadas y estandarizadas para el uso en el medio local; con ello los futuros estudios tendrán mayor facilidad; teniendo en consideración que se realizó la validación de contenido por criterio de dos expertos en psicología y junto con el análisis estadístico se determinó su validez y

confiabilidad de ambos instrumentos de medición a empleados para la muestra en estudio, asimismo con estos criterios a desarrollados estas dos pruebas psicológicas quedaron en condiciones de poder ser aplicada en problemáticas parecidas.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

OG. Demostrar la relación entre la funcionalidad familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020.

1.4.2. Objetivos específicos

OE 1. Determinar la relación entre la dimensión cohesión familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020.

OE 2. Determinar la relación entre la dimensión adaptabilidad familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes nacionales

Cuaresma, Medina y Salvatierra (2018). En su tesis de Licenciatura de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, titulada "Relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor con diabetes - programa de diabetes en un Hospital del MINSA - junio - agosto 2018, estudio que tuvo como objetivo determinar la relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor con diabetes – programa de diabetes en el Hospital Nacional 2 de Mayo, junio - agosto 2018. Material y método: enfoque cuantitativo, diseño descriptivo y correlacional. Población: la población de estudio estuvo constituida por 400 adultos mayores. Muestra: la muestra estuvo constituida por 196 adultos mayores de los cuales participaron 128 mujeres y 68 varones mediante un muestreo no probabilístico. Procesamiento de datos: los datos fueron codificados y luego ingresados a una base de datos creada en el programa MS Excel para su posterior análisis con el programa estadístico de libre distribución Epi Info versión 7.2. Resultados: la relación entre las variables muestra que prevaleció en el adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2 la disfunción familiar severa con un 42.3%, el 21.4% de adultos mayores con diabetes tienen buena funcionalidad familiar en sus hogares, de la variable manifestaciones depresivas muestra el mínimo leve con un 28.6%, mayor moderado con un 25.5% y el 4.6% de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 no presentaron manifestaciones depresivas. conclusión: resultó una correlación estadísticamente significativa de nivel medio entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas, es decir; a niveles bajos de funcionalidad familiar se corresponden con niveles altos de manifestaciones depresivas en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. Palabras clave: familia, depresión, adulto mayor, diabetes mellitus (DeCS).

El antecedente mencionado se ha considerado porque investigó las variables funcionalidad familiar y tendencias depresivas, siendo la metodología

similar, así como la población de estudio son pacientes con enfermedad crónica, habiéndose empleado la Escala de cohesión y adaptabilidad familiar FACES III.

Chuquiyauri (2018). En su Tesis de Licenciatura en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de título “Funcionalidad familiar y depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018” cuyo objetivo fue la presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari – Huánuco 2018. Fue de tipo cuantitativo, diseño no experimental y descriptivo. La muestra de estudio estuvo conformada por 35 pacientes. Para la recolección de datos, se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario. El 28.57% presenta un familia funcional, el 45.71% presenta una familia funcional en un nivel regular, por otra parte el 25.71% tiene una funcionalidad familiar mala, es decir su familia es disfuncional. Por otra parte, el 31.43% presenta una depresión leve, el 51.43% presenta una depresión moderada es decir es posible manejar y solo necesita un poco de apoyo en cambio existe un 17.14% con una depresión severa es decir necesitan asesoría y tratamiento psicológico. Finalmente se concluyó que existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes con tuberculosis pulmonar, según la correlación de Spearman de 0.720 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula. Por lo cual se recomendó a los directivos del hospital y la jefatura de enfermería que establezcan medidas de acción para educar a los familiares del paciente y concientizar de la importancia del apoyo emocional y afectivo que le brinden al paciente lo cual influye de manera positiva en su adherencia al tratamiento. Palabras clave: funcionalidad familiar, depresión, cohesión familiar, adaptabilidad, comunicación.

El antecedente antes mencionado se ha considerado importante porque investigó las variables funcionalidad familiar y depresión, siendo la metodología similar, así como los instrumentos de medición, la población de estudio pacientes con tuberculosos de un hospital general estatal, siendo las conclusiones parecidas a las que se pretende alcanzar.

Coronado (2018), en su investigación titulada “Nivel de depresión y funcionamiento familiar en pacientes diabéticos con complicaciones crónicas. Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa – 2018”. Perú, tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión y funcionamiento familiar en pacientes diabéticos con complicaciones crónicas. El estudio fue de tipo descriptivo observacional de corte transversal prospectivo; la muestra estuvo conformada por 100 pacientes, utilizando una escala de depresión y el pago familiar en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que el 68% de pacientes fueron casos probables de depresión mayor; el 40% presentó disfunción moderada. En cuanto a las características de los pacientes diabéticos se encontró que la edad promedio fue de 68 años; el sexo más predominante fue el masculino. El nivel de instrucción más frecuente fue el de secundaria en el 68%; el 86% de pacientes eran convivientes o casados; el 32% de pacientes fueron amas de casa y el 43% obreros o comerciantes; el 53% de pacientes vivían en familias extensas; el tiempo promedio de enfermedad fue de 6,6 años y las complicaciones crónicas más frecuentes fueron el pie diabético en 52% y la nefropatía en 24%. Concluyendo que existe relación entre el nivel de depresión y el funcionamiento familiar en los pacientes en estudio.

Guillen y Ordoñez (2017). En su tesis de licenciatura en la Universidad Ricardo Palma. titulada “Depresión y ansiedad en pacientes adultos en hemodiálisis de un Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú” cuyo objetivo principal fue establecer el nivel de depresión y ansiedad en pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis. El estudio fue de tipo descriptivo- comparativo y correlacional, con una población accesible de 101 pacientes que reciben hemodiálisis en un Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú. Se realizó un muestreo no aleatorio, obteniendo un tamaño muestral de 101 pacientes. Se empleó el inventario de depresión de Beck y el inventario de situaciones y respuestas de ansiedad. Resultados: siendo no depresión 61.4% (62/101), depresión leve 23.8% (24/101) y depresión moderada 14.9% (15/101). En ausencia de ansiedad o ansiedad mínima 55.4% (56/101), ansiedad moderada o ansiedad marcada 42.6% (43/101) y ansiedad severa solo el 2% (2/101). Discusión: de manera general no se presentan niveles elevados de depresión y ansiedad, en los pacientes evaluados respecto al sexo y tiempo de tratamiento. Así mismo, se puede observar que la correlación

entre el puntaje total de depresión y puntaje total de ansiedad es de ,301 significativa a un nivel de uno por ciento. En las diferencias significativas se evidencia que para el sexo femenino de la depresión se encuentra significativa al 0.01% el puntaje total de la depresión, el área física de la depresión y el área cognitivo de la ansiedad, por otro lado, al 0.05% se observa el área afectiva de la depresión, puntaje total de la ansiedad, factor II ansiedad interpersonal, factor III ansiedad fóbica y factor IV ante situaciones habituales o la vida diaria. Sin embargo, para el tiempo de tratamiento, el factor IV ante situaciones habituales o la vida diaria se encuentra significativa al 0.05% considerando de 1 año a 5 años. Palabras claves: ansiedad, depresión, insuficiencia renal y hemodiálisis.

El antecedente citado es importante para la investigación realizada porque estudió la variable depresión, con la metodología similar, así como la población de estudio son pacientes depresivos de un hospital, siendo las conclusiones parecidas a las que se pretende alcanzar.

Quinto (2017), en su investigación titulada “Funcionalidad familiar según percepción del paciente que asiste al Programa de control de tuberculosis del Centro de Salud Collique III, Comas 2017” Lima, cuyo objetivo fue identificar la funcionalidad familiar según percepción del paciente que asiste al Programa de control de tuberculosis del Centro de Salud Collique III. El estudio fue de tipo observacional, prospectivo, descriptivo, de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 43 pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar, utilizando un cuestionario en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que se observó que el 63,4% de los pacientes que asistieron al Programa de tuberculosis percibieron que la funcionalidad familiar fue intermedia, un 19,5% percibió que la funcionalidad familiar fue extremo o disfuncional y por último, el 17,1% percibieron tener una funcionalidad familiar balanceada. Concluyendo que los pacientes con tuberculosis percibieron que la funcionalidad familiar en su mayoría fue de nivel intermedio en la institución en estudio.

El antecedente referido se ha considerado para el estudio a realizar porque trabajo con la variable funcionalidad familiar, su metodología es similar, así como la población de estudio son pacientes, utilizó la Escala de siendo las conclusiones parecidas a las que se pretende alcanzar

2.1.2. Antecedentes internacionales

Quiroz (2017), en su investigación titulada “Relación entre funcionalidad familiar y depresión en pacientes del servicio especializado de protección especial MIES. Portoviejo, 2016”. Ecuador, cuyo objetivo fue determinar la relación entre la funcionalidad familiar y depresión en pacientes del servicio especializado de protección MIES. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, prospectivo, de corte transversal; la muestra estuvo conformada 116 pacientes, utilizando un test de funcionamiento familiar y la escala de depresión de Hamilton en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que la edad se ubicó entre un mínimo de 18 años y un máximo de 39 años y una media de 22 años, el género masculino fue mayoritario con el 50,9%, la residencia urbana sumo el 72,4%, el estado civil soltero fue del 75,9%; la raza mestiza del 93,1%; el ingreso económico medio del 73,3%; el 82,8% de pacientes presentaron disfuncionalidad familiar y el 86,2% depresión. Concluyendo que existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes en estudio.

El estudio antes mencionado fue importante para la investigación a realizar porque trabajó con las variables funcionalidad familiar y depresión, la metodología similar, así como la población de estudio son pacientes con depresión.

Arce (2017), realizó una investigación titulada “Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en las unidades de salud de los Cantones Machala, Pasaje y Guabo, El Oro 2016”. Ecuador cuyo objetivo fue evaluar la relación entre la calidad de vida y la funcionalidad familiar de los pacientes con tuberculosis. El estudio fue de tipo básica, prospectivo, de nivel descriptivo correlacional y de diseño no experimental de corte transversal; con una muestra de 72 pacientes con tuberculosis, utilizando el test FF – SIL y el cuestionario SF – 12v2 en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que el 94,4% de las familias de los pacientes con tuberculosis eran funcionales presentando puntuaciones elevadas en todas sus dimensiones y 55,9% tuvieron regular calidad de vida. Concluyendo que existe relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Este antecedente fue importante en el estudio por la variable Funcionalidad familiar, su metodología es similar, así como la población de estudio son estudiantes adolescentes, utilizó el mismo instrumento de medición de funcionalidad familiar, siendo estos resultados favorables para comprender esta problemática familiar.

Ojeda (2016), en su investigación titulada “Factores de riesgo, protectores y funcionalidad familiar en pacientes sintomáticos respiratorios para presentar tuberculosis pulmonar, Arcapamba-Huertas, 2016”. Ecuador, tuvo como objetivo de evaluar la asociación entre los factores de riesgos, protectores y la funcionalidad familiar, de los pacientes sintomáticos respiratorios, de 20 a 64 años de edad, para presentar tuberculosis pulmonar, en las parroquias Arcapamba y Huertas del cantón Zaruma; el estudio fue de tipo descriptivo prospectivo, analítico, correlacional, que incluyó 147 sintomáticos respiratorios, quienes fueron encuestados mediante la aplicación de un cuestionario. Los resultados identificados fueron que el 6,1% presentó baciloscopía positiva; el 77,7% vivían en la parroquia Huertas y el 22,3% fueron de la parroquia Arcapamba; predominando los hombres enfermos con un 88,8%. Se encontró como factores de riesgo para presentar tuberculosis pulmonar en sujetos expuestos al bacilo de Koch; el hacinamiento, ocupación en espacios cerrados y el sexo; llegando a la conclusión de que la funcionalidad familiar no tiene relación con la presencia de tuberculosis pulmonar.

Esta investigación citada fue importante para el estudio realizado porque trabajó las variables funcionalidad familiar su metodología similar, así como la población de estudio son pacientes con tuberculosis, siendo las conclusiones de la existencia de niveles de agresividad

Balcázar, Ramírez y Rodríguez (2015), en su investigación titulada “Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis”. México, tuvieron como objetivo determinar la frecuencia de depresión y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis, atendidos en unidades de medicina familiar. El estudio fue de tipo observacional, analítico, prospectivo, de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 38 pacientes con tuberculosis pulmonar, utilizando la escala de depresión y una escala de funcionalidad familiar en la recolección de los datos. Los resultados que

encontraron fueron que se encontraron síntomas depresivos en el 94.7% de los casos, y el tipo de familia demostró ser un factor asociado con depresión, no así la funcionalidad familiar. Concluyendo que la funcionalidad familiar es esencial en la facilitación o la obstrucción en el curso del tratamiento del paciente con diagnóstico de tuberculosis, por lo que es importante implementar medidas de apoyo en los pacientes que pertenecen a familias del tipo extensa para evitar síntomas depresivos.

El referido antecedente fue importante y estudió las variables funcionalidad familiar y depresión, su metodología es similar, así como la población de estudio son pacientes con tuberculosis siendo las conclusiones la generación de violencia que sería un aporte para la investigación.

Martínez, Guzmán, Flores y Vásquez (2014), en su investigación titulada "Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar". México, tuvo como objetivo identificar los factores que favorecen el apego al tratamiento de la tuberculosis pulmonar; el estudio fue de tipo observacional, descriptivo, transversal, prospectivo realizado en la unidad de medicina familiar; la muestra estuvo conformada por 57 pacientes con tuberculosis pulmonar; utilizando un cuestionario en la recolección de los datos; los resultados que encontró fueron que el 85% de pacientes inició un tratamiento acortado estrictamente supervisado; 66,0% logró la curación final del tratamiento, 19,2% continuó en retratamiento y el 12,0% abandonó el tratamiento; 92,2% refirió afectación en su vida personal después del diagnóstico de tuberculosis pulmonar; de los pacientes que abandonaron el tratamiento 75,0% presentó algún grado de disfunción familiar; llegando a la conclusión de que se observaron niveles altos de disfuncionalidad familiar y rechazo social en los pacientes con abandono al tratamiento que aquellos con diagnóstico de curación.

Este antecedente fue importante en el estudio por la variable de factores familiares y resiliencia, su metodología fue similar, así como la población de estudio son estudiantes adolescentes, utilizó el mismo instrumento de medición de la Escala de cohesión y adaptabilidad familiar, con conclusiones parecidas a las que se espera alcanzar.

2.2. Bases teóricas de las variables

2.2.1. Funcionalidad familiar

Para el presente estudio se consideró necesario definir algunos términos que ayudarán a comprender mejor la funcionalidad familiar, por lo que, se pasa a definir a continuación:

2.2.1.1. La familia

La Organización Mundial de la Salud OMS. así como la Organización Panamericana de la salud OPS (2014), definen a la familia como “los integrantes del hogar emparentados entre sí, hasta un determinado grado de parentesco por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial”.

El Ministerio de Salud MINSA (2005), al respecto define a “La familia como la unidad básica de la sociedad, así como el primer espacio de socialización del ser humano en el que se generan derechos, deberes y relaciones, orientados al bienestar y desarrollo integral de las personas y donde se aprenden valores fundamentales para la convivencia social”.

Asimismo, se puede definir a la familia como la unidad básica social que es para el individuo el contexto en donde se dan las condiciones para el desarrollo, favorable y sano, de su personalidad, o bien, por el contrario, el foco principal de sus trastornos emocionales (UNICEF, 2008).

Minuchin & Fishman (1986), definen a la familia como un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que rigen el funcionamiento de los miembros de la familia, y van a definir su gama de conductas facilitando su interacción recíproca.

2.2.1.2. Tipos de familia

2.2.1.2.1. De acuerdo a su estructura

Eguiluz (2003) al respecto dicen que las familias pueden clasificarse en:

- **Familia nuclear o elemental:** es el modelo estereotipado de familia tradicional, que implica la presencia de un esposo (padre), esposa (madre) e hijos, todos viviendo bajo el mismo techo. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.
- **Familia extensa o consanguínea:** está constituida por la troncal o múltiple (la de los padres y la de los hijos en convivencia), más la colateral; es decir, se compone de más de una unidad nuclear siempre y cuando coexistan bajo un mismo techo, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás. Las familias extensas pueden formarse también cuando las nucleares se separan o divorcian. Los hijos de estos rompimientos buscan en los abuelos, tíos y otros familiares apoyo psicológico para su estabilización familiar.
- **Familia Conjunta o multigeneracional:** para Giberti (2005), esta modalidad familiar se presenta cuando los más jóvenes de la familia incorporan a ella a sus propios cónyuges e hijos, en vez de formar un núcleo familiar independiente, conviviendo simultáneamente varias generaciones en el mismo espacio vital.

2.2.1.2.2. De acuerdo con la forma de constitución

Eguiluz (2003) existen tres tipos de familia según la forma en la que han sido constituidas.

- **Familia monoparental:** la familia monoparental es aquella que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Resulta cuando la pareja decide no seguir viviendo junta y separarse o divorciarse, y los hijos quedan al cuidado de uno de los padres, por lo general la madre. Excepcionalmente, se encuentran casos en donde es el hombre el que cumple la función. Una segunda forma

de familia monoparental es aquella en la cual ha habido duelo por la muerte de la pareja. Por último, ciertas familias monoparentales implican la función de ser padre o madre solteros.

- **Familia reconstruida:** con cierta frecuencia, tras la separación o el divorcio, los progenitores vuelven a formar pareja con otras personas para iniciar una nueva convivencia, con vínculo matrimonial o sin él. Estas familias, en las que al menos un miembro de la pareja proviene de una unión anterior, reciben el nombre de reconstruidas. También puede estar formada por los esposos e hijos de matrimonios anteriores.
- **Familias adoptivas:** está basada en la falta de vínculo biológico entre padres e hijos. Las características de este tipo de familia son diversas, por los motivos que llevan a la adopción como por las características de quienes adoptan y de quienes son adoptados, así como por la dinámica de relaciones que se establecen en su interior.

2.2.1.2.3. De acuerdo a su desarrollo

De la Cerda y Riquelme (2003), realizo la siguiente clasificación:

- **Familia primitiva o tradicional:** la familia tradicional se caracteriza desde el punto de vista de las funciones de sus miembros, por la existencia de una estricta diferenciación de las funciones basadas en el sexo y la edad de sus componentes. Generalmente el que trabaja fuera de casa es el padre y la mujer compagina la crianza de los hijos y se dedica a las labores del hogar. La mujer juega el rol de esposa – madre. En este tipo de familia destaca la presencia de relaciones conyugales y paterno filiales de dominio y obediencia, que concretan en la dependencia de niños, jóvenes y mujeres. Hay una preeminencia de la autoridad del padre sobre los hijos y la mujer. Existe un patrón tradicional de la organización.
- **Familia moderna:** en este tipo de familia, la mujer participa en la fuerza de trabajo y en la economía de la familia. La mujer tiene el rol de esposa - compañera y de esposa - colaboradora. Ambos padres comparten derechos y obligaciones, y los hijos participan en la organización familiar y toma de

decisiones. Los roles familiares son más flexibles, la autoridad paterna y marital se debilita porque es compartida por ambos cónyuges y se produce una relación de igualdad entre el hombre y la mujer.

2.2.1.2.4. De acuerdo al cumplimiento de sus funciones

De la Cuesta, Pérez y Louro (1994) creadoras del Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (FFSIL) distinguen 4 tipos de familias.

- 1) **Familia funcional.** Es aquella cuyas interrelaciones como grupo humano favorece el desarrollo sano y el crecimiento personal de cada uno de sus miembros, en la medida que existe un equilibrio en el cumplimiento de sus funciones y a su vez disponga de recursos adaptativos para enfrenar los cambios.
- 2) **Familia moderadamente funcional.** Se comprende como una expresión intermedia entre la familia funcional y la familia disfuncional, de las categorías de que define el funcionamiento familiar.
- 3) **Familia disfuncional.** Es la expresión negativa de las categorías que definen el funcionamiento familiar.
- 4) **Familia severamente disfuncional.** Es una expresión negativa de extremo de las categorías que define el funcionamiento familiar

2.2.1.3. Funciones de la familia

- 1) **Función reproductiva.** Consiste en procrear o traer hijos al mundo asegurando así la continuidad de la especie humana, significa, a su vez, prestar cuidados al recién nacido para garantizar su supervivencia.
- 2) **Función de protección económica.** Está referida a la satisfacción de las necesidades básicas de alimentación, vestido, vivienda, salud, educación y recreación, permite a los miembros de la familia una vida decorosa y la materialización de sus expectativas sociales y culturales.
- 3) **Función afectiva.** En el seno de la familia experimentamos y expresamos los sentimientos de amor, seguridad, afecto y ternura más profundos, son estas emociones las que permiten establecer y mantener relaciones

armoniosas y gratas con nuestros familiares y las que influyen en el afianzamiento de la autoestima, confianza y sentimiento de realización personal.

- 4) **Función socializadora:** La familia representa un papel crucial como nexo de unión entre la sociedad y la personalidad de cada uno de sus miembros, y contribuye al desarrollo global de la personalidad de los hijos, así como al desarrollo de otros aspectos concretos como el pensamiento, el lenguaje, los afectos, la adaptación y la formación del auto concepto.
- 5) **Función recreativa:** Esta función es parte de la vida familiar, siendo a menudo olvidada por la familia, muchas veces es minimizada su importancia frente a otras actividades como el trabajo; sin embargo, la recreación es importante porque es la que brinda a la familia estabilidad emocional y posibilidades de mayor comunicación.
- 6) **Función solidaria.** Se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.
- 7) **Función protectora.** Brinda seguridad y cuidados a los niños, adolescentes, inválidos y los ancianos.

2.2.1.3.1. Definiciones de Funcionalidad familiar

El funcionamiento familiar se define como un proceso en el que todos los elementos humanos, constituyen un sistema dinámico tendiente al crecimiento y desarrollo individual y familiar cimentado en el establecimiento de comunicaciones y vínculos afectivos (Arévalo, 1992 citado por Manzanares y Vásquez, 2012).

El contexto familiar es fuente de desarrollo y aprendizaje de habilidades, el funcionamiento familiar bueno está caracterizado por la cohesión afectiva entre padres e hijos, el apoyo, la confianza e intimidad entre ellos y la comunicación familiar abierta y empática, favorece el ajuste psicológico y conductual de los hijos (Ruiz y Valles, 2013).

Olson, Russell & Sprenkle (1989), definen el funcionamiento familiar como la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión) y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el propósito de vencer las

dificultades evolutivas familiares (adaptabilidad). Es decir, considera que una familia es funcional en la medida que establece vínculos afectivos entre sus miembros y promueva el desarrollo progresivo en la autonomía (cohesión); además que sea capaz de cambiar su estructura para superar las dificultades evolutivas (adaptabilidad). Se considera el funcionamiento familiar como la dinámica interactiva y sistémica que se produce entre los miembros de la familia.

Ortega, Fernández y Osorio (2003). Sostienen que la funcionalidad familiar es considerada como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo con el ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo. El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros.

2.2.1.3.2. Modelos teóricos del funcionamiento familiar

Existen algunas teorías acerca del funcionamiento familiar, que describen las interrelaciones y los procesos del funcionamiento familiar, que pueden explicar cómo las familias disfuncionales se convierten en factores de riesgo, que podrían dificultar el aprendizaje de competencias de resiliencia, motivo por cuales se consideraran para la investigación a desarrollar las teorías que a continuación se mencionan:

A) La teoría general de sistemas

Esta teoría define a la familia como una organización social primaria que se caracteriza por las relaciones interpersonales como un subsistema del sistema social; lo que permite a los miembros de la familia vincularse con otros sistemas sociales en la determinación de sus roles y valores que son entregados por la familia. Para Nichols & Everett, (1986) Considerando a la familia como un sistema que tiene características de totalidad y equifinalidad compuesta por seres vivos, donde cada ser vivo es un sistema por sí solo, y que la familia es más que la suma de ellos como individuos, los cuales se encuentran interrelacionados por complejos procesos y organizaciones. Por lo cual cualquier hecho que afecte a uno de los miembros puede afectar a toda la familia y viceversa. En este sentido consideramos

a la familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por varios subsistemas de funcionamiento interno e influenciado por una variedad de sistemas externos, que al afectar a uno o más sistemas estos pueden alterar en este caso a la cohesión y adaptabilidad del funcionamiento familiar.

B) Modelo de interacción familiar

Satir (1972). Dice al respecto que este modelo es importante para la investigación a realizar porque sostiene que se basa en que, la interrelación de la salud familiar depende de la habilidad de la familia para entender los sentimientos, necesidades y comportamiento de sus miembros, situación que ayuda a sus miembros a conocerse entre sí, a través de la comunicación y de los eventos o situaciones que se dan en la vida. Asimismo, este modelo familiar saludable consiste en desarrollar cuatro conceptos: valoración propia, comunicación, reglas o normas de comportamiento, interrelación con la sociedad.

C) Teoría estructural del funcionamiento familiar Minuchin

Hidalgo (1999) Señala que este enfoque teórico es importante para el estudio a ejecutar porque considera a la familia como un sistema, con una estructura que está dada por los miembros que la componen y las partes de interacción recurrentes. Es esta estructura que le da forma a la organización, constituyendo los arreglos de los componentes internos y su regulación con el ecosistema. Minuchin (1977) define la estructura familiar como el conjunto invisible de las demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Las dimensiones centrales de la estructura familiar son las normas que guían a la familia, los roles y expectativas de rol de cada miembro, los límites, los alineamientos y la jerarquización de poder. En las familias con aglutinaciones o desligamiento, su estructura familiar se ve alterada, creando áreas de posibles disfuncionalidades o patologías de sus miembros.

D) Modelo circumplejo

El Modelo Circumplejo de sistemas familiares fue desarrollado por el Dr. David H. Olson y sus colegas Russell y Sprenkleen, entre los años de 1979 a 1989, como un intento de involucrar o integrar tanto la investigación teórica como la práctica, proponiendo una escala destinada a evaluar la percepción del

funcionamiento familiar en dos parámetros: la adaptabilidad y la cohesión familiar, el "FACES III". Sin embargo, de forma implícita evalúa la variable de la comunicación, que se torna subyacente o estructural de la adaptabilidad y de la cohesión, esto quiere decir que entre más adaptada y cohesionada sea una familia mejor serán sus procesos comunicacionales y por el contrario entre menos adaptada y cohesionada sea una familia sus estados comunicacionales serán escasos, modelo que se ha considerado relevante para el estudio a realizar debido a que se va emplear el instrumento de medición de la Escala de cohesión y adaptabilidad de FACES III, que mide estas dimensiones e indicadores de conducta familiar.

Olson, Sprenkle & Russell (1979) identificaron 4 niveles de cohesión familiar que se encuentran en un continuo balance que van desde un bajo nivel de cohesión (desligada) hasta una cohesión extrema (aglutinada), lo mismo hace con la adaptabilidad identificando 4 niveles de adaptabilidad, los niveles óptimos se denominan flexibles y estructurado mientras los extremos negativos están representados por los niveles rígidos y caóticos.

2.2.1.4. Dimensiones del funcionamiento familiar

Para la evaluación del funcionamiento familiar y tomando en cuenta el instrumento de medición de funcionalidad familiar - FACES III, a continuación, describiremos las dimensiones con las cuales se evalúa el funcionamiento familiar:

2.2.1.4.1. Cohesión familiar

Para Zaldívar (2004). la cohesión familiar es una de las dimensiones centrales de la dinámica familiar y puede ser definida a partir de los vínculos emocionales que los miembros de una familia que establecen entre sí.

Así también Ramírez (2004). la considera como la unión entre los miembros familiares que proveen de un sentido de unidad y pertenencia familiar a través de la internalización del respeto, amor, interés de uno por otro, compartir valores y creencias. Esto les permite vínculos emocionales necesarios para la sobrevivencia del sistema.

Según Cango (2013) cuando la cohesión es estrecha favorece la identificación física y emocional y el establecimiento de sólidos vínculos y un fuerte sentimiento de pertenencia con el grupo familiar en su conjunto.

2.2.1.4.2. Adaptabilidad familiar

Para Zaldívar (2006) se entiende como la flexibilidad o capacidad de la familia para adoptar o cambiar sus reglas o normas de funcionamiento, roles, etc. Ante la necesidad de tener que enfrentar determinados cambios, dificultades, crisis o conflictos por los que puede atravesar la misma en un momento dado. La no presencia de esta flexibilidad impide a la familia hacer un uso adecuado de sus recursos, lo que provoca un aferramiento a esquemas, normas, roles, actitudes, que resultan poco funcionales y dificultan encontrar una solución viable a la situación familiar problemática.

2.2.1.5. Familia funcional

Según Paz y Aymat (2007), las familias funcionales promueven el desarrollo integral de sus miembros y permiten que se mantengan estados de salud física, emocional y social favorables en cada uno de ellos. Así como también, una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado, constituye un factor de riesgo para la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros.

Según Olson (1983) las familias funcionales se caracterizan por entregar y recibir apoyo incondicional, comprensión y ánimo entre sus miembros, permitiéndoles un desarrollo y crecimiento óptimo, que con posterioridad se podrá ver reflejado en la conformación de nuevas familias y en menor grado en las escuelas o grupos sociales en donde se puedan reproducir los patrones aprendidos de funcionalidad familiar.

2.2.1.6. Familias disfuncionales

Hernández y Grau (2005). Sostienen que las familias disfuncionales son aquellas familias que no pueden resolver sus crisis y se quedan atascadas, fijan mecanismos patológicos de interacción intra y extrafamiliares y por lo general, van produciendo en uno o más miembros un estado de desajuste o enfermedad

Así mismo Linares (1994), citado por Navarro y cols., (2007) afirma que cuando la familia comienza a distorsionar su función principal ante la sociedad y antepone a ello los conflictos, se la etiqueta como familia disfuncional o multiproblemática.

2.2.1.7. Funcionalidad de la familia peruana

Se aprecia una amplia gama, que va desde una base matrimonial hasta las familias de tipo convivencial. También se encuentran familias producto de relaciones eventuales y múltiples uniones, madres solteras, familias incompletas, debido a rupturas conyugales, viudez, etc. La estructura del hogar rural es generalmente, extensa. Familias de alta tasa de fecundidad que viven en función de recursos naturales escasos. Frente a la familia urbana, que en su mayoría es de tipo nuclear. Huarcaya (2011) refiere la estructura familiar en el Perú viene presentando cambios severos. El número decreciente de matrimonios, la popularidad de la cohabitación y el número creciente de divorcios configuran los mayores cambios en la estructura familiar peruana. Una consecuencia lógica de esto, es que cada vez más niños nacen y/o se crían fuera del matrimonio: hogares monoparentales o en convivencia.

Otro aspecto que se puede considerar en el presente estudio es la dinámica familiar, según Serrano (2007), en la sociedad peruana predomina la familia patriarcal, la cual se caracteriza por depender económicamente del padre, quien muestra una actitud dominante en la toma de decisiones, también nos dice que se puede dar por otro fenómeno como la ausencia de uno de los padres la cual puede afectar la unión entre los miembros del hogar.

Entonces se puede afirmar que existen carencias en el cumplimiento de las funciones de los miembros de la familia, lo cual es el reflejo de la cantidad inminente de problemas sociales y psicológicos que se vienen dando en nuestra sociedad. La disfunción familiar influye en la génesis de problemas psicosociales en los estudiantes de secundaria, la delincuencia, los intentos de suicidio, los trastornos de conducta, depresión, etc., son problemas que atañen a adolescentes que están predispuestos a incurrir en ellos por falta de estabilidad emocional y muchas veces producto de la disfuncionalidad en sus familias.

2.2.2. Depresión

Para realizar la presente investigación fue necesario considerar algunas definiciones más significativas que detallamos de la variable depresión que facilite comprender mejor esta problemática en estudio en los pacientes del Centro de Salud de Ermitaño Bajo – Independencia, que a continuación se detalla:

La depresión es un estado de ánimo de tristeza, se altera el estado del humor y puede provocar una tristeza patológica, desproporcionada e intensa, que conlleva a la persona a perder el interés de vivir, a sentirse incapaz de realizar sus actividades cotidianas. Estas personas presentan síntomas como: alteración del sueño, falta de apetito, síntomas somáticos y alteraciones del pensamiento (5).

Hollo y Beck (citados en Almudena, 2016), definen la depresión como el “síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes”.

Esta definición viene desde una perspectiva psicológica, como también se menciona que es, trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión, y desesperanza profundos, la depresión patológica es una tristeza sin causa aparente que la evidencie y a su vez es grave y constante, aparecen varios síntomas, incluidos las perturbaciones de sueño, bajo apetito, pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer (Zarragoita, 2011).

Pino, Belenchon y Lorenzo (2008) sostienen que la depresión es un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por una tristeza patológica, una reducción de la energía y disminución del nivel de actividad, donde su capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse en las cosas se encuentran reducidas, y además, la autoestima y su confianza en sí mismo casi siempre están reducidas; presentando a menudo ideas de culpa, remordimiento e inutilidad. (Pino, Belenchón, Sierra y Lorenzo; 2008),

La depresión viene a ser la causa de la presión socio estructural y si uno no tiene un buen recurso de afrontamiento a esta presión le llevará a tener malestar

físico y emocional, esto llevará a una perspectiva sociológica. Finalmente encontramos a Freud que define la depresión desde una perspectiva psicoanalítica afirmando que es, duelo, sufrimiento por la pérdida de algo real o imaginario, lo cual lo lleva a un estado de culpa, vergüenza u odio hacia uno mismo, mientras que su discípulo Karl Abraham dice que, la depresión puede ser por la fijación de una etapa de desarrollo psicosexual (Álvaro, Garrido, & Schweiger, 2010).

Beck (citado en Dahab, Rivadeneira y Minici, 2002), define a la depresión como una serie de pensamientos negativos de sí mismo, del entorno y del futuro. La persona se ve a sí mismo como incapaz, despreciado, esto hace que distorsione en la interpretación de su realidad, viendo su entorno solo en términos dañados, cree que su futuro será puro fracaso y frustración, lo cual lo lleva a reasignarse y dejarlos sin modificar nada.

Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), donde menciona que el sentimiento de tristeza intensa puede producirse por un evento o cualquier otro acontecimiento, el cual desencadena este estado de ánimo deprimido, melancólico, cuya característica principal es la alteración del humor, ésta también acompañada de las alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad motora, cansancio, especialmente en las mañanas, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, ideas de muerte o suicidio, que trae repercusiones a nivel personal, familiar, escolar y social.

OMS (2017) define la depresión como 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. Que 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.

2.2.7.1. Teorías de la depresión

a) Teoría cognitiva de Beck sobre la depresión

La terapia cognitiva de Beck manifiesta que la conducta de una persona está determinada por el modo en que estructura el mundo (Beck; 1967- 1976). Es decir, que todo a nuestro alrededor está basado en la manera en cómo nosotros mismos nos entendemos y cómo entendemos a los demás, Por lo tanto, no es en sí la situación, sino lo que percibimos hace que influya en nuestros comportamientos y también en nuestras emociones. Así pues, este modelo se basa en las conductas, seguida de los pensamientos y las emociones, explicando que están conectadas: es decir, nuestros pensamientos van a poder influir directamente en nuestras emociones que podemos experimentar y esto influye en nuestras conductas (Beck, 2002).

Se postulan tres conceptualizaciones para explicar la depresión: tríada cognitiva, esquemas y errores en el procesamiento de información.

b) Teoría desde el enfoque interactivo y multidimensional de la ansiedad

La ansiedad se ha estudiado como una respuesta emocional ante un conjunto de hechos experienciales, fisiológicos y expresivos, donde la persona considera estos episodios como potencialmente amenazantes, aunque no necesariamente resulte peligroso (Cano-Vindel, 1997). Como rasgo de personalidad, se estudia en base a las diferencias individuales de manifestar estados o reacciones de ansiedad (Spielberger, 1972). Estos se caracterizan por sentimientos de inseguridad, temor, de pensamientos negativos hacia uno mismo; a nivel fisiológico se observan cambios en el sistema nervioso autónomo además de tensión muscular, por último, se aprecia diferentes índices de agitación motora que interfiere en la conducta.

Cano-Vindel, (1989). sostienen que la ansiedad es:

- a) Una respuesta emocional donde el individuo difícilmente puede controlarse, siendo observado en tres niveles cognitivo-subjetivo, fisiológico y motor-expresivo; el malestar subjetivo, la alta activación fisiológica y la inquietud motora, respectivamente (Miguel-Tolbal, 1990).

- b) Una reacción, que se da ante representación interna de una situación que se considera como potencialmente ansiógena. Las situaciones más frecuentes son: (a) en la que el individuo se sienta evaluado (Calvo y Eysenck, 1995); (b) una situación interpersonal (Pérez-Nieto y Cano-Vindel, 1998); (c) un estímulo fóbico (Capafons, Sosa, Viña y Avero, 1997); (d) algunos escenarios de la vida cotidiana (Cano- Vindel y Miguel- Tobal, 1995).
- c) En el nivel experiencial, la ansiedad se manifiesta como un estado de malestar psicológico, donde los sentimientos de tensión, preocupación, inseguridad, etc., conjuntamente con dificultades para concentrarse o recordar son característicos. Por lo tanto, se ve afectada la atención y la memoria (Escalona y Hernández, 1996), así como la autoestima, control, la competencia personal, etc. (Fernández-Castro, Álvarez, Blasco, Doval y Sanz, 1998).
- d) A nivel fisiológico, se producen una serie de alteraciones que dependen de la intensidad de las respuestas del sistema nervioso autónomo como: alteraciones en la frecuencia cardíaca, conductibilidad eléctrica de la piel, la presión arterial, etc., que se acompañan de un incremento en la tensión muscular. Esto puede generar a su vez: sudoración excesiva, arritmias y palpitaciones, molestias estomacales, dolores de cabeza, temblor en los brazos y piernas, escalofríos, respiración agitada, etc. Estas perturbaciones pueden llegar a hacerse habituales convirtiéndose en verdaderas enfermedades psicofisiológicas o psicósomáticas (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1994).

2.2.7.2. Clasificación de la depresión

El Manual de Clasificación de Enfermedades CIE-10 señala los episodios depresivos, ya sean leves, moderados o graves, se caracterizan generalmente por tener desánimo, incapacidad del disfrute, suelen tener cansancio sin haber hecho alguna actividad, se altera el sueño, la alimentación es diferente, no se concentran fácilmente, no hay confianza en uno mismo, por ende resulta tener baja autoestima, suelen tener enlentecimiento psicomotor, la libido disminuye, etc., esto va en

función a la severidad de síntomas y cantidad de ellos, esto los lleva a especificar como un episodio leve, moderado o grave (OMS, 2000):

Criterios diagnósticos del episodio depresivo (depresión mayor según el DSM-5):

Ánimo depresivo casi diario (durante la mayor parte del día), desde hace ≥ 2 semanas y desde un momento preciso y reconocible, junto con la presencia de ≥ 5 de los siguientes síntomas, incluido ≥ 1 de los 2 primeros:

- 1) Estado de ánimo depresivo
- 2) Disminución significativa del interés en casi todas las actividades y/o de las sensaciones placenteras relacionadas con ellas
- 3) Apetito aumentado o disminuido, o pérdida importante (no relacionada con la dieta) o incremento en el peso corporal (p. ej. ≥ 5 % en un mes)
- 4) Insomnio o hipersomnia
- 5) Agitación o inhibición psicomotora
- 6) Sensación de fatiga o pérdida de energía
- 7) Sentimiento de minusvalía o sentimiento de culpa infundado
- 8) Disminución en la destreza cognitiva, dificultades en la atención o en para toma decisiones
- 9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temores a la muerte)
- 10) Pensamientos suicidas recurrentes sin un plan determinado, intentos de suicidio o un plan suicida.

El episodio depresivo mayor es la forma más frecuente de los trastornos depresivos. Se presenta en el transcurso de una depresión unipolar recurrente o de los trastornos bipolares.

Según el CIE-10 los episodios depresivos, ya sean leves, moderados o graves, se caracterizan generalmente por tener desánimo, incapacidad del disfrute, suelen tener cansancio sin haber hecho alguna actividad, se altera el sueño, la alimentación es diferente, no se concentran fácilmente, no hay confianza en uno

mismo, por ende resultan tener baja autoestima, suelen tener enlentecimiento psicomotor, la libido disminuye, etc., esto va en función a la severidad de síntomas y cantidad de ellos, esto los lleva a especificar como un episodio leve, moderado o grave (OMS, 2000):

- **Episodio depresivo leve:** los síntomas más típicos de la depresión suelen considerarse como ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, el episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral social, aunque es probable que no las deje por completo.
- **Episodio depresivo moderado:** la persona que tenga un episodio depresivo moderado debe presentar dos a tres síntomas del episodio depresivo leve, además la persona suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.
- **Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos:** durante un episodio depresivo grave, presentan una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. La pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, ya que pueden causar el riesgo de suicidio. Durante este periodo no es probable que el enfermo sea capaz de seguir con su actividad laboral, social o doméstica simplemente lo hará de un grado limitado.
- **Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos:** en esta etapa se presentan ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave progresar hasta el estupor.

2.2.7.3. Dimensiones de la depresión

Las dimensiones que se consideran en el análisis de la depresión son las siguientes:

- a. Dimensión cognitiva:** se relaciona con los conocimientos y percepciones de una persona; estableciéndose que en esta patología mental la parte cognitiva de un sujeto deprimido respecto a sí mismo, el ambiente que lo rodea y su futuro disfuncional o negativo basado en las actitudes que adopta, pues a menudo, el paciente se siente indigno, el mundo lo ve lleno de obstáculo y ve el futuro totalmente desesperanzador así como también preocupación por el futuro y problemas para concentrarse. (Camacho; 2007)
- b. Dimensión conductual:** se relaciona con las conductas que realiza o práctica una persona, estableciéndose que la regulación de las conductas se da partir de un ajuste, adaptación y readaptación de éstas dentro de un conjunto de circunstancias ambientales cambiantes, por ello la depresión se basa en que los factores ambientales y cognitivos son los responsables de la presencia del trastorno depresivo. (Gonzales; 2010).
- c. Dimensión afectiva:** se relaciona con las emociones y sentimientos de las personas, por ello en las personas deprimidas la afectividad disminuye por las ideas erróneas del sujeto depresivo, cuando estas sensaciones se vuelven más intensas, se asocian con sentimientos de impotencia e inutilidad, es decir el paciente se vuelve dependiente y puede intentar el suicidio. (Vásquez, Muñoz, Becoña; 2000)

2.2.7.4. Diagnóstico de la depresión

El diagnóstico de la depresión se realiza con la historia clínica detallada, basándose en la anamnesis o evaluación inicial, haciendo hincapié en los síntomas que presenta el paciente, pero luego mediante el uso de diferentes test como el cuestionario de salud del paciente, test de depresión de Beck, test de depresión de Zung, o el test de depresión de Hamilton diagnosticar el grado de depresión que experimenta el paciente para brindar el tratamiento respectivo. (Tapia; 2017).

2.2.7.5. Tipos de depresión

En el estudio y análisis de los episodios depresivos se consideran los siguientes tipos de depresión:

- **Depresión mayor:** es el tipo de depresión que se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren en la capacidad de las personas para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que, en circunstancias normales, deberían resultar placenteras.
- **Distimia:** es un tipo de depresión menos grave; los síntomas se mantienen a largo plazo, pero no evitan la actividad de las personas; también puede ser recurrente, es decir aparecer más de una vez en la vida.
- **Desorden bipolar:** es el tercer tipo de depresión, también se denomina enfermedad maniaco depresiva; la prevalencia de esta patología no es tan alta como las dos anteriores, se caracteriza por cambios de humor, estados de ánimo muy altos se ven sucedidos por otros muy bajos.

Se han considerado estos tipos de depresión para el estudio realizado debido a que se ha comprobado que estos estados afectivos se pueden presentar como cambios bruscos a veces, pero lo más frecuente es que sean graduales. En el ciclo de depresión, las personas tienen alguno o todos los síntomas de un problema depresivo. (Córdova; 2015).

2.2.7.6. Tratamiento de la depresión

El tratamiento contra la depresión es de dos tipos: farmacológico y psicoterapia; dependiendo del problema puede ser necesario uno u otro tratamiento, o una combinación de los dos; cuando los casos son graves existe otro tipo: la terapia electro convulsiva o electroshock. (Córdova; 2015).

En general, el tratamiento farmacológico es necesario; en una primera fase se medica de forma intensa al paciente para conseguir que los síntomas desaparezcan así como se pueda regular el funcionamiento sináptico a nivel cerebral y se pueda iniciar la recuperación del enfermo; y en una segunda fase se suministran fármacos para impedir la manifestación de la enfermedad. (Córdova; 2015).

Los antidepresivos se utilizan para que se corrija desequilibrios en los niveles de las sustancias químicas del cerebro, especialmente la serotonina, un químico cerebral que transmite mensajes en el área del cerebro que controla las emociones, la temperatura corporal, el apetito, los niveles hormonales el sueño y la presión sanguínea. Los antidepresivos actúan incrementando los niveles de serotonina en las células del cerebro; no suelen provocar dependencia y normalmente tienen efecto entre tres y seis semanas después de iniciar el tratamiento; y si no se han producido avances en este tiempo, el médico suele optar por cambiar el tratamiento, añadiendo más dosis u optando por otro antidepresivo. (Córdova; 2015).

2.2.7.7. Tuberculosis Pulmonar

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio pacientes con enfermedad pulmonar activa. (OMS; 2017).

Por otra parte, la tuberculosis también es definida como una enfermedad infectocontagiosa crónica producida por el *Mycobacterium Tuberculosis* o bacilo de Koch, que se localiza generalmente en el pulmón, aunque puede afectar otros órganos. (MINSAs; 2006).

En consecuencia, se establece que la tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecto contagiosa que se produce cuando una persona entra en contacto con el bacilo de Koch, localizándose en los pulmones de la persona enferma y de ahí se disemina a otras partes del cuerpo, transmitiéndose por vía respiratoria cuando la persona enferma tose o estornuda, y este es aspirado por otra persona que esté en contacto frecuente con el paciente infectado. (Reyes; 2017).

2.2.7.7.1. Etiología de La Tuberculosis pulmonar

La tuberculosis pulmonar es causada por el *Mycobacterium Tuberculosis*, conocido comúnmente como Bacilo de Koch; que se caracteriza por ser un microorganismo muy resistente al frío, la congelación y desecación; y por otro lado, también por ser muy sensible al calor y la luz solar, presentando características

especiales en su desarrollo que le brindan enormes diferencias respecto a las bacterias convencionales; y se puede adquirir por la inhalación de gotitas de agua provenientes de la tos o el estornudo de una persona infectada. (Reyes; 2017)

2.3. Definición de términos básicos

Adaptabilidad Familiar. La adaptabilidad familiar: es la flexibilidad y capacidad en que el sistema familiar tiene para enfrentar un cambio, también se define como la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo. Los conceptos específicos para diagnosticar y medir la dimensión de adaptabilidad son el poder en la familia (asertividad, control, disciplina), el estilo de negociación, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones. (Tapia; 2017).

Cohesión familiar. La cual es definida como los lazos familiares que los miembros de la familia tienen entre sí. Se consideran 4 niveles de cohesión; desligado, separado, conectado y fusionado, los sistemas que están en los niveles balanceados de cohesión (separado y conectado) tendrán un óptimo funcionamiento familiar. Sin embargo, los extremos o niveles no balanceados tendrán en general situaciones problemáticas. (Córdova; 2015).

Depresión mayor. Es el tipo de depresión que se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren en la capacidad de las personas para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que, en circunstancias normales, deberían resultar placenteras. (Tapia; 2017).

Distimia. Es un tipo de depresión menos grave; los síntomas se mantienen a largo plazo, pero no evitan la actividad de las personas; también puede ser recurrente, es decir aparecer más de una vez en la vida. (Tapia; 2017).

Desorden bipolar. Es el tercer tipo de depresión, también se denomina enfermedad maniaco depresiva; la prevalencia de esta patología no es tan alta como las dos anteriores, se caracteriza por cambios de humor, estados de ánimo muy altos se ven sucedidos por otros muy bajos. (Tapia; 2017).

Familia funcional. Se define como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de la familia o el grado de satisfacción que una persona tiene de la interacción que surge entre cada uno de sus integrantes. Puede ser considerado como la capacidad del grupo para asumir las distintas labores y funciones que deben realizar, teniendo en cuenta el ciclo vital en el que se ubica y las expectativas que le exigen desde ese ámbito (Olson 2006)

Funcionamiento Familiar. Olson (2006) define al funcionamiento familiar como una relación dinámica e interactiva que se da entre los miembros de una familia (cohesión) la cual pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares (Flexibilidad) y de las dimensiones facilitadoras (comunicación y satisfacción) que exista entre los miembros de la familia.

Insight. Como un acto propiamente cognitivo, pues implica un proceso de conocimiento y resolución de problemas, que se desarrolla mediante la confianza en las virtudes y la aceptación de las debilidades, logrando liberarse de suposiciones erradas, permitiendo un desarrollo personal, equilibrado y sano. (Bowden & Jung - Beeman, 2007)

Modelo Circumplejo de Sistema Familiar de Olson. El modelo circumplejo de Sistema Familiar, motivados por los conceptos generados sobre la terapia familiar con el objetivo de definir y medir el ambiente familiar. Consta de tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación que facilita el cumplimiento de las dos primeras dimensiones. Por lo que posteriormente, Olson, Portner y Lavee (1985) crearon la escala de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III) para evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar, dimensiones principales del modelo circumplejo. (Olson, Rusell y Sprenkle 1979)

Tuberculosis Pulmonar. Es una enfermedad infectocontagiosa crónica producida por el Mycobacterium Tuberculosis o bacilo de Koch, que se localiza generalmente en el pulmón, aunque puede afectar otros órganos. (MINSAs; 2006).

III. MARCO METODOLÓGICO.

3.1. Hipótesis de la investigación

3.1.1. Hipótesis general

HG. Sí existe relación entre la funcionalidad familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020.

3.1.2. Hipótesis específicas

HE 1. Sí existe relación entre la dimensión cohesión familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020.

HE 2. Sí existe relación entre la dimensión adaptabilidad familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020.

3.2. Variables de estudio.

Las variables que se utilizaron para el desarrollo de la presente investigación fueron:

- Funcionalidad familiar.
- Depresión.

3.2.1. Definición conceptual

3.2.1.1. *Funcionalidad familiar*

En el estudio realizado, la funcionalidad familiar se define como la capacidad de la familia para enfrentar las situaciones de crisis mediante el conjunto de interacciones que se producen entre sus miembros, sobre la base del respeto, la autonomía y convivencia familiar, en la que desarrollan la cohesión y la adaptabilidad. (Olson; 2003).

3.2.1.2. Depresión

Para la investigación realizada se consideró a la depresión como un trastorno emocional, que se caracteriza por presentar un estado de tristeza patológica, sentimientos de inutilidad, de abatimiento, tristeza, desgano, culpa, indefensión y desesperanza profunda y pensamientos suicidas (Clemente; 2017).

3.2.2. Definición operacional

3.2.2.1. Funcionalidad familiar

Para el desarrollo de la investigación, la definición operacional del funcionamiento familiar se obtuvo con la aplicación de la Escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III) de Olson con la que se ha conocido las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar.

3.2.2.2. Depresión

La definición operacional de la depresión para el proceso de la investigación realizada, se definió con la aplicación de la Escala de Auto-Medición de la Depresión de Zung (EAMD) a fin de conocer las dimensiones a nivel cognitivo, afectivo y conductual de los estados depresivos.

3.3. Tipo y nivel de la investigación

3.3.1. Tipo de investigación

El estudio realizado fue de tipo aplicada, porque el problema está establecido y es conocido por el investigador, por lo que, se utilizó para dar respuesta a preguntas específicas; donde se hizo énfasis en la resolución práctica de problemas. Asimismo, se centra específicamente en cómo se pueden llevar a la práctica las teorías generales. La motivación fue la resolución de los problemas que se plantearon en un momento dado. Toda investigación aplicada guarda estrecha relación con la investigación básica, dado que depende de los descubrimientos de ésta última y se enriquece con dichos descubrimientos. Siendo su objetivo de este tipo de estudio el predecir un comportamiento específico en una situación definida.” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014 p. 164.).

3.3.2. Nivel de investigación

El estudio corresponde al nivel de investigación descriptivo correlacional, es decir, la variable a descrita y relacionada fueron la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud de Ermitaño.

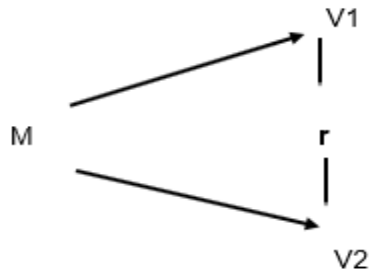
Siendo la investigación descriptiva porque se especificaron propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se pretendió analizar. Asimismo, fue un estudio correlacional ya que se ha pretendido analizar la relación existente entre dos variables, intentando predecir el valor aproximado que tienen las variables, a partir del valor que poseen en la relación. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

3.4. Diseño de la investigación

La investigación realizada fue de diseño No Experimental de corte transversal, porque no se han a manipulado las variables de estudio y se realizaron en un determinado tiempo que fue de junio a diciembre del 2020. Este diseño es conocido también como investigación ex post facto, término que proviene del latín y significa después de ocurrido los hechos. Según Hernández, et al., en la investigación ex post facto el investigador tiene que limitarse a la observación de situaciones ya existentes dada la capacidad de influir sobre las variables y sus efectos (Hernández, et al. 2014).

Siendo el estudio de corte transversal, porque el instrumento seleccionado se aplicó a la muestra objeto de investigación en un solo momento y tiempo único. Lo que Carrasco, (2005), sostiene fue que, “los estudios transversales se utilizan para investigar hechos y fenómenos de la realidad, en un momento determinado de tiempo” (p. 72).

Al esquematizar este tipo de investigación obtendremos el siguiente diagrama.



En el esquema:

M= Muestra de Investigación

V1 = Funcionalidad familiar

V2 = Depresión

r = Posible relación entre las variables

Se asume en este diseño una probabilidad del 90% de relación entre las variables.

3.5. Población y muestra de estudio

3.5.1. Población

En el proceso de investigación, la población de estudio estuvo constituida por todos los pacientes con tuberculosis que se atienden en el Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, que son un total de 120.

3.5.2. Muestra

Para la presente investigación por la naturaleza, importancia y relevancia la muestra estuvo conformada por la totalidad de la población de pacientes con tuberculosis que se atienden en el Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, que son un total de 120 pacientes.

3.5.3. Muestreo

Para obtener la muestra se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que permite al investigador seleccionar las unidades de estudio en aquellos casos accesibles que aceptaron ser incluidos en la presente investigación. Por ser una población muy extensa, siendo la muestra igual al de la población de pacientes registrados en el servicio.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Técnicas de recolección de datos

Las técnicas que se utilizó en la presente investigación fueron:

- La observación
- La encuesta
- La psicométrica

3.6.2. Instrumentos de recolección de datos

Los Instrumentos que se emplearon para la recolección de datos fueron:

- La Escala de cohesión y adaptabilidad familiar FACES – III de Moos.
- Escala de la auto medición de la depresión (EAMD) fue diseñada por el Dr. Zung W.

A) Fichas técnicas

1) Escala de evaluación para medir la variable “funcionamiento familiar”

Nombre: Escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III)

Autor: Fue creado por David Olson, Joycen Potner y Yoav Lavee en 1985 y fue traducido y validado en Lima por Reusche (1994)

Administración: Colectiva

Tiempo de administración: Entre 15 a 20 minutos aproximadamente

Ámbito de aplicación: Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia

Significación: percepción sobre la relación entre la funcionalidad familiar y Depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020.

Tipo de respuesta: los ítems son respondidos mediante una escala tipo Likert del 1 al 5 siendo Nunca equivalente a uno y Siempre es cinco.

Objetivo: El cuestionario, parte fundamental de la investigación que tuvo por finalidad obtener información de cuál fue el nivel del funcionamiento familiar a través de sus dimensiones cohesión y adaptabilidad familiar en los pacientes del centro de salud Ermitaño bajo. Del ministerio de salud- Independencia, 2020.

Descripción: Está compuesta por 20 ítems para lo percibido y 20 ítems para lo ideal con una escala de respuesta Likert del 1 al 5 siendo Nunca equivalente a uno y Siempre es cinco. Asimismo, el encuestado solo debe marcar una alternativa, poniendo un aspa y si marca más de una alternativa se invalida el ítem.

Estructura: Las dimensiones que evalúa la Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III) son las siguientes:

- Cohesión familiar: 10 ítems (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19)
- Adaptabilidad familiar: 10 ítems (2, 4,6, 8,10, 12, 14, 16, 18, 20)

B) Escala de Depresión de Zung

Autor: La escala para la auto-medición de la depresión (EAMD) fue diseñada por el Dr. Zung W. y está destinada a medir cuantitativamente la depresión.

Fue publicada por primera vez en 1965, en una serie de informes sobre pacientes deprimidos y con otros desórdenes emocionales durante las diferentes etapas de la vida, incluida la adolescencia.

Adaptación: Fue adaptada y estandarizada para nuestra realidad por Novara J, Sotillo C, Warthon D. en 1985. ³⁴

Administración: El uso de la escala aplicada en cualquier clase de pacientes que manifiesten síntomas físicos sin base orgánica aparente, puede descubrir y medir las llamadas "depresiones ocultas", economizando tiempo valioso en la clínica y varias sesiones de entrevistas de estudio. Los estudios estadísticos realizados indican que las mediciones obtenidas de esta manera, pueden correlacionarse de forma segura con otras escalas de medición de la depresión que requieren más tiempo y que están en uso actualmente. Novara J., Sotillo C., Warthon D. en el 1985 con su trabajo de investigación en población de Lima metropolitana obtuvo un alfa

de Cronbach de 0.75; concluyendo que este instrumento tiene una validez satisfactoria y es útil para los propósitos para lo que fue elaborada.

Ítems: Consta de 20 ítems que indican las 4 características más comunes de la depresión:

- El efecto dominante,
- Los equivalentes fisiológicos,
- Otras perturbaciones, y
- Las actividades psicomotoras.

Calificación de Escala de Zung: el rango de evaluación es de 20-80 puntos

Normal o ausencia de depresión : 25-49

Depresión leve : 50-59

Depresión moderada : 60-69

Depresión severa : 70 o más

Hernández (2010) menciona que “es un conjunto de preguntas que se añaden a alguna variable de la cual se pretende medir. Tiene que ser congruente con los objetivos con el problema y las hipótesis”.

3.7. Métodos de análisis de datos

En la investigación realizada, los procedimientos de análisis de datos se llevaron a cabo conforme se detallan a continuación:

- Para la investigación realizada se utilizaron las técnicas de recolección de datos basadas en el uso las escalas de medición para medir las variables funcionalidad familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020.
- Primero, se tramitó la solicitud al Director del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud
- Posteriormente se presentó el consentimiento informado a los pacientes que concurren al Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud Independencia.

- Previa a la recolección de los datos se informó a los pacientes que concurrían al Centro de Salud el objetivo de la investigación, evaluando a los pacientes que deseen participar voluntariamente.
- Seguidamente, se elaboraron la base de datos en el programa Microsoft Excel 2013, posteriormente se procedió a importarlo a SPSS versión 23 con el cual se obtuvieron las medidas de tendencia central y dispersión (media, varianza, desviación estándar, error estándar, etc.) del estudio.
- Asimismo, se evaluó la normalidad de las muestras utilizando la prueba de Kolmogorov - Smirnov, con ella se determinó las pruebas estadísticas que se usaron para obtener los objetivos del estudio. Se utilizó para identificar las diferencias significativas de la autoeficacia y agresión según sexo y edad la U de Man Whitney y la T de Student, así mismo para las identificar las relaciones significativas se utilizaron la rho de Spearman.
- Para evaluar las propiedades psicométricas de ambos instrumentos de medición con la Escala de cohesión y adaptabilidad familiar FACES III y la Escala de Depresión de Zung, se utilizó los estadísticos Alpha de Cronbach para la confiabilidad por consistencia interna ítem test. Finalmente, para identificar la validez de contenido se utilizó el criterio de expertos y la V de Akien.

3.8. Aspectos éticos.

Para la ejecución de la presente investigación se tuvieron en cuenta los principios éticos que están establecidos por la APA que norman toda investigación científica, principios que se van a tener en cuenta en todo el proceso, tales como la protección a las personas que participen como muestra de estudio, de todo daño respetando sus derechos fundamentales, velando por el bienestar de todo participante del estudio, con respeto y justicia, la actuación como investigadoras fueron con los principios éticos, axiológicos y deontológicos contenidos en el código de ética profesional del Psicólogo Peruano, Así como con lo establecido por la Ley del Ejercicio Profesional del Psicólogo Peruano, para lo cual se tuvo presente el asentimiento informado de cada participante del estudio.

Asimismo, se han considerado para el estudio realizado, los principios éticos que se encuentran señalados en el código de ética de investigación de la Universidad Privada TELESUP, considerando el compromiso de autenticidad que tendrá la firma respectiva donde se asume la responsabilidad administrativa y legal de ser las autoras de la presente investigación. Así como el compromiso de observar del anti plagio y anti similitudes.

IV. RESULTADOS

4.1. Descripción de la Muestra

Tabla 1.

Descripción por edad de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia

	Frecuencia	Porcentaje
13 a 22 años	10	8,3
23 a 32 años	24	20,0
33 a 42 años	27	22,5
43 a 52 años	22	18,3
53 a 62 años	26	21,7
63 a 72 años	11	9,2
Total	120	100,0

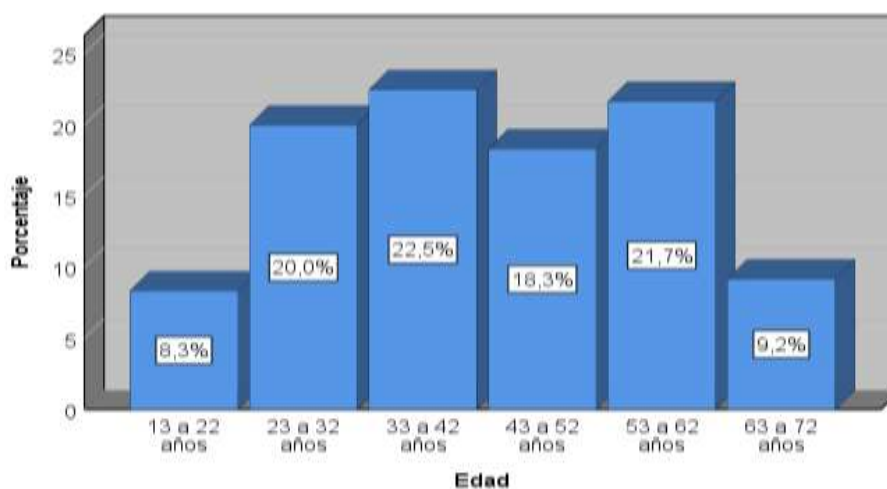


Figura 1. Edades de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia

Como se describe en la tabla 1 y figura 1, la mayor parte de pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, que conforman la muestra tienen entre 33 y 42 años (22,5%), seguido de aquellos que tienen entre 53 y 62 años (21,7%). Por otro lado, en menor proporción se encuentran los que tienen entre 13 y 22 años (8,3%) y los que tienen entre 63 y 72 años (9,2%).

Tabla 2.

Descripción por sexo de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud – Independencia

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	71	59,2
Femenino	49	40,8
Total	120	100,0

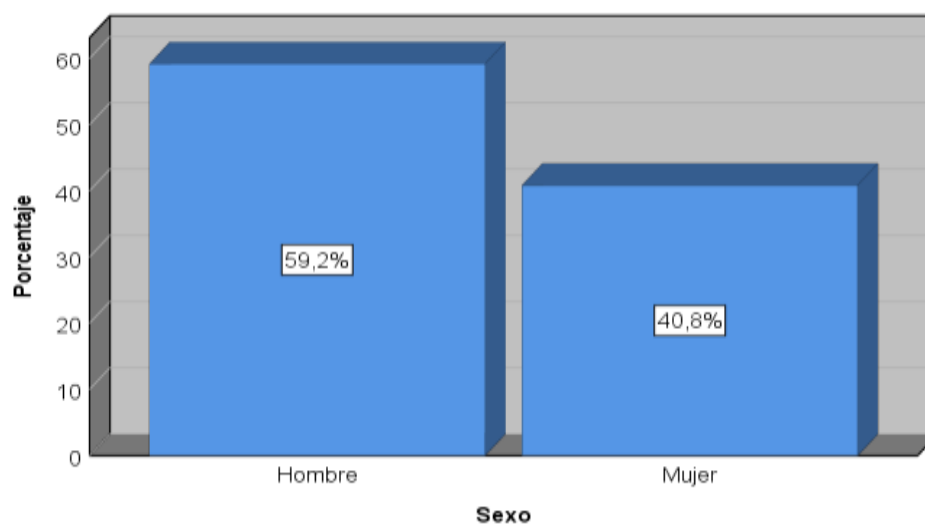


Figura 2. Pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia según sexo

En la tabla 2 y figura 2, se tiene que la mayor parte de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, que participaron en el estudio son del sexo masculino (59,2%). El 40,8% son del sexo femenino.

Tabla 3.

Descripción por ocupación de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud – Independencia

	Frecuencia	Porcentaje
Profesionales	18	15,0
Técnicos	33	27,5
Empleados u obreros	69	57,5
Total	120	100,0

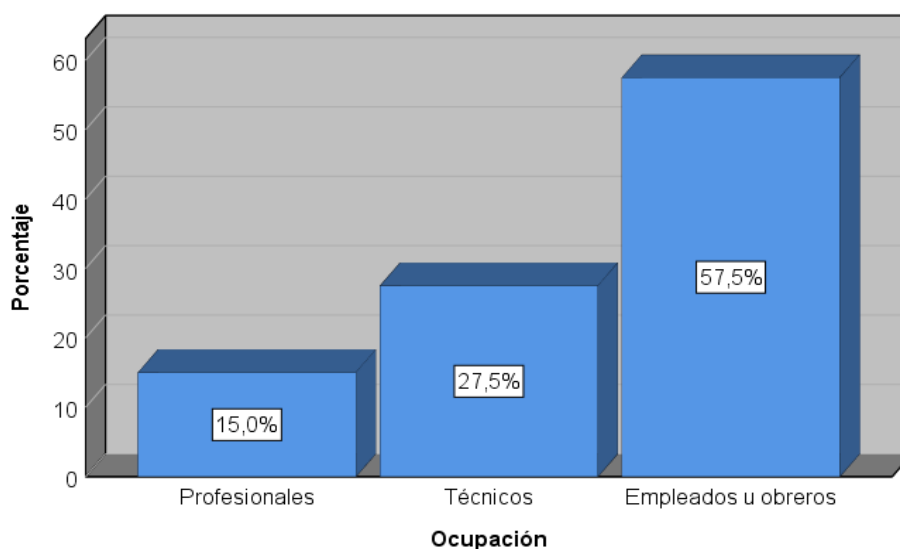


Figura 3. Pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia según ocupación

En la tabla 3 y figura 3, se tiene que la mayor parte de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, que participaron en el estudio se ocupan como empleados u obreros (57,5%). Los que tienen la ocupación técnica hacen el 27,5% mientras que solo el 15% son profesionales.

Tabla 4.

Descripción por estado civil de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud – Independencia

	Frecuencia	Porcentaje
Solteros	54	45,0
Casados	28	23,3
Convivientes	38	31,7
Total	120	100,0

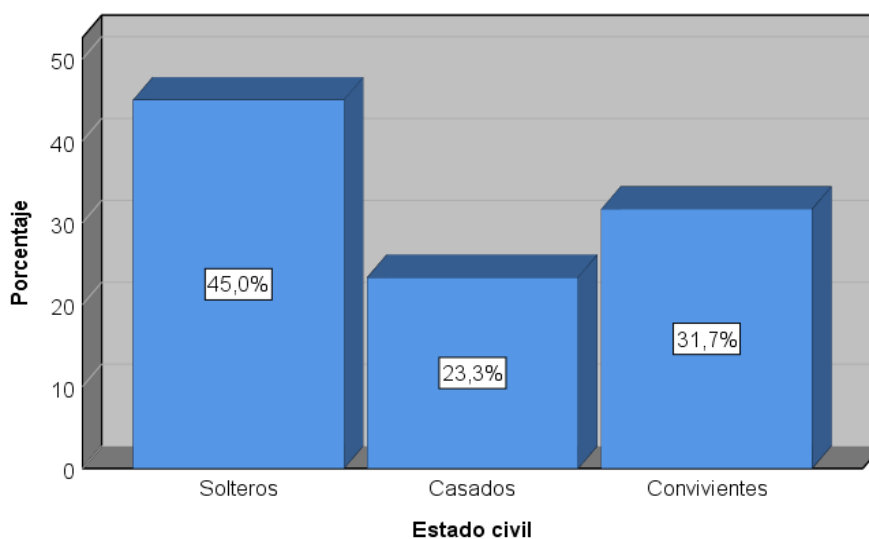


Figura 4. Pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia según ocupación

En la tabla 4 y figura 4, se tiene que la mayor parte de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, que participaron en el estudio son solteros 45%, mientras que el 31,7% son convivientes. Solo el 23,3% son casados.

4.2. Descripción de las variables

Tabla 5.

Funcionalidad familiar en los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud – Independencia

	Frecuencia	Porcentaje
Extrema	77	64,2
Rango medio	27	22,5
Balanceado	16	13,3
Total	120	100,0

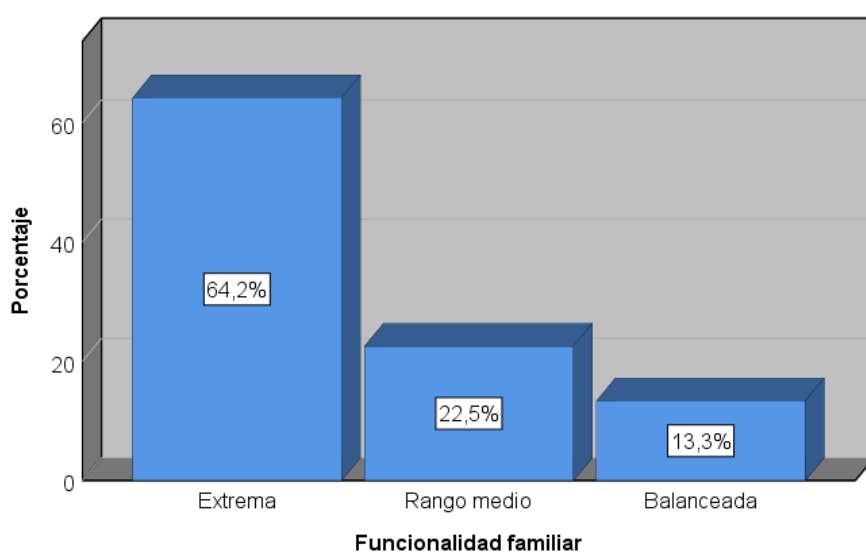


Figura 5. Funcionalidad familiar de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia

En la tabla 5 y figura 5, se tiene el nivel de funcionalidad familiar que presentan los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia. La mayoría refiere tener un nivel de funcionalidad extremo (64,2%). Asimismo, se observó que el 13,3% de pacientes refieren que su nivel de funcionalidad familiar es balanceado; y el 22,5%, que el nivel de funcionalidad su familia es de rango medio.

Tabla 6.

Cohesión familiar de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia

	Frecuencia	Porcentaje
Desligada	65	54,2
Separada	20	16,7
Conectada	18	15,0
Aglutinada	17	14,2
Total	120	100,0

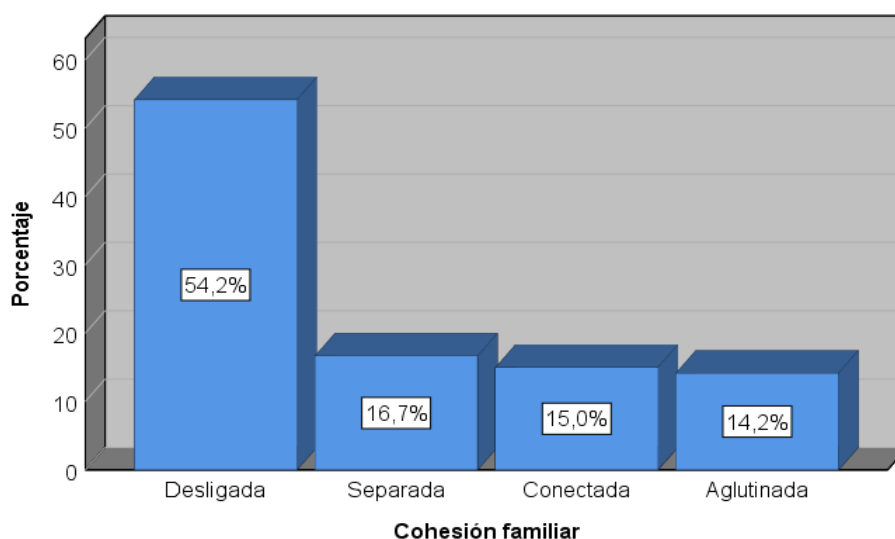


Figura 6. Nivel de cohesión familiar de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia

En la tabla 6 y figura 6, se tiene el nivel de cohesión familiar que presentan los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia. La mayoría refiere tener cohesión familiar desligada (54.2%). Asimismo, se observó que el 16,7% de pacientes manifiestan que es separada; el 15,0% que es conectada y que el 14.2% es aglutinada.

Tabla 7.

Adaptabilidad familiar de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud – Independencia

	Frecuencia	Porcentaje
Rígida	51	42,5
Estructurada	9	7,5
Flexible	12	10,0
Caótica	48	40,0
Total	120	100,0

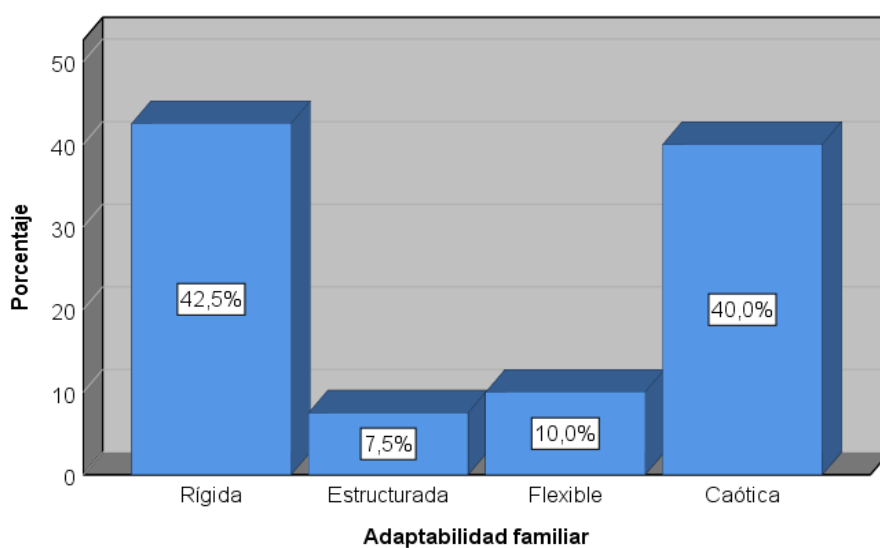


Figura 7. Adaptabilidad familiar de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia

En la tabla 7 y figura 7, se tiene el nivel de adaptabilidad familiar que presentan los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia. La mayoría refiere tener adaptabilidad familiar rígida (42,5%) y caótica (40%). Asimismo, se observó que el 7,5% los pacientes manifiestan que es estructurada; y el 10,0% que es flexible.

Tabla 8.

Depresión en los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia

	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	40	33,3
Depresión leve	45	37,5
Depresión moderada	35	29,2
Total	120	100,0

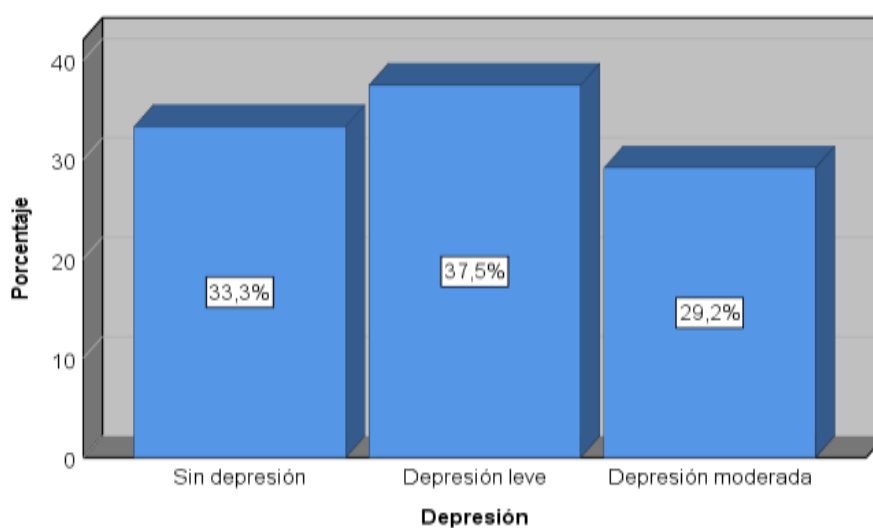


Figura 8. Depresión en los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud – Independencia.

En la tabla 8 y figura 8, se tiene el nivel de depresión que presentan los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia. La mayoría refiere tener depresión leve (37,5%). Mientras un 33,3 refieren no tener depresión. También se observa que el 29,2% presentan depresión moderado.

4.3. Comprobación de hipótesis

Comprobación de la hipótesis general

H0: No existe relación entre la funcionalidad familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020.

H: Existe relación entre la funcionalidad familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020.

Tabla 9.

Funcionalidad familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020

		Depresión			Total	
		Sin depresión	Depresión leve	Depresión moderada		
Funcionalidad familiar	Extrema	N	8	38	31	77
		%	10,4%	49,4%	40,3%	100,0%
	Rango medio	N	20	4	3	27
		%	74,1%	14,8%	11,1%	100,0%
	Balanceada	N	12	3	1	16
		%	75,0%	18,8%	6,3%	100,0%
Total		N	40	45	35	120
		%	33,3%	37,5%	29,2%	100,0%

$X^2=51,174$; $p=0,000<0,05$; $CC=0,547=55\%$

En la tabla 9 se observa que existe relación significativa moderada entre funcionalidad familiar y depresión ($X^2=51,174$; $p=0,000<0,05$; $CC=0,547=55\%$). La mayoría de pacientes que presentan una funcionalidad extrema también presentan depresión leve (49,4%) o depresión moderada (40,3%). Por otro lado, la mayoría de pacientes que presentan una funcionalidad familiar de rango medio (74,1%) o balanceada (75%) resultan sin depresión. Asimismo, el coeficiente de contingencia señala que la relación entre las variables funcionalidad familiar y depresión es del 55%. De acuerdo con este resultado se procede a rechazar la hipótesis nula; es decir que existe relación entre la funcionalidad familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020.

Comprobación de la hipótesis específica 1

H0: No existe la relación entre cohesión familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020.

H: Existe la relación entre cohesión familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020.

Tabla 10.

Cohesión familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020

			Depresión			Total
			Sin depresión	Depresión leve	Depresión moderada	
Cohesión familiar	Desligada	N	9	37	19	65
		%	13,8%	56,9%	29,2%	100,0%
	Separada	N	16	2	2	20
		%	80,0%	10,0%	10,0%	100,0%
	Conectada	N	13	3	2	18
		%	72,2%	16,7%	11,1%	100,0%
	Aglutinada	N	2	3	12	17
		%	11,8%	17,6%	70,6%	100,0%
	Total	N	40	45	35	120
		%	33,3%	37,5%	29,2%	100,0%

$X^2=59,985$; $p=0,000<0,05$; $CC=0,577=58\%$

En la tabla 10, se observa que existe relación y significativa entre cohesión familiar y depresión ($X^2=59,985$; $p=0,000<0,05$; $CC=0,577=58\%$). La mayoría de pacientes que presentan una familia desligada también presentan depresión leve (56,9%). Por otro lado, la mayoría de pacientes que presentan una familia separada (80%) o conectada (72,2%) resultan sin depresión. Sin embargo, la mayoría de pacientes que presentan una familia aglutinada también presentan depresión moderada (70,6%). Asimismo, el coeficiente de contingencia señala que la relación entre cohesión familiar y depresión es del 58%. De acuerdo con este resultado se procede a rechazar la hipótesis nula; es decir que existe relación entre cohesión familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020.

Comprobación de la hipótesis específica 2

H0: No existe la relación entre adaptabilidad familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020.

H: Existe relación entre adaptabilidad familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020.

Tabla 11.

Adaptabilidad familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020

		Depresión			Total	
		Sin depresión	Depresión leve	Depresión moderada		
Adaptabilidad familiar	Rígida	N	4	34	13	51
		%	7,8%	66,7%	25,5%	100,0%
	Estructurada	N	6	2	1	9
		%	66,7%	22,2%	11,1%	100,0%
	Flexible	N	9	3	0	12
		%	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
	Caótica	N	21	6	21	48
		%	43,8%	12,5%	43,8%	100,0%
	Total	N	40	45	35	120
		%	33,3%	37,5%	29,2%	100,0%

$X^2=49,626$; $p=0,000<0,05$; $CC=0,541=54\%$

En la tabla 11 se observa que existe relación y significativa entre adaptabilidad familiar y depresión ($X^2=49,626$; $p=0,000<0,05$; $CC=0,541=54\%$). La mayoría de pacientes que presentan una familia rígida también presentan depresión leve (66,7%). Por otro lado, la mayoría de pacientes que presentan una familia estructurada (66,7%) o flexible (75%) resultan sin depresión. Sin embargo, la mayoría de pacientes que presenta una familia caótica también presentan depresión moderada (43,8%). Asimismo, el coeficiente de contingencia señala que la relación entre adaptabilidad familiar y depresión es del 54%. De acuerdo con este resultado se procede a rechazar la hipótesis nula; es decir que existe relación entre adaptabilidad familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020.

V. DISCUSIÓN

5.1. Análisis de discusión de resultados.

El presente estudio tuvo como objetivo demostrar la relación entre la funcionalidad familiar y depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020. A continuación, se discuten los principales hallazgos, habiéndose comparado con los antecedentes nacionales e internacionales citados y analizados de acuerdo con las teorías vigentes que sostienen el tema de investigación.

En ese sentido, para la hipótesis general, se halló que existe correlación directa, significativa y moderada de nivel medio entre funcionalidad familiar y depresión ($X^2= 51,174$; $p=0,000 < 0,05$; $CC=0,547=55\%$). en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020. Siendo esta relación del 55%, resultados que se asemejan a los estudios realizados por Chuquiyaury (2018), en su tesis de Licenciatura en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de título "Funcionalidad familiar y depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018" cuyo objetivo de la investigación fue determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari – Huánuco 2018, que concluyó que, existe una relación significativa alta entre la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes con tuberculosis pulmonar, según la correlación de Spearman de 0.720 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01.

A nivel específico, al contrastar la hipótesis específica 01, se observa en la tabla 10 que, existe relación y significativa de nivel medio entre cohesión familiar y depresión ($X^2=59,985$; $p=0,000<0,05$; $CC=0,577=58\%$) en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud – Independencia, 2020. Es decir, en la mayoría de pacientes que presentan una familia desligada también presentan depresión leve (56,9%). Por otro lado, la mayoría de pacientes que presenta una familia separada (80%) o conectada

(72,2%) resultan sin depresión. Sin embargo, la mayoría de pacientes que presentan una familia aglutinada también presentan depresión moderada (70,6%). Es decir, la relación entre cohesión familiar y depresión es del 58%. Resultados que concuerdan con los estudios realizados por Martínez, Guzmán, Flores y Vásquez (2014), en su investigación titulada "Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar". México, tuvo como objetivo identificar los factores que favorecen el apego al tratamiento de la tuberculosis pulmonar; llegando a las conclusiones que; el 92,2% refirió afectación en su vida personal después del diagnóstico de tuberculosis pulmonar; de los pacientes que abandonaron el tratamiento 75,0% presentó algún grado de disfunción familiar; llegando a la conclusión de que se observaron niveles altos de disfuncionalidad familiar y rechazo social en los pacientes con abandono al tratamiento que aquellos con diagnóstico de curación; siendo el fundamento teórico lo sostenido por Ramírez (2004) quien considera a la unión entre los miembros familiares que proveen de un sentido de unidad y pertenencia familiar a través de la internalización del respeto, amor, interés de uno por otro, compartir valores y creencias. Esto les permite desarrollar vínculos emocionales necesarios para la sobrevivencia del sistema. Asimismo, el fundamento teórico de Cango (2013). quien afirma que, cuando la cohesión es estrecha, se favorece la identificación física y emocional y el establecimiento de sólidos vínculos y un fuerte sentimiento de pertenencia con el grupo familiar en su conjunto.

Respecto a la hipótesis específica 02, de la investigación, se observa en la tabla 11, que existe correlación directa, significativa y de nivel medio entre adaptabilidad familiar y depresión ($X^2=49,626$; $p=0,000<0,05$; $CC=0,541 =54\%$) en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020, siendo esta relación debido a que la mayoría de pacientes que presenta una familia rígida también presentan depresión leve (66,7%). Por otro lado, la mayoría de pacientes que presentan una familia estructurada (66,7%) o flexible el (75%) resultan sin depresión. Sin embargo, la mayoría de pacientes que presenta una familia caótica también presentan depresión moderada (43,8%) y el coeficiente de contingencia señala que la relación entre adaptabilidad familiar y depresión es del 54%. Resultados que concuerdan con los estudios realizados por Martínez, Guzmán, Flores y Vásquez (2014), en

su investigación titulada “Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar”. México, tuvo como objetivo identificar los factores que favorecen el apego al tratamiento de la tuberculosis pulmonar siendo las conclusiones que; de los pacientes que abandonaron el tratamiento 75,0% presentó algún grado de disfunción familiar; siendo otra conclusión de que se observaron niveles altos de disfuncionalidad familiar y rechazo social en los pacientes con abandono al tratamiento que aquellos con diagnóstico de curación; siendo el fundamento teórico. Siendo el soporte teórico manifestado por Zaldívar (2006) al sostener acerca de la flexibilidad o capacidad de la familia para adoptar o cambiar sus reglas o normas de funcionamiento, roles, etc. Ante la necesidad de tener que enfrentar determinados cambios, dificultades, crisis o conflictos por los que puede atravesar la misma en un momento dado. La no presencia de esta flexibilidad impide a la familia hacer un uso adecuado de sus recursos, lo que provoca un aferramiento a esquemas, normas, roles, actitudes, que resultan poco funcionales y dificultan encontrar una solución viable a la situación familiar problemática.

VI. CONCLUSIONES

De acuerdo a los hallazgos de esta investigación, se concluye lo siguiente:

- Primera:** Que, existe correlación directa, significativa y moderada entre la funcionalidad familiar y depresión ($X^2= 51,174$; $p=0,000 < 0,05$; $CC=0,547=55\%$). en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020. Siendo esta relación del 55%.
- Segunda:** Que, existe correlación directa, significativa y moderada entre la dimensión cohesión existe relación y significativa de nivel medio y depresión ($X^2=59,985$; $p=0,000<0,05$; $CC=0,577=58\%$) en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud – Independencia, 2020, siendo esta relación del 58%.
- Tercera:** Que, existe correlación directa, significativa y moderada y de nivel medio entre adaptabilidad familiar y depresión ($X^2=49,626$; $p=0,000<0,05$; $CC=0,541 =54\%$) en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud - Independencia, 2020, siendo esta relación del 54%.

VII. RECOMENDACIONES

- Primera:** Que el Jefe del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud – Independencia, en coordinación con la oficina de psicología planifiquen y ejecuten seminarios/talleres dirigidos a familiares y pacientes de los programas de tuberculosis del referido centro de salud en temas de funcionalidad familiar, estrategias de manejo de emociones, manejo y control de conductas depresivas en el ambiente familiar y social, así como motivarlos para que participen en talleres ocupacionales para control de estados depresivos.
- Segunda:** Que, el Jefe del Centro de Salud en investigación, con las áreas de psicología y trabajo social implementen actividades en horas laborales para fortalecer la dimensión cohesión familiar, en los pacientes y familiares de los programas de tuberculosis del centro salud en estudio, donde ellos mismos puedan ir desarrollando habilidades de comunicación y relaciones intra e interpersonales y así puedan ir fortaleciendo su personalidad, lo que facilitará el desarrollo de habilidades de resiliencia como la satisfacción personal, ecuanimidad, el sentirse bien solo. La confianza en sí mismo y la perseverancia.
- Tercera:** Que, el Jefe del Centro de Salud Ermitaño Bajo del Ministerio de Salud – Independencia con el área de psicología pueda implementar y mejorar seminarios/talleres y actividades para los pacientes del referido centro de salud que coadyuven a mejorar la dimensión adaptabilidad familiar, se promueva la práctica de valores interpersonales, con participación de médicos tratantes, enfermeras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L. R. (1996). *Test Psicológicos y Evaluación*. México: Pretince Hall.
- Aliaga, T. J. (s.f.). *Psicometría: Test psicométricos. Confiabilidad y Validez*. Recuperado de <http://datateca.unad.edu.co/contenidos/401517/1U2LibroEAPAliaga.pdf>
- Almudena García, A. (2016). La depresión en Adolescentes. *La salud mental de las personas Jóvenes: Revista de estudios de juventud*, 83.
- Álvaro, J., Garrido, A., & Schweiger, I. (2010). Causas Sociales de la depresión. *Revista internacional de Sociología*, 68(2), 333-348. doi: 10.3989/ris. 2008.06.08
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Test Psicológicos*. México: Pretince Hall.
- Arce N. (2017). *Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en las unidades de salud de los Cantones Machala, Pasaje y Guabo, El Oro 2016*. Tesis para optar el título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad de Loja. Loja – Ecuador.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual de Diganostico y estadístico de los trastornos mentales V* (5ta ed). España: Masson.
- Balcázar L, Ramírez Y, Rodríguez M. (2015). *Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis*. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2015; 20(1): 135 – 143.
- Berntsso E, Escoboso Y.(2013) Lo que significa Aceptarse a uno mismo [sede Web]. España: Aumentando mi autoestima; 2013 [acceso 28 de enero de2018].[Internet]. Available from.[http:// www.aumentando miautoestima.com/blog/ ¿que-significa- aceptarse-a-uno-mismo/](http://www.aumentando miautoestima.com/blog/¿que-significa-aceptarse-a-uno-mismo/)
- Berntsso E, Escoboso Y.(2013) Lo que significa Aceptarse a uno mismo [sede Web]. España: Aumentando mi autoestima; 2013 [acceso 28 de enero de2018].[Internet]. Available from.[http:// www.aumentando miautoestima.com/blog/ ¿que-significa- aceptarse-a-uno-mismo/](http://www.aumentando miautoestima.com/blog/¿que-significa-aceptarse-a-uno-mismo/)

- Brown, G. F. (2000). *Principios de la medición en psicología y educación*. México: El Manual Moderno.
- Camacho, S. (2002). Relación entre la percepción del tipo de familia y los valores interpersonales en adolescentes de cuarto y quinto grado de secundaria de Lima-Cercado. Tesis para optar por el Grado Académico de Magíster en Psicología, mención: Psicología Educativa. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Cango, Y. (2013) Las adicciones y funcionalidad familiar de los habitantes de la parroquia Gonzanamá Año 2012. [Tesis]: Carrera de Psicología educativa y orientación. Universidad Nacional de Loja, Ecuador.
- Carrasco, S. (2005). *Metodología de la investigación científica* (1 ed.). San Marcos.
- Córdova J. (2015). Depresión y soporte social en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana, Juliaca 2015. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Peruana Unión. Lima – Perú.
- Coronado M (2018). *Nivel de depresión y funcionamiento familiar en pacientes diabéticos con complicaciones crónicas. Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa – 2018*. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Universidad Católica de Santa Marta. Arequipa – Perú.
- Chuquiyauri (2018). En su Tesis de Licenciatura en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de título "Funcionalidad familiar y depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018
- Damián, Escudero y Ventocilla (2017), en su Tesis de Licenciatura titulada Resiliencia y Funcionalidad Familiar en Escolares del Nivel Secundaria de la Institución Educativa Pública "Peruano Suizo", Comas.
- Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (julio de 2002). *La depresión desde la perspectiva Cognitivo Conductual. Revista de terapia Cognitivo conductual* (3).

- Educacion, M. d. (25 de febrero de 2013). Minedu.gob.pe. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/376444561/Guia-Buena-Acogida>
- Escamilla S. (2018) El sentido de competencia personal [sede Web]. México: Mi Autoestima; 2013 [acceso 28 de enero de 2018]. [Internet]. Available from: www.miautoestima.com/autoestimainoscompetencia-personal/
- Galarza, C (2012). *Relación entre Habilidades Sociales y Clima Social Familiar de los adolescentes de la Institución Educativa Fe y Alegría*. (Tesis de Licenciatura. Universidad de San Marcos), Lima, Perú. Recuperado de [http://www.resiliencia.cl/investig/Tesis\(Belloni-Villalobos\).pdf](http://www.resiliencia.cl/investig/Tesis(Belloni-Villalobos).pdf)
- Gonzales, D. (2014). La musicoterapia como herramienta para reducir el nivel de depresión en adultos mayores deprimidos e institucionalizados en un hogar de ancianos privado en la ciudad de Guatemala. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Rafael Landívar. Guatemala
- Hernández. Fernández, C. Baptista, P (2014) Metodología de la Investigación. México. Mc Graw Hill/ Interamericanos S.A.
- Hendrien (2017). Cohesión familiar, adaptabilidad y su incidencia en la resiliencia de adolescentes [Tesis de maestría]. México: Universidad de Morelos. Facultad de Psicología; 2015 [citado 3 de setiembre del 2017]. Disponible en: <http://dspace.biblioteca.um.edu.mx/xmlui/handle/20.500.11972/320>,
- Huarcaya, G. (2011). La familia peruana en el contexto global. Impacto de la estructura familiar y la natalidad en la economía y el mercado. (Tesis de pregrado) Universidad de Piura, Perú. Recuperado el 18 de octubre de 2017, de https://pirhua.udpe.edu.pe/bitstream/handle/11042/1642/La_familia_peruana_en_el_contexto_global.pdf?sequence=1
- Huerta, R. (1999). Influencia de la familia y/o pares hacia el consumo de alcohol y la percepción de violencia en adolescentes de condición socioeconómico bajo. (Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú). Recuperado el 08 de octubre de 2017,

- López F, Limón F.(2013) Componentes del proceso de resiliencia comunitaria: conocimientos culturales, capacidades sociales y estrategias organizativas. Revista Latinoamericana de ciencia psicológica [revista en Internet] 2016 [acceso 15 de febrero de 2018]; 9(3):[1-13]. Available from: http://www.psiencia.org/psiencia/9/3/61/PSIENCIA_Revista-Latinoamericana-de-Ciencia-Psicologica_9-3_ManyariLopez.pdf
- MINSA (2005). Informe del componente: Modelo de atención integral del adolescente, Perú.
- Ministerio de Salud. (2006) Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Norma Técnica de salud para el Control de la tuberculosis. 1 ed. Edición Perú: MINSA.
- Minuchin S. (2001). Familias y terapia familiar 10ma Edición. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. & Fishman, H. C. (1986). Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1977). Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa.
- Nichols, W. y Everett, C. (1986). "Systemic Family Therapy". New York: The Guilford Press.
- Ojeda M. (2016) *Factores de riesgo, protectores y funcionalidad familiar en pacientes sintomáticos respiratorios para presentar tuberculosis pulmonar, Arcapamba-Huertas, 2016*. Tesis para optar el título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad Nacional de Loja: Loja – Ecuador
- Olson D. (2003) Inventarios sobre familia. Instrumentos para medir funcionalidad familiar FACES III y calidad de vida, formatos para adultos y para adolescentes. Bogotá: Guadecón.
- Olson, D., Russell, C. & Sprenkle, D. (1989). Circumplex Model: Systemic Assesment and Treatment of families. New York: Haworth Pres. Olson, D., Sprenkle, D. & Russell, C. (1979). Modelo Circumplejo de los sistemas

matrimoniales y familiares: I. Cohesión y dimensiones adaptabilidad, tipos de familia y sus aplicaciones clínicas. *Family Process*, 18(1), 3-28

Olson, D., Sprenkle, D. & Russell, C. (1979). Modelo Circumplejo de los sistemas matrimoniales y familiares: I. Cohesión y dimensiones adaptabilidad, tipos de familia y sus aplicaciones clínicas. *Family Process*, 18(1), 3-28.

OMS (2017). Tuberculosis. Organización Mundial de la Salud

OMS. (2018) Salud Familiar y Comunitaria. Organización Mundial de la Salud

Ortega. A, Fernández, A. y Osorio, M. (2003). Funcionamiento familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. *Revista Cubana Médica General Integral*; 19

Palacios y Sánchez (2016). Funcionamiento familiar y resiliencia en alumnos de 2º a 5º de secundaria de una institución educativa pública de Lima-Este, 2015. [Tesis doctoral]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2016 [citado 3 de setiembre del 2017]. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/139>.

Paz, S. & Aymat, A. C. (2007). Problemas en el Desempeño Escolar y su relación con el Funcionalismo Familiar en Alumnos de EGB 1. *Revista de la Facultad de medicina. México. D. F. Vol. 8 – No. 1*

Pino, A., Belenchón, M., Sierra, P. y Lorenzo, A. (2008). Trastorno bipolar y psicoeducación: Desarrollo de un programa para clínicos. San Vicente: Club Universitario.

Puertas y Nagua (2017). Relación entre funcionalidad familiar y estrés en adolescentes del bachillerato .Zona 7, Ecuador 2016 - 2017; [Tesis de grado]. Loja, Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2017 [citado 3 de setiembre del 2017]. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/18257>

Quinto N (2017). *Funcionalidad familiar según percepción del paciente que asiste al Programa de Control de Tuberculosis del Centro de Salud Collique III,*

- Comas 2017. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad César Vallejo. Lima – Perú.
- Quiroz C. (2017). *Relación entre funcionalidad familiar y depresión en pacientes del Servicio Especializado de Protección Especial MIES. Portoviejo, 2016*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología. Universidad de Guayaquil. Guayaquil – Ecuador
- Quispe y Rodriguez (2015). En su Tesis de Licenciatura en la Universidad Peruana Unión, titulada Funcionamiento familiar y agresividad en estudiantes de 4° y 5° de secundaria de una I.E. Pública de Lima sur.
- Ramírez, M. (2004). Funcionalidad familiar en adolescentes de preparatoria (tesis de maestría, universidad autónoma de nueva León). Recuperado de:<http://eprints.uanl.mx/5481/1/1020149995.PDF>
- Reyes N. (2017). Vivencias de los jóvenes con tuberculosis pulmonar usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de tuberculosis, Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari – Amarilis, Huánuco 2017. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Huánuco – Perú.
- Riofrio, J. y Villegas, M. (2015). Adaptabilidad - Cohesión Familiar y Agresividad en la Convivencia Escolar en Adolescentes. *Revista Científica PAIAN*, 6(1) ,2313-3139. Recuperado <http://servicios..edu.pe/ojs/index.php/PAIAN/article/view/82>.
- Satir, V. (1972). Modelo de interacción familiar. Recuperado de: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan048238.pdf>
- Velezmoro (2018) En su Tesis de Maestría en Psicología Clínica “Cohesión familiar y resiliencia en adolescentes de una Institución Educativa Estatal de Trujillo”,
- UNESCO (2013). Análisis del clima escolar, ¿poderoso factor que explica el aprendizaje en América latina y el caribe? LLECE. Madrid: Santillana. Recuperado de unesdoc.unesco.org/images/0024/002430/243050S.pdf.
- Valderrama, S. (2013). Pasos para elaborar proyectos de investigación científica (Segunda edición). Lima: San Marcos

Zaldívar, D., (2004) Familia disfuncional y adolescencia. Disponible en:
<http://sinalefa1.wordpress.com/>

Zaldívar, D. (2006) "Funcionamiento Familiar Saludable". Fundación Salud Vida. p.
1. Cuba. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/ rehabilitación
temprana/funcionamiento_familiar.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitación_temprana/funcionamiento_familiar.pdf)

Zarragoita, I. (2011). Depresión Generalidades y particularidades. La Habana:
ECIMED

Zúñiga, A., Sandoval, M., Juárez, N., & Villaseñor, S. (2005). Los trastronos del
estado del ánimo. Revista Digital Unversitaria, 6(11), 1067-6079. Obtenido
de [http://www.revista.unam. mx/vol.6/num11/ art110/nov_ art 110.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art_110.pdf)

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación entre funcionalidad familiar y depresión en los pacientes con tuberculosis del centro de salud Ermitaño bajo del Ministerio de Salud- Independencia 2020.</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>¿Existe la relación entre la dimensión de cohesión familiar y depresión en los pacientes con tuberculosis del centro de salud Ermitaño bajo del Ministerio de Salud- Independencia 2020?</p> <p>¿Existe es la relación entre la adaptabilidad familiar y depresión en los pacientes con tuberculosis del centro de salud Ermitaño bajo del Ministerio de Salud- Independencia 2020?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Demostrar la relación entre funcionalidad familiar y depresión en los pacientes con tuberculosis del centro de salud Ermitaño bajo del Ministerio de Salud- Independencia 2020.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Determinar la relación entre la dimensión de cohesión familiar y depresión en los pacientes con tuberculosis del centro de salud Ermitaño bajo del Ministerio de Salud- Independencia 2020.</p> <p>Determinar la relación entre la adaptabilidad familiar y depresión en los pacientes con tuberculosis del centro de salud Ermitaño bajo del Ministerio de Salud- Independencia 2020.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>Existe la relación entre funcionalidad familiar y depresión en los pacientes con tuberculosis del centro de salud Ermitaño bajo del Ministerio de Salud- Independencia 2020.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICA</p> <p>Existe la relación entre la dimensión de cohesión familiar y depresión en los pacientes con tuberculosis del centro de salud Ermitaño bajo del Ministerio de Salud- Independencia 2020.</p> <p>Existe la relación entre la adaptabilidad familiar y depresión en los pacientes con tuberculosis del centro de salud Ermitaño bajo del Ministerio de Salud- Independencia 2020.</p>	<p>La investigación que se va a realizar será con las siguientes variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcionalidad familiar • Depresión 	<p>Tipo: Básica.</p> <p>Nivel: Descriptiva Correlacional</p> <p>El diseño: No experimental</p> <p>Población y muestra</p> <p>Conformada 120 pacientes con tuberculosis del centro de salud Ermitaño bajo del Ministerio de Salud- Independencia 2020.</p> <p>La muestra</p> <p>Fue de 120 Pacientes.</p> <p>El muestreo:</p> <p>No probabilístico por conveniencia, por conocerse que la problemática existe en los pacientes del centro referidos.</p>

Anexo 2: Matriz de operacionalización

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	Cohesión Familiar	Lazos emocionales	11, 19	Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad FACES III
		Límites familiares	5 y 7	
		Tiempo y amigos	3,9	
		Intereses comunes y recreación	13, 15	
	Coalición	1, 17		
	Adaptabilidad Familiar	Liderazgo	6, 18	
		Control	2 y 12	
		Disciplina	4, 10	
		Roles y reglas	8,14, 16, 20	

DEPRESIÓN

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
Depresión	Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso • Estreñimiento • Mente despejada • Confianza en el futuro • Decisiones 	5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 18
	Afectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Llorar • Tranquilidad por las mañanas • Nerviosismo • Vida satisfecha • Depresión • Utilidad en mi persona 	1, 2, 3, 4, 16, 17 19, 20
	Conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Cansancio sin motivo • Como igual que antes • Problemas para dormir • Actividades cotidianas • Irritabilidad • Presión cardiovascular • Relaciones interpersonales • Estilos de vida 	12, 13, 14, 15,

Anexo 3. Instrumentos

Faces III

Edad: Sexo: V () M () Grado: Sección:

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 usted entrará cinco posibilidades de respuesta para cada pregunta. Le pediremos a usted que se sirva a leer con detenimiento cada una de las proposiciones y contestar a ellas sinceramente marcando con un aspa (X) la alternativa **QUE SEGÚN USTED REFLEJA CÓMO VIVE O DESCRIBA MEJOR A SU FAMILIA.**

Pase a las siguientes afirmaciones y responda:

1	2	3	4	5
Casi nunca	Una que otra vez	A veces	Con frecuencia	Casi siempre

1	Los miembros de la familia se piden ayudan unos a otros	1	2	3	4	5
2	En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos	1	2	3	4	5
3	Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene	1	2	3	4	5
4	Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina	1	2	3	4	5
5	Nos gusta hacer cosas solo con nuestra familia más cercana	1	2	3	4	5
6	Diferentes personas de la familia actúan en ella como líderes.	1	2	3	4	5
7	Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que a personas externas a la familia	1	2	3	4	5
8	En nuestra familia hacemos cambios en la forma de ejecutar los quehaceres	1	2	3	4	5
9	A los miembros de la familia les gusta pasar juntos su tiempo libre	1	2	3	4	5
10	Padre(s) e hijos discuten juntos las sanciones.	1	2	3	4	5
11	Los miembros de la familia se sienten muy cerca uno del otro.	1	2	3	4	5
12	Los hijos toman las decisiones en la familia	1	2	3	4	5
13	Cuando en nuestra familia compartimos actividades, todos estamos presentes.	1	2	3	4	5
14	Las reglas cambian en nuestra familia	1	2	3	4	5
15	Fácilmente se nos ocurren las cosas que podamos hacer en familia	1	2	3	4	5
16	Nos turnamos las responsabilidades de la casa	1	2	3	4	5
17	Los miembros de la familia se consultan entre sí sus decisiones	1	2	3	4	5
18	Es difícil identificar quién es o quiénes son los líderes en nuestra familia	1	2	3	4	5
19	La unión familiar es muy importante.	1	2	3	4	5
20	Es difícil decidir quien se encarga de cuáles labores del hogar	1	2	3	4	5

Fecha: ---/---/---

ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG

Título de la Investigación: “Funcionalidad familiar y su relación con la depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018”

Instrucciones: Estimado (a) Sr(a) (ita), el presente test forma parte de un estudio encaminado a obtener información respecto a la depresión en los pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden a este establecimiento de salud; por lo que a continuación se presenta una serie de enunciados que usted deberá leer con atención y marcar con un aspa (X) dentro del casillero según la respuesta que mejor se adapte a lo que usted ha estado sintiendo o experimentando en los últimos días.

N°	ÍTEMS	Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1	Me siento triste y decaído.				
2	Tengo ganas de llorar y a veces lloro.				
3	Por las mañanas es cuando me siento mejor				
4	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto(a).				
5	Mi vida es agradable y plena				
6	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.				
7	He notado que estoy perdiendo peso.				
8	Tengo problemas de estreñimiento.				
9	Mi mente esta tan despejada como siempre				
10	Tengo confianza en el futuro.				
11	Me es fácil tomar decisiones				
12	Me canso sin motivo				
13	Como igual que antes.				
14	Me cuesta mucho dormir por las noches.				
15	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
16	Estoy más irritable que antes				
17	Mi corazón late más rápido que antes				
18	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.				
19	Disfruto de las mismas cosas que antes.				
20	Siento que soy útil y necesario.				

Gracias por su colaboración...

Anexo 4. Validación de instrumentos

VALIDEZ DE CONTENIDO POR CRITERIO DR EXPERTOS CUESTIONARIO DEL FACES III

Nº	ítem	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Los miembros de la familia se piden ayudan unos a otros	x						
2	En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos	x						
3	Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene	x						
4	Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina	x						
5	Nos gusta hacer cosas solo con nuestra familia más cercana	x						
6	Diferentes personas de la familia actúan en ella como líderes	x						
7	Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que a personas externas a la familia	x						
8	En nuestra familia hacemos cambios en la forma de ejecutar los quehaceres	x						
9	A los miembros de la familia les gusta pasar juntos su tiempo libre	x						
10	Padre(s) e hijos discuten juntos las sanciones.	x						
11	Los miembros de la familia se sienten muy cerca uno del otro.	x						
12	Los hijos toman las decisiones en la familia	x						
13	Cuando en nuestra familia compartimos actividades, todos estamos presentes.	x						
14	Las reglas cambian en nuestra familia	x						
15	Fácilmente se nos ocurren las cosas que podamos hacer en familia	x						
16	Nos turnamos las responsabilidades de la casa	x						
17	Los miembros de la familia se consultan entre sí sus decisiones	x						
18	Es difícil identificar quién es o quiénes son los líderes en nuestra familia	x						
19	La unión familiar es muy importante.	x						
20	Es difícil decidir quien se encarga de cuáles labores del hogar	x						

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./ Mg:

Cruz Telada, Yreneo Eugenio

DNI: 09946516

Especialidad del validador: Psicólogo de la Salud

Lima, 14 de diciembre del 2020

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al



Dr. Yreneo Eugenio Cruz Telada

DOCTOR EN PSICOLOGIA

Firma del Validador

VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR CRITERIO DE EXPERTOS.

VALIDEZ DE CONTENIDO POR CRITERIO DR EXPERTOS CUESTIONARIO DEL FACES III

Nº	ítem	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Los miembros de la familia se piden ayudan unos a otros	x						
2	En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos	x						
3	Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene	x						
4	Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina	x						
5	Nos gusta hacer cosas solo con nuestra familia más cercana	x						
6	Diferentes personas de la familia actúan en ella como líderes	x						
7	Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que a personas externas a la familia	x						
8	En nuestra familia hacemos cambios en la forma de ejecutar los quehaceres	x						
9	A los miembros de la familia les gusta pasar juntos su tiempo libre	x						
10	Padre(s) e hijos discuten juntos las sanciones.	x						
11	Los miembros de la familia se sienten muy cerca uno del otro.	x						
12	Los hijos toman las decisiones en la familia	x						
13	Cuando en nuestra familia compartimos actividades, todos estamos presentes.	x						
14	Las reglas cambian en nuestra familia	x						
15	Fácilmente se nos ocurren las cosas que podamos hacer en familia	x						
16	Nos turnamos las responsabilidades de la casa	x						
17	Los miembros de la familia se consultan entre sí sus decisiones	x						
18	Es difícil identificar quién es o quiénes son los líderes en nuestra familia	x						
19	La unión familiar es muy importante.	x						
20	Es difícil decidir quien se encarga de cuáles labores del hogar	x						

Observaciones (precisar si hay suficiencia): ____ SI HAY SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./ Mg:

Ysabel Virginia Pariona Navarro


DNI: 10219341

Especialidad del validador: Psicóloga Educativa

Lima, 14 de diciembre del 2020

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo



Ysabel V. Pariona Navarro
Psicóloga
Esp. Terapia de Lenguaje
C.F.P. N° 9421

VALIDEZ DEL CONTENIDO DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG.

Ítems

<u>Dimensiones</u>		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		si	no	si	no	si	no	
1.	Me siento y triste y decaído							
2	Tengo ganas de llorar y a veces lloro.							
3	Por las mañanas es cuando me siento mejor							
4	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto(a).							
5	Mi vida es agradable y plena.							
6	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.							
7	He notado que estoy perdiendo peso.							
8	Tengo problemas de estreñimiento.							
9	Mi mente esta tan despejada como siempre							
10	Tengo confianza en el futuro.							
11	Me es fácil tomar decisiones							
12	Me canso sin motivo							
13	Como igual que antes							
14	Me cuesta mucho dormir por las noches.							
15	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.							
16	Estoy más irritable que antes							
17	Mi corazón late más rápido que antes							
18	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.							
19	Disfruto de las mismas cosas que antes.							
20	Siento que soy útil y necesario.							

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./ Mg:

Cruz Telada, Yreneo Eugenio

DNI: 09946516

Especialidad del validador: Psicólogo de la Salud

.Lima, 14 de Julio del 2021

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo



Dr. Yreneo Eugenio Cruz Telada

DOCTOR EN PSICOLOGIA

Firma del Validador

VALIDEZ DEL CONTENIDO DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG.

Ítems

<u>Dimensiones</u>		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		si	no	si	no	si	no	
1.	Me siento y triste y decaído							
2	Tengo ganas de llorar y a veces lloro.							
3	Por las mañanas es cuando me siento mejor							
4	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto(a).							
5	Mi vida es agradable y plena.							
6	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.							
7	He notado que estoy perdiendo peso.							
8	Tengo problemas de estreñimiento.							
9	Mi mente esta tan despejada como siempre							
10	Tengo confianza en el futuro.							
11	Me es fácil tomar decisiones							
12	Me canso sin motivo							
13	Como igual que antes							
14	Me cuesta mucho dormir por las noches.							
15	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.							
16	Estoy más irritable que antes							
17	Mi corazón late más rápido que antes							
18	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.							
19	Disfruto de las mismas cosas que antes.							
20	Siento que soy útil y necesario.							

Observaciones (precisar si hay suficiencia): ____ SI HAY SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./ Mg:

Ysabel Virginia Pariona Navarro


DNI: 10219341

Especialidad del validador: Psicóloga Educativa

Lima, 14 de diciembre del 2020

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo



Ysabel V. Pariona Navarro
Psicóloga
Esp. Terapia de Lenguaje
C.F.P. N° 9421

Anexo 5: Matriz de datos

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	4	5	4	4	5	4	5	4	4	5	5	4	5	5	5	5	4	4	5	4
2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1
3	2	1	4	4	3	4	4	4	3	4	3	5	1	3	4	2	1	5	1	5
4	3	4	5	1	2	3	2	2	3	1	4	4	3	5	5	1	5	5	3	2
5	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1
6	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
7	4	4	4	3	3	5	5	4	5	5	4	4	3	4	4	3	5	4	5	5
8	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1
9	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1
10	4	5	4	4	2	2	3	5	2	4	1	4	2	4	5	2	2	4	2	3
11	5	4	5	4	4	4	5	4	5	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4
12	1	1	5	5	4	5	4	3	5	2	5	3	5	2	1	5	2	2	2	5
13	4	5	2	1	2	5	5	4	4	3	3	3	1	3	3	3	5	4	3	3
14	4	4	3	1	2	3	1	4	1	4	3	3	3	3	5	5	4	3	4	3
15	5	5	4	5	5	3	4	4	4	5	4	4	5	5	5	4	4	4	5	5
16	5	5	4	3	5	4	2	1	5	5	5	4	5	3	4	3	2	3	2	5
17	5	5	2	3	4	4	1	1	5	5	5	1	4	5	2	2	2	4	2	3
18	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2
19	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1
20	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1
21	1	2	1	3	2	2	4	2	1	1	1	3	4	1	3	1	1	1	3	1
22	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	1
23	1	4	1	5	3	4	4	5	5	3	2	4	3	2	4	2	3	5	3	1
24	1	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1
25	5	5	5	4	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4	5	4	4	5
26	4	4	4	3	3	3	5	5	5	4	4	4	4	3	4	5	3	5	4	5
27	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
28	1	1	2	2	5	2	2	3	2	2	4	3	3	1	1	2	2	5	4	3
29	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2
30	4	4	5	3	3	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5
31	2	1	3	3	2	1	2	2	1	3	1	1	1	5	3	2	1	2	3	1
32	5	5	1	1	4	5	3	4	3	1	1	1	5	3	5	1	3	5	5	3
33	2	1	3	3	2	1	2	2	1	3	1	1	1	5	3	2	1	2	3	1
34	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2
35	4	2	4	2	4	1	4	2	4	5	3	1	4	3	4	3	3	1	4	2
36	5	3	4	2	4	3	5	1	3	5	3	1	5	1	5	2	5	2	5	2
37	4	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5
38	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	2
39	4	4	5	4	5	4	5	4	5	5	4	4	4	5	4	4	5	5	4	5
40	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1
41	4	3	4	1	4	5	1	3	3	3	3	5	3	2	4	5	3	3	3	1
42	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1

43	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
44	1	5	3	1	1	5	1	4	3	5	3	4	4	2	5	5	1	5	5	1
45	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	3	2	1
46	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1
47	5	5	1	1	4	5	3	4	3	1	1	1	5	3	5	1	3	5	5	3
48	4	2	4	4	4	4	4	5	2	5	3	3	5	5	1	4	1	1	3	3
49	4	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	4	4	4
50	2	5	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1
51	5	1	2	5	3	2	2	3	3	4	2	3	5	4	5	5	5	1	2	1
52	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2
53	2	1	1	1	5	5	5	1	1	3	2	5	3	2	1	4	1	1	2	5
54	4	5	4	4	5	4	5	4	4	5	5	4	5	5	5	5	4	4	5	4
55	5	4	5	4	5	4	4	5	5	3	3	5	5	5	4	5	5	5	4	5
56	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2
57	3	1	3	1	5	4	3	1	5	3	3	4	5	1	4	3	5	2	5	2
58	5	4	5	5	4	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
59	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2
60	2	4	5	3	3	4	4	2	2	1	3	5	2	4	4	1	5	2	5	2
61	5	1	4	1	3	5	4	1	1	1	3	1	5	2	5	4	4	3	4	5
62	2	5	3	4	3	4	1	4	2	4	3	4	3	3	4	5	5	3	2	1
63	3	1	4	1	4	2	3	3	4	5	3	2	5	1	5	3	5	2	5	2
64	5	1	4	1	3	1	5	2	5	5	4	1	5	2	4	3	4	2	3	1
65	3	5	4	5	5	4	4	5	4	3	5	3	4	5	4	4	3	5	4	4
66	1	5	3	3	3	4	4	5	4	3	2	3	5	2	2	4	3	5	2	1
67	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2
68	1	4	5	5	4	3	5	5	4	3	1	1	5	2	3	3	3	2	1	5
69	2	5	3	4	3	4	1	4	2	4	3	4	3	3	4	5	5	3	2	1
70	3	4	2	2	3	5	1	2	1	1	1	2	4	4	5	5	4	5	5	4
71	4	5	4	5	5	5	5	4	5	3	5	4	4	5	5	3	5	5	5	5
72	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2
73	1	4	5	5	3	2	3	5	3	2	1	5	5	2	2	4	3	2	4	3
74	3	1	2	3	3	2	1	1	2	3	2	3	3	1	3	1	1	1	1	2
75	5	4	4	5	4	3	3	2	4	3	2	4	5	4	2	3	2	1	1	5
76	4	1	4	1	4	2	4	1	3	5	4	5	1	3	5	2	5	4	5	3
77	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1
78	4	4	4	4	5	5	4	5	5	4	3	4	3	4	5	5	4	4	5	3
79	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1
80	4	4	5	3	3	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5
81	5	1	2	5	3	2	2	3	3	4	2	3	5	4	5	5	5	1	2	1
82	5	3	4	3	4	5	4	5	4	4	3	4	4	5	5	4	4	4	4	4
83	5	5	4	5	2	2	5	4	2	4	5	1	1	2	5	3	3	1	1	5
84	4	3	5	5	5	2	5	5	3	2	3	3	4	3	5	2	1	1	1	3
85	5	5	4	4	4	5	4	4	5	5	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4
86	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1
87	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1
88	1	1	5	5	4	5	4	3	5	2	5	3	5	2	1	5	2	2	2	5
89	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1

90	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1
91	1	1	2	1	2	2	1	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	1	1	2
92	4	5	4	4	4	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5
93	5	5	4	5	2	2	5	4	2	4	5	1	1	2	5	3	3	1	1	5
94	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2
95	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
96	2	3	5	2	4	4	5	2	3	3	5	1	3	4	3	2	5	1	5	3
97	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1
98	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1
99	5	3	4	2	5	3	3	5	3	1	4	2	3	2	3	3	3	3	3	4
100	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	4	5	5	5	4	5	5	5	4
101	4	4	4	4	5	5	4	5	5	4	3	4	3	4	5	5	4	4	5	3
102	4	4	2	3	3	3	4	4	4	2	4	1	3	4	2	1	4	4	5	5
103	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
104	4	4	4	2	4	4	5	4	4	2	3	2	1	2	1	4	3	3	5	2
105	4	5	5	5	5	4	4	5	3	3	4	3	4	5	3	4	5	3	4	4
106	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1
107	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2
108	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1
109	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2
110	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2
111	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1
112	4	2	4	2	4	1	4	2	4	5	3	1	4	3	4	3	3	1	4	2
113	5	3	5	5	3	4	4	4	4	5	5	5	4	5	4	5	3	5	4	5
114	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2
115	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2
116	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1
117	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1
118	4	5	4	5	5	5	5	4	5	3	5	4	4	5	5	3	5	5	5	5
119	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1
120	1	5	5	2	5	3	1	2	4	3	4	1	5	4	4	4	4	4	1	3

DEPRESIÓN

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
2	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	1	2	4	3
4	3	3	4	4	3	4	3	1	4	3	1	4	3	1	1	2	4	3	2
2	4	1	1	2	4	4	2	3	4	4	4	4	1	3	1	1	4	4	1
1	1	2	3	2	4	1	1	3	3	2	4	3	1	3	3	4	4	1	3
1	4	3	4	4	2	4	4	1	1	4	2	4	1	2	1	2	4	4	3
1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	3
1	2	4	4	4	4	4	1	4	2	2	4	2	1	2	4	1	1	1	1
3	4	3	2	2	2	3	3	2	1	2	4	4	3	3	2	2	4	1	4
3	4	4	3	3	1	3	1	1	4	2	2	2	4	4	3	1	3	3	4
4	2	3	2	4	3	2	4	2	4	4	3	3	4	2	4	4	4	4	4
4	3	3	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	3	4	4	2	4	3	2
2	2	2	2	2	1	4	4	3	1	3	2	1	4	1	4	3	1	2	1
4	2	2	4	4	1	1	1	1	1	3	3	3	1	4	1	4	2	2	3
1	1	1	4	3	4	4	4	2	4	2	4	2	2	3	4	4	4	4	4
4	1	4	1	4	4	4	3	4	3	4	4	4	2	2	1	1	4	4	4
4	3	1	2	3	2	3	1	1	2	1	4	3	1	1	2	3	3	4	4
4	4	3	4	3	1	4	1	4	4	4	1	1	1	1	3	1	3	1	1
1	1	3	3	3	2	2	1	3	3	1	1	1	1	1	3	1	3	1	1
2	4	1	4	3	1	2	3	4	4	2	4	2	4	1	2	2	4	2	2
2	1	2	3	1	1	1	1	3	3	1	2	2	2	1	1	1	2	1	3
2	4	3	4	2	3	4	1	1	3	2	4	1	1	4	2	3	4	2	1
3	3	3	4	3	1	4	3	3	3	1	2	2	1	2	1	3	2	3	4
3	1	4	1	1	2	2	4	2	3	1	4	3	3	1	2	4	3	2	2
4	1	4	2	4	3	2	2	4	1	3	2	4	4	2	2	3	1	2	4
4	4	3	3	3	2	2	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4
3	2	4	2	2	3	3	4	4	4	3	3	1	1	1	2	1	3	1	1
3	2	3	4	4	2	2	1	3	4	4	1	4	4	4	4	3	3	4	2
4	1	1	4	3	2	2	1	3	4	2	2	3	3	3	3	2	1	2	1
4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	3	4	4	4	3	1	1	3
4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	2	3	2	4	2	3	3
3	2	4	4	1	1	1	4	1	1	4	3	2	3	3	3	2	3	4	2
1	3	3	2	2	2	3	2	2	2	1	2	3	3	4	2	4	4	2	1
3	4	1	4	3	1	4	1	2	1	4	1	3	2	3	1	3	1	2	4
2	1	2	1	3	2	4	2	2	3	3	4	1	3	4	4	4	4	4	1
1	2	2	1	4	2	2	4	4	2	3	3	1	3	3	3	2	3	2	3
4	1	3	4	3	1	3	1	1	2	3	1	1	2	3	3	2	2	1	2

4	2	4	4	3	3	2	4	3	4	2	1	1	4	3	3	4	4	3	3
1	2	4	2	4	1	3	3	2	4	4	3	4	3	1	1	2	2	4	4
3	4	2	1	1	3	1	1	2	2	1	3	4	2	1	1	1	4	3	3
4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	1	1	4	3	4	3
4	3	4	2	4	4	4	4	4	4	3	2	1	4	4	4	3	1	4	4
3	2	4	4	2	3	1	3	4	4	2	2	1	4	1	2	4	4	4	2
4	2	4	4	3	3	2	4	3	4	2	1	1	4	3	3	4	4	3	3
1	4	4	1	3	3	3	2	2	4	1	3	1	1	4	1	3	2	2	3
4	2	4	2	1	2	3	4	3	3	4	2	4	1	2	1	3	2	4	1
1	2	3	4	2	4	3	4	4	2	1	4	4	3	4	1	4	1	1	2
1	4	3	2	3	1	2	4	3	1	1	2	1	1	3	3	3	4	3	3
4	2	4	2	4	4	4	4	3	4	3	4	2	2	3	2	4	2	3	3
4	1	1	4	4	3	4	3	4	2	3	4	2	4	4	3	1	2	1	4
4	1	4	4	4	1	3	3	1	1	4	4	1	4	4	1	4	4	4	4
1	2	3	4	4	3	1	4	2	1	1	1	4	1	4	4	3	1	4	1
1	2	1	4	2	4	4	3	4	4	3	4	3	3	4	3	2	4	1	4
2	3	2	2	1	1	1	1	3	1	4	4	3	4	2	4	4	3	3	2
4	4	3	4	2	2	4	4	2	4	4	3	2	3	4	2	4	4	2	3
2	2	3	2	4	3	4	2	2	4	3	3	4	4	4	4	3	4	4	3
4	4	3	4	2	2	1	1	4	4	4	2	1	3	1	2	4	2	4	4
3	1	3	2	3	4	1	1	1	4	2	3	2	4	2	3	1	3	3	3
4	3	4	2	2	4	4	4	3	3	3	2	3	4	1	4	4	1	3	4
3	3	2	4	3	2	3	3	3	1	4	1	4	4	1	4	2	4	1	3
2	3	4	2	2	2	4	2	1	3	2	2	1	1	3	1	4	3	3	4
1	3	4	3	3	3	1	1	4	2	1	3	1	3	3	1	2	2	4	4
3	4	4	4	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3
2	1	3	4	1	1	3	4	2	1	4	3	1	3	3	2	1	3	3	4
1	4	4	2	3	4	1	1	2	2	1	4	1	2	4	4	2	3	1	4
4	2	1	1	4	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4	4	2	4	3	4
2	4	4	2	3	4	4	4	3	2	3	4	4	4	4	2	2	3	4	4
3	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	1	4	1	4	4
2	4	4	2	4	4	3	1	3	2	2	2	1	1	3	1	1	3	1	3
2	1	4	3	3	3	4	1	1	4	1	1	1	3	2	2	3	4	1	3
3	4	4	2	4	2	4	4	3	3	4	4	4	2	3	4	2	2	2	4
2	1	3	3	4	4	3	4	1	4	4	4	4	1	3	1	1	4	4	4
4	1	1	1	3	3	2	1	4	4	4	4	3	3	4	1	3	4	4	2
3	3	4	4	2	4	3	3	2	3	2	2	4	2	2	2	3	2	3	4
2	3	2	2	4	2	4	3	1	1	2	1	4	1	3	3	3	4	3	3

2	1	1	2	1	3	4	1	1	4	4	3	4	3	1	3	1	1	3	3
1	3	2	1	1	2	4	2	1	1	2	4	3	2	3	3	3	1	3	4
4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	1	4	4	1	4	4	3	4
4	4	2	2	4	4	2	4	3	1	3	1	2	3	2	1	2	1	2	1
3	3	2	1	2	3	2	3	4	3	4	4	3	3	3	2	2	2	1	4
4	4	3	4	2	2	1	1	4	4	4	2	1	3	1	2	4	2	4	4
4	2	4	3	3	3	3	1	2	2	1	2	3	2	2	4	3	4	4	2
4	4	2	2	4	4	2	3	2	1	2	1	1	1	2	3	1	3	3	3
1	3	1	2	2	2	4	3	3	3	1	1	2	2	2	2	2	4	4	3
4	2	1	3	1	4	3	2	1	1	2	4	4	2	4	4	4	2	2	2
2	3	3	2	3	4	4	4	3	2	4	2	3	4	3	2	3	2	3	3
1	1	2	1	2	1	2	3	3	1	3	1	2	1	3	1	1	1	1	1
4	3	4	4	4	3	4	3	3	4	1	1	3	4	4	4	4	3	4	4
3	1	3	3	1	1	2	2	3	1	1	1	3	3	3	1	3	4	4	2
1	2	2	2	1	1	4	2	2	3	3	4	3	4	3	3	4	4	1	4
4	1	2	4	3	4	4	4	4	3	2	2	3	1	3	1	3	4	2	2
4	3	1	3	1	4	1	4	3	1	4	1	3	1	4	2	2	4	4	1
4	2	4	4	2	4	4	3	4	4	3	4	3	3	4	3	2	4	4	4
2	2	4	2	4	4	2	4	2	4	3	1	1	3	3	1	2	3	1	1
3	3	2	4	2	4	1	4	2	2	3	3	2	2	2	4	4	4	4	1
2	2	3	3	4	4	4	3	2	4	4	2	3	3	4	2	2	4	3	2
4	4	4	3	2	1	3	2	1	4	1	1	1	1	2	4	1	3	1	3
4	1	4	2	4	2	3	3	4	2	2	2	1	2	3	4	3	2	2	2
4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	1	1	1
4	1	1	4	4	3	4	1	3	3	1	3	1	3	1	2	3	1	3	1
3	2	3	4	4	2	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	2
1	4	3	4	4	4	3	1	2	2	2	1	1	3	1	4	3	1	3	2
3	4	2	2	4	2	3	2	4	3	2	2	3	4	3	3	4	4	3	4
2	1	4	4	2	3	2	2	2	4	1	3	4	1	2	3	3	4	4	3
2	1	3	1	2	4	4	1	4	4	3	3	1	1	1	2	2	4	4	1
4	2	2	2	3	3	2	1	4	2	3	4	3	3	1	1	3	2	2	1
2	2	1	3	2	4	4	2	3	3	2	3	4	3	2	3	1	4	2	3
4	1	1	4	4	3	4	3	4	2	3	4	2	4	4	3	1	2	1	4
4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	3	4	3	1	4	1	4
3	2	2	3	1	3	4	3	2	1	4	2	4	1	3	4	3	4	2	3
4	1	3	1	1	1	1	3	1	2	4	2	4	1	4	4	3	4	4	4
4	4	4	4	4	4	1	4	3	3	1	4	1	3	4	1	4	4	3	4
1	1	2	2	4	4	2	4	3	4	3	4	4	4	4	2	4	4	3	4

1	2	1	2	2	3	1	4	2	4	1	3	1	2	1	4	4	3	2	1
1	3	4	3	2	2	1	3	2	2	4	4	3	2	4	4	3	2	3	1
2	4	4	4	2	1	3	4	4	4	2	3	3	1	1	2	4	1	1	2
4	2	4	3	2	1	3	2	1	3	3	3	3	2	4	2	1	3	3	3
4	1	2	4	3	3	3	3	3	1	2	2	3	3	4	3	1	2	4	3
2	2	3	3	4	4	4	3	2	4	4	2	3	3	4	2	2	4	3	2
4	4	2	1	4	1	2	2	4	4	2	4	3	2	4	1	2	2	1	4
2	2	3	1	3	3	2	1	2	2	3	2	3	3	3	2	1	4	2	2