



UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP

FACULTAD DE SALUD Y NUTRICIÓN

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TESIS

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN LOS
POBLADORES DE LA COMUNIDAD CHAPO CHICO, LA
CONVENCIÓN - CUSCO, 2020.**

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

AUTOR:

Bach. SANTUSA SERRANO LOPEZ

Bach. ZARITA FOCO ROZAS

LIMA – PERÚ

2020

ASESOR DE TESIS

Dr. Y. EUGENIO CRUZ TELADA

JURADO EXAMINADOR

Dra. MARCELA ROSALINA BARRETO MUNIVE
Presidente

Dr. WILLIAM MIGUEL MOGROVEJO COLLANTES
Secretario

Dra. NANCY MERCEDE S CAPACYACHI OTÁROLA
Vocal

DEDICATORIA.

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

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

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento a Dios, 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, por su comprensión y paciencia en estos largos años de ausencia donde teníamos que dividir nuestros tiempos 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 profesional.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y depresión en los pobladores de la comunidad Chapo Chico, La Convención –Cusco, 2020. La investigación fue de tipo aplicada, de nivel correlacional, utilizó el diseño no experimental de corte transversal. La población estudiada estuvo constituida por 107 pobladores de la referida comunidad y para determinar la muestra; se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico y censal, por lo que se trabajó la muestra con toda la población de 107. La recolección de datos se llevó a cabo mediante la utilización de la Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III) y la escala para la auto-medición de la depresión (EAMD) fue diseñada por el Dr. Zung W. para la depresión, siendo las conclusiones del presente estudio que se logró demostrar la relación negativa alta y significativa entre funcionamiento familiar y depresión ($\rho=-0,790$; $p=0,000<0,05$) en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención Cusco, 2020. Esta relación negativa implica una correlación inversa entre las variables; es decir, a mejor funcionamiento familiar, menor probabilidad de desarrollar depresión. Asimismo, Se determinó la relación negativa y significativa entre la depresión y las dimensiones cohesión familiar ($\rho=-0,657$; $p=0,000<0,05$) y finalmente existe correlación negativa entre adaptabilidad familiar y depresión ($\rho=-0,809$; $p=0,000<0,05$) en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 2020

Palabras clave: cohesión familiar, adaptabilidad familiar y depresión moderada

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the relationship between family functionality and depression in the inhabitants of the Chapo Chico Community, La Convención –Cusco, 2020. The research was of a applier type, of correlational level, using the non-experimental design of cross-sectional. The population studied was constituted by 107 inhabitants of the aforementioned community and to determine the sample; the technique of non-probabilistic and census sampling was used, so the sample was worked with the entire population of 107. Data collection was carried out using the Family Cohesion and Adaptability Assessment Scale (FACES III) and the Scale for Self-Measurement of Depression (EAMD) was designed by Dr. Zung W. for depression, being the conclusions of the present study that, It was possible to demonstrate the high and significant negative relationship between family functioning and depression ($\rho=-0.790$; $p=0.000<0.05$) in the inhabitants of the Community of Chapo Chico, La Convención Cusco, 2020. This negative relationship implies an inverse correlation between the variables; that is, the better the family functioning, the lower and the chance of developing depression. Likewise, the negative and significant relationship between depression and family cohesion dimensions was determined ($\rho=-0.657$; $p=0.000<0.05$) and finally there is a negative correlation between family adaptability and depression ($\rho=-0.809$; $p=0.000<0.05$) in the inhabitants of the Community of Chapo Chico, La Convención Cusco, 2020.

Keywords: Family cohesion, family adaptability and moderate depression

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA	i
ASESOR DE TESIS.....	ii
JURADO EXAMINADOR.....	iii
DEDICATORIA.	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
INTRODUCCIÓN	xii
I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1. Planteamiento del problema.....	14
1.2. Formulación del problema	16
1.2.1. Problema general.....	16
1.2.2. Problemas específicos	16
1.3. Justificación del estudio.....	16
1.4. Objetivos de la investigación	18
1.4.1. Objetivo general.....	18
1.4.2. Objetivos específicos	18
II. MARCO TEÓRICO	19
2.1. Antecedentes de la investigación	19
2.1.1. Antecedentes nacionales	19
2.1.2. Antecedentes internacionales	23
2.2. Bases teóricas de las variables	26
2.2.1. Funcionalidad familiar	26
2.2.2. Depresión	35
2.3. Definición de términos básicos	44
III. MÉTODOS y MATERIALES.....	46
3.1. Hipótesis de la investigación	46
3.1.1. Hipótesis general	46

3.1.2. Hipótesis específicas	46
3.2. Variables de estudio.	46
3.2.1. Definición conceptual.....	46
3.2.2. Definición operacional.....	47
3.3. Tipo y nivel de la investigación	47
3.3.1. Tipo de investigación	47
3.3.2. Nivel de investigación	48
3.4. Diseño de la investigación	48
3.5. Población y muestra de estudio.....	49
3.5.1. Población	49
3.5.2. Muestra.....	49
3.5.3. Muestreo	49
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	50
3.6.1. Técnicas de recolección de datos.....	50
3.6.2. Instrumentos de recolección de datos	50
3.7. Métodos de análisis de datos	52
3.8. Aspectos éticos.	53
IV. RESULTADOS	55
4.1. Descripción de la muestra	55
4.2. Descripción de las variables.....	58
4.3. Comprobación de hipótesis	62
V. DISCUSIÓN	65
5.1. Discusión de los resultados descriptivos	65
5.2. Discusión de resultados inferenciales	66
VI. CONCLUSIONES	69
VII. RECOMENDACIONES.....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	79
Anexo 1: Matriz de Consistencia.....	80
Anexo 2: Matriz de operacionalización	81
Anexo 3: Instrumentos	83
Anexo 4: Validación de instrumentos.....	87
Anexo 5: Matriz de datos	95

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Descripción por edad de los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco	55
Tabla 2.	Descripción por sexo de los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco	56
Tabla 3.	Descripción por estado civil de los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco.....	57
Tabla 4.	Funcionamiento familiar de los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco.....	58
Tabla 5.	Cohesión familiar de los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco	59
Tabla 6.	Adaptabilidad familiar de los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco	60
Tabla 7.	Depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco	61
Tabla 8.	Prueba de normalidad	62
Tabla 9.	Funcionamiento familiar y depresión en los pobladores de la Comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco.....	63
Tabla 10.	Cohesión familiar y la depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco	63
Tabla 11.	Adaptabilidad familiar y depresión en los pobladores de la Comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco.....	64

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edades de los estudiantes de los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención Cusco.....	55
Figura 2. Pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención Cusco según sexo	56
Figura 3. Pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, según estado civil.....	57
Figura 4. Nivel de funcionamiento familiar de los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco.....	58
Figura 5. Nivel de cohesión familiar de los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco.....	59
Figura 6. Nivel de adaptabilidad familiar de los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención Cusco.....	60
Figura 7. Nivel de depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco	61

INTRODUCCIÓN

Por ser la familia un aspecto importante dentro de la sociedad y en esta ocasión, porque se trata de las familias de la comunidad de Chapo Chico de la provincia de La Convención de la región del Cusco y teniendo en cuenta que la preocupación de conocer la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la depresión en los pobladores de la comunidad ha llevado la necesidad de realizar el presente estudio, considerando que la falta de cohesión y adaptabilidad familiar generan estados de disfuncionalidad familiar, pudiendo ocasionar alteración de los estados afectivos como la depresión reactiva y que al no ser atendida puede genera niveles de depresión leve, moderada hasta una depresión severa que, con el transcurrir del tiempo convertirse en una depresión crónica; situación que generó relevancia e importancia la realización del presente estudio.

Esta preocupación es vista en el Perú como en el mundo como necesario abordarlo, y por este motivo se pone en sus manos el presente trabajo de investigación haciéndole presente que en el capítulo I se identifica el problema llegando a establecer el problema general y los específicos, relacionando las variables y los indicadores, haciendo que sea una base para el desarrollo de la investigación. Asimismo, en el capítulo II se considera el marco teórico donde se describen los antecedentes de la investigación, teniendo en cuenta los estudios realizados e nivel nacional e internacional, la metodología, instrumentos y otros aspectos que pudieron enriquecer del desarrollo de la presente. Asimismo, se explican las bases teóricas de la variable funcionalidad familiar se explica los tipos de familia, su forma de constitución, su desarrollo, sus funciones, definición de funcionalidad familiar, modelos teóricos del funcionamiento familiar, teoría general de sistemas, modelo de interacción familiar, teoría de estructura del funcionamiento familiar de Minuchin, modelo circunflejo, dimensiones del funcionamiento familiar, funcionalidad de la familia peruana, Y con relación a la variable depresión; se explica las teorías de la depresión, clasificación de la depresión, dimensiones de la depresión, diagnóstico de la depresión, tipos de depresión, tratamiento de la depresión, etiología de la depresión. También se considera, la definición de los términos básicos relacionados a las variables en estudio. En el capítulo III, se plantea la hipótesis general y las hipótesis

específicos de la investigación. Asimismo; se consideran en este capítulo, las definiciones conceptuales y operacionales de las variables. También, se incluyen el tipo y el nivel de investigación, así como el diseño, población y muestra de estudio técnicas e instrumentos de investigación, para el efecto de los instrumentos se utilizó los siguientes: la Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III) y la escala para la auto-medición de la depresión (EAMD) fue diseñada por el Dr. Zung W. para la depresión. Además, se incluyen métodos de análisis de datos, aspectos éticos. En el capítulo IV, se detallan los resultados de la investigación. En el V capítulo; discusión, en el capítulo VI, las conclusiones, en el VII las recomendaciones. Seguido por las referencias bibliográficas y finalmente, los anexos que comprenden las matrices de consistencia y operacionales y otros que por su naturaleza forma parte de la presente investigación.

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

El estudio realizado tuvo como propósito demostrar la relación entre la funcionalidad familiar y depresión en los pobladores de la comunidad Chapo Chico, La Convención - Cusco, 2020, cuyas variables están relacionadas con el proceso de socialización del desarrollo humano. Es relevante e importante el estudio, porque a nivel internacional; la "familia" es considerada como un agente muy importante para la salud integral de los individuos determinando su modo de vida. Teniendo en cuenta que este grupo social como núcleo familiar determinante en el desarrollo de las primeras conductas personales y sociales, bases de la socialización y del desarrollo emocional, de donde se puede afirmar que en una familia disfuncional no se logra desarrollar la cohesión y la adaptabilidad del ambiente familiar, y puede ser considerado como un factor determinante en problema de la salud a nivel orgánico, así como también en la salud mental, más aún, considerando que esta problemática de la salud empieza desde la niñez y en la adolescencia, y si no se conoce, pueden perdurar hasta la edad adulta. Por ello, la salud mental, en esencial la depresión, se halla entre una de las causas de la tasa de morbilidad en los adolescentes, La misma que toma efectos importantes que conllevan la salud y el desarrollo de ellos (Organización Panamericana de la Salud - OPS - 2018).

A nivel mundial, aproximadamente 350 millones de personas sufren de depresión y el 5% de la población mundial sufre de algún trastorno depresivo es decir un depresivo por cada tres personas. Por lo que, en la actualidad la depresión es considerada como el trastorno mental más común y uno de los principales generadores de discapacidad 4,5%. En América Latina y el Caribe, la prevalencia media de depresión es de 8,7%, llegando en algunas regiones hasta 19,6% 7. En el Perú a nivel nacional se han encontrado reportes que van de 16,2 % a 21,4 %; por lo que ha sido considerada como una prioridad nacional sanitaria 8%. La depresión se asocia a factores inherentes al estilo de vida 10% a los hábitos nocivos como el consumo de bebidas alcohólicas 11%, tabaco 12% y otras drogas 13%; sumándose a otros factores intervinientes, como los genéticos 15% y ambientales. Los que sufren de depresión severa, tienen un alto riesgo de

suicidio 17%; de hecho, en la gran mayoría de casos, ambas entidades comparten factores de riesgo y probables etiologías (Osorio, 2014)

Para la presente investigación se considera que las personas que podrán afrontar la depresión, serán aquellos en donde la funcionalidad familiar desempeñe un rol importante, pues constituye la capacidad que tienen los miembros de la familia para poder enfrentar momentos de crisis que alteran la estabilidad familiar como la presencia de los trastornos depresivos, que llega a alterar la estructura familiar. En los pacientes con depresión la familia se convierte durante el tratamiento en un agente de salud, rol importante, pues representa el soporte físico, psicológico y social para el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el manejo y control de los episodios depresivos, en diversos estudios se ha evidenciado que los pacientes que tienen adecuado apoyo familiar presentan menor estados ansiedad; mientras que los que tienen familias disfuncionales presentan mayor predisposición a episodios depresivos. (Girón, Robles & Santiago; 2015).

Finalmente, a nivel local se hace necesario realizar esta investigación por haberse identificado mediante las técnicas de observación y encuestas en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico de la provincia de La Convención, Cusco que, existen indicadores de rasgos depresivos a nivel cognitivo, afectivo y conductual, refieren no sentirse bien solos, ausencia de confianza de sí mismos, tristeza, culpabilidad lo cual evidencia que existen indicadores de disfuncionalidad familiar en la cohesión y adaptabilidad familiar media y/o baja, siendo el funcionamiento familiar la causa principal de los estados depresivos en las diferentes etapas del desarrollo humano, situación problemática que se va corroborar con las técnicas de intervención psicométricas al aplicar la Escala de Adaptabilidad familiar (FACES III) y la Escala de depresión de Zung; es por ello que se plantea la siguiente interrogante ¿Existe entre la funcionalidad familiar y depresión en pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco.?

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

PG ¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 2020?

1.2.2. Problemas específicos

PE 1 ¿Cuál es la relación entre la dimensión cohesión familiar y depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención Cusco, 2020?

PE 2 ¿Cuál es la relación entre la dimensión adaptabilidad familiar y depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención Cusco, 2020?

1.3. Justificación del estudio

La investigación que se realizó, presenta una justificación teórica desde el marco de la psicología clínica y social comunitaria, porque permite profundizar los enfoques teóricos actualizados sobre la funcionalidad familiar y la depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, al estudiar las diversas teorías de estas variables de estudio, se demostraron la importancia de conocer el estado de la cohesión y adaptabilidad familiar como un factor determinante de la depresión en los pobladores de la referida comunidad, por ser la familia un agente de socialización primaria convirtiéndoles en 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.

La relevancia social, se justifica puesto que, los estudios realizados demuestran la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión, teniendo un rol de importancia la familia para el proceso de recuperación de los pobladores con estados depresivos, siendo estos los fundamentos de la presente

investigación en la población donde se realizó el estudio, siendo de beneficio social para los pobladores de la comunidad, ayudando a estabilizar y/o prevenir los estados depresivos en los pobladores, porque se puede mejorar la cohesión y adaptabilidad familiar en estos pobladores con programas de intervención de funcionalidad familiar, lo que permitirá integrar a los familiares directos de cada paciente en el proceso del tratamiento de la depresión.

Desde el punto de vista práctico la presente investigación tiene relevancia porque las conclusiones y recomendaciones a alcanzar, porque permitirán a los pobladores de diferentes edades, participar tanto a nivel planificación de la funcionalidad familiar, como también en la planificación del programa de intervención a nivel familiar, de tal manera que se tenga en cuenta la vital importancia a la familia en el proceso del tratamiento de pobladores con rasgos represivos, que motiven el desarrollo óptimo de comportamientos adecuados en los pobladores de la referida comunidad, trabajando la condición de sentirse bien estando solos. La confianza en sí mismo y la perseverancia en el desarrollo de mejorar el proceso cognitivo con técnicas de control y manejo de emociones, asertividad que permitirán incluir propuestas a partir de la revisión de los resultados como puente constante entre la familia y la institución educativa. Asimismo, nos permitirá elaborar propuestas que potencialicen las fortalezas del ambiente familiar en estos pacientes con depresivos.

Por otro lado, la justificación metodológica, es importante porque se podrá disponer de los instrumentos de medición 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; teniendo en consideración que se realizara la validación de contenido por criterio de expertos por dos especialistas en psicología y junto con el análisis estadístico se ha determinado su validez y confiabilidad de ambos instrumentos psicométricos empleados para la muestra en estudio, asimismo, con estos criterios a desarrollar estas dos pruebas psicológicas quedaran 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 los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 2020.

1.4.2. Objetivos específicos

OE 1 Determinar la relación entre la dimensión cohesión familiar y depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 2020.

OE 2 Determinar la relación entre la dimensión adaptabilidad familiar y depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 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 sobre la funcionalidad familiar y tendencias depresivas, con método logía similar, la

población de estudio son pacientes con enfermedad crónica, se empleó 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 una familia funcional, el 45.71% presenta una familia funcional en un nivel regular, por otro lado, 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 porque investigó las variables funcionalidad familiar y depresión, siendo la metodología similar, los instrumentos de medición, la población de estudio pacientes con tuberculosis de un hospital, siendo las conclusiones parecidas a las que se alcanzó.

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 pagar familiar en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que 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.

Se tomó en cuenta el citado antecedente porque consideró en el estudio variables, metodología, muestras e instrumentos similares. Asimismo; las conclusiones son parecidas a las que se llegó en la presente investigación.

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 fue principal es establecer el nivel de depresión y ansiedad en pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis. El estudio es 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 fue importante para la investigación a realizada porque estudió la variable depresión. La metodología y la población son similares. Las conclusiones son parecidas a las que se alcanzó en el estudio.

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 referido antecedente se ha considerado para el estudio a realizado porque trabajó con la variable funcionalidad familiar. La metodología es similar, así como la población de estudio son parecidas y las conclusiones son similares a las que se alcanzó en la presente investigación.

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 realizada porque trabajó con las variables funcionalidad familiar y depresión, la metodología similar, así como la población de estudio son parecidas a las que se tomó en cuenta en la presente investigación.

Arce (2017), realizo la 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 para el presente estudio porque trabaja con una de las variables y utilizó la misma metodología. Las muestras son parecidas y la población es similar, así como los instrumentos utilizados en la presente investigación.

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.

La investigación citada fue importante para el estudio realizado porque trabajó con la variable funcionalidad familiar. La metodología utilizada fue similar, así como la población de estudio. Las conclusiones son parecidas a las que se llegó en la investigación.

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 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 para el estudio realizado porque estudió las variables que se estudió. La metodología fue similar, así como la población de estudio son parecidas.

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 acordado estrictamente supervisado; 66,0% logró la curación final del tratamiento, 19,2% continuó en retratamiento y 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 porque estudió tema relacionado a la familia. La metodología es similar; así como la población. Utilizó los mismos instrumentos y las conclusiones son parecidas a las que se llegó en la investigación.

2.2. Bases teóricas de las variables

2.2.1. Funcionalidad familiar

Para el presente estudio se consideró necesario definir algunos términos que ayudaron 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

a) De acuerdo con su estructura

Eguiluz (2003) al respecto dice 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.

b) 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.

- **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.
- **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.

c) De acuerdo con su desarrollo

De la Cerda y Riquelme (2003), realizaron 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. 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.

d) De acuerdo con el 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.

- **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.
- **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.
- **Familia disfuncional:** es la expresión negativa de las categorías que definen el funcionamiento familiar.
- **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

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.

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.

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.

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.

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.

Función solidaria: se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.

Función protectora: brinda seguridad y cuidados a los niños, adolescentes, inválidos y los ancianos.

2.2.1.4. Definiciones de funcionalidad familiar

El funcionamiento familiar se define como un proceso donde 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).

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.

2.2.1.5. 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) al respecto 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) 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.

2.2.1.6. 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:

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 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) **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.

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.

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 le etiqueta como familia disfuncional o multiproblemática.

2.2.1.7. Funcionalidad de la familia peruana

Se aprecia una amplia gama, que van 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.,

2.2.2. Depresión

Para realizar la investigación fue necesario poder considerar algunas definiciones más significativas que detallamos de la variable depresión que facilite comprender mejor esta problemática en estudio en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 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 (Arequipeño, 2017).

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 a causa de la presión socio estructural y si uno no tiene un buen recurso de afrontamiento a esta presión le llevara a tener malestar físico y emocional, esto es desde una perspectiva Sociológica. Finalmente, encontramos a Freud que define la depresión de 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.

El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), 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, está 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.

La 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.

2.2.2.1. 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 como entendemos a los demás, Por lo tanto, no es en si 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 con 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) sostiene que la ansiedad es:

- 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).
- 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).

- 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 a la memoria (Escalona y Hernández, 1996), así como la autoestima, control, la competencia personal, etc. (Fernández-Castro, Álvarez, Blasco, Doval y Sanz, 1998).
- 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).

2.2.2.2. Clasificación de la depresión

El Manual de Clasificación de Enfermedades CIE-10 los episodios depresivos, ya sean leves, moderados o graves, se caracteriza 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):

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 caracteriza 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.

2.2.2.3. Dimensiones de la depresión

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

- 1) **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 obstáculos y ve el futuro totalmente desesperanzador así como también preocupación por el futuro y problemas para concentrarse. (Camacho; 2007).
- 2) **Dimensión conductual:** se relaciona con las conductas que realiza o practica 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).

- 3) 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).

2.2.2.4. 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).

2.2.2.5. Tipos de depresión

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

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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 ha considerado estos tipos de depresión para el estudio a realizar 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).

2.2.2.6. 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).

2.3. 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. . (Olson, Rusell y Sprenkle 1979)

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. (Reyes; 2017).

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. (Córdova; 2015).

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. (Beck, 2002).

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. (Córdova; 2015).

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. (Beck 2002)

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).

III. MÉTODOS y MATERIALES

3.1. Hipótesis de la investigación

3.1.1. Hipótesis general

HG Si existe relación entre la funcionalidad familiar y depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 2020.

3.1.2. Hipótesis específicas

HE 1 Sí, existe relación entre la dimensión cohesión familiar y depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 2020.

HE 2 Sí, existe relación entre la dimensión adaptabilidad familiar y depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención Cusco, 2020

3.2. Variables de estudio.

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

- Funcionalidad familiar.
- Depresión

3.2.1. Definición conceptual

3.2.1.1. *Funcionalidad familiar*

La variable de funcionalidad familiar en el estudio realizado, 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

En la investigación realizada se define 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 la investigación realizada, la definición operacional del funcionamiento familiar se ha obtenido con la aplicación de la Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III) de Olson con la que se va a conocer las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar.

3.2.2.2. Depresión

La definición de depresión operacional para el proceso de la investigación se realizó con la aplicación de la Escala de Auto-Medición de la depresión de Zung (EAMD) con la que se conoció 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 las investigadoras, y se utilizó para dar respuesta a preguntas específicas; así como se hizo énfasis en la resolución práctica de problemas. Asimismo, se centró específicamente en cómo se pueden llevar a la práctica las teorías generales. Siendo el propósito la resolución de los problemas que se plantean en un momento dado. Toda investigación aplicada guarda estrecha relación con la investigación básica, dado que depende de los descubrimientos de esta última y se enriquece de 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, las variables a describir y relacionar fueron la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes con depresión de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco.

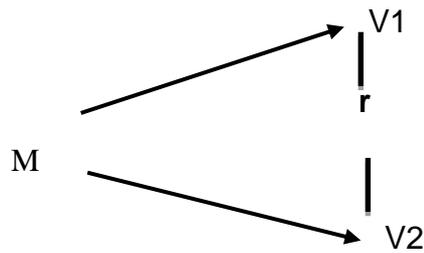
La investigación fue descriptiva porque se especificaron las propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se pretendió analizar. Asimismo, fue un estudio correlacional ya que se analizó la relación existente entre dos variables, intentando predecir el valor aproximado que tuvieron 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 manipulado las variables de estudio y se realizaron en un determinado tiempo que fue de setiembre 2020 a febrero 2021. 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 tuvo 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, al respecto Carrasco, (2005), sostiene que, los estudios transversales se utilizan para investigar hechos y fenómenos de la realidad, en un momento determinado de tiempo. (pág. 72).

Al esquematizar este tipo de investigación obtuvimos 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 95% de relación entre las variables.

3.5. Población y muestra de estudio

3.5.1. Población

En la presente investigación la población de estudio estuvo constituida por todos los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, que son un total de 107 pobladores.

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 los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco.

3.5.3. Muestreo

Para obtener la muestra se utilizó la técnica del muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que permitió seleccionar las unidades de estudio en aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos en la presente investigación por no ser una población muy extensa.

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 recolectar de datos:

- La Escala de cohesión y adaptabilidad familiar FACES – III de Moos.
- Escala de depresión de ZUNG.

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

Ficha técnica:

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: Comunidad de Chapo Chico La convención-Cusco.

Significación: percepción sobre la funcionalidad familiar en la comunidad.

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 presente cuestionario fue parte fundamental de la investigación que tuvo por finalidad obtener información de cómo es el nivel de funcionalidad familiar a través de sus dimensiones cohesión y adaptabilidad familiar en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico.

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**Ficha técnica:**

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.

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 se realizaron los procedimientos de análisis de datos conforme al procedimiento que se detalla a continuación:

- Para la investigación realizada se utilizó las técnicas de recolección de datos basadas en el uso las Escalas de medición para medir las variables funcionalidad familiar y depresión en los pobladores de la Comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco.
- Se presentó el consentimiento informado a los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco.
- Previamente a la recolección de los datos se informó a los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco. el objetivo de la investigación, evaluando a los pobladores que deseen participar voluntariamente.
- Seguidamente, se elaboró la base de datos en el programa microsoft excel 2016, 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 determinaron las pruebas estadísticas que se usaron para obtener los objetivos del estudio. Se utilizaron para identificar las diferencias significativas de la funcionalidad familiar y depresión según sexo y edad la U de Man Whitney y la T de Student, así mismo, para las identificar las relaciones significativas se utilizará la rho de Spearman.
- Para evaluar las propiedades psicométricas de ambos instrumentos de medición la Escala de cohesión y adaptabilidad familiar FACES III y la Escala de depresión de Zung, se utilizaron los estadísticos alpha de Cronbach para la confiabilidad por consistencia interna ítem test. Finalmente, para identificar la validez del contenido que se utilizó el criterio de expertos y la V de Aiken.

3.8. Aspectos éticos.

Para la ejecución de la presente investigación se tuvo en cuenta los principios éticos que están establecidos por la APA que norman toda investigación científica, principios que se tuvieron 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 investigadora serán 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 tendrá presente el asentimiento informado de cada participante del estudio.

Asimismo, también se ha considerado para el estudio a realizar 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.

Operacionalización de la variable depresión

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	NIVELES Y RANGOS	
Depresión	Cognitiva	Pérdida de peso Estreñimiento	5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 18	Normal o Ausencia de Depresión: 25 - 49	
		Mente despejada Confianza en el futuro			
		Decisiones			
	Afectiva	Tristeza Llorar Tranquilidad por las mañanas Nerviosismo	1, 2, 3, 4, 16, 17, 19, 20	Depresión leve: 50 - 59	
		Vida satisfecha Depresión Utilidad en mi persona			
	Conductual	Cansancio sin motivo Como igual que antes Problemas para dormir Actividades cotidianas	12, 13, 14, 15.	Depresión Moderada: 60 - 69	
		Irritabilidad Presión cardiovascular			Depresión Severa:
		Relaciones interpersonales Estilos de vida			

IV. RESULTADOS

4.1. Descripción de la muestra

Tabla 1.

Descripción por edad de los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco

	Frecuencia	Porcentaje
20 a menos	16	15,0
21 a 30 años	30	28,0
31 a 40 años	30	28,0
41 a 50 años	8	7,5
51 a 60 años	13	12,1
60 a más	10	9,3
Total	107	100,0

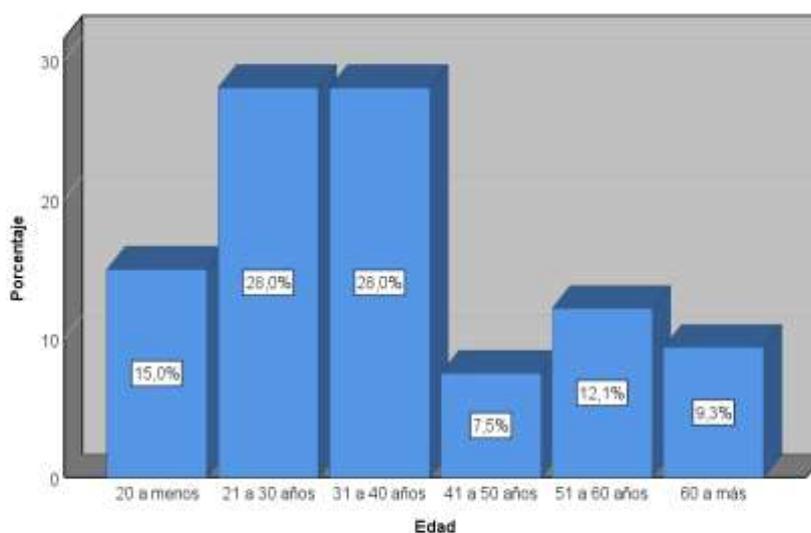


Figura 1. Edades de los estudiantes de los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención Cusco

Como se describe en la tabla 1 y figura 1, la mayor parte de los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco que conforman la muestra, tienen entre 21 y 30 años o entre 31 y 40 años (28%) , seguido de aquellos que tienen menos de 20 años (15%) y entre 51 y 60 años (12,1%). Por otro lado, el 7,5% tienen entre 41 y 50 años; mientras que el 9,3% tiene más de 60 años.

Tabla 2.

Descripción por sexo de los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco

	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	55	51,4
Varones	52	48,6
Total	107	100,0

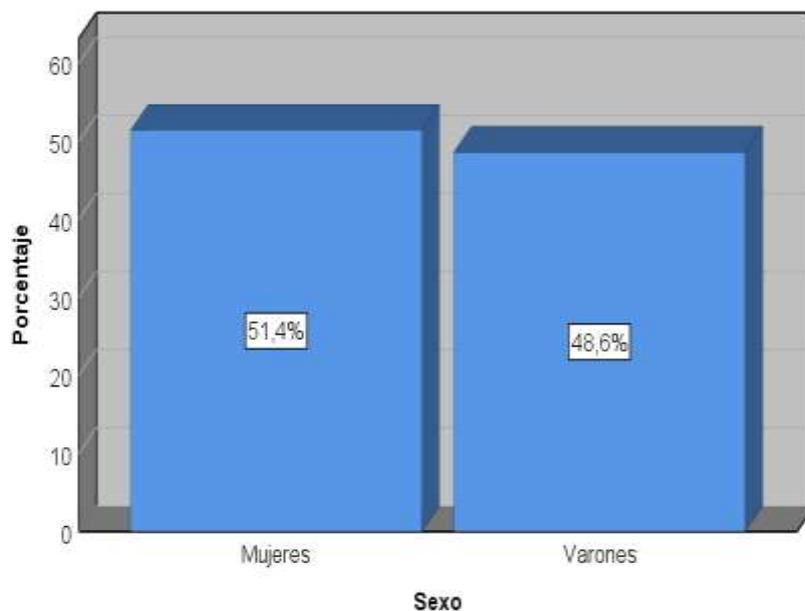


Figura 2. Pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención Cusco según sexo

En la tabla 2 y figura 2, se tiene que la mayor parte de los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, que participaron en el estudio son mujeres (51,4%); mientras que el 48,6% son varones.

Tabla 3.

Descripción por estado civil de los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco

	Frecuencia	Porcentaje
Convivientes	51	47,7
Solteros	28	26,2
Casado	16	15,0
Separados	12	11,2
Total	107	100,0

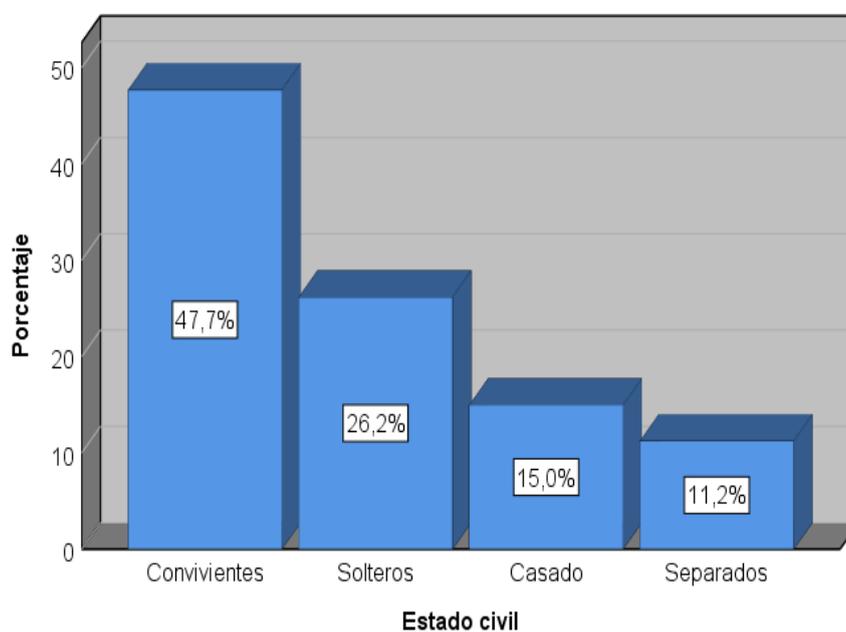


Figura 3. Pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, según estado civil

En la tabla 3 y figura 3, se tiene que la mayor parte de los pobladores de la Comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco que participaron en el estudio, son convivientes (47,7%). El 26,2% son solteros y el 15% son casados. Solo el 11,2% son separados.

4.2. Descripción de las variables

Tabla 4.

Funcionamiento familiar de los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	31	29,0
Medio	52	48,6
Alto	24	22,4
Total	107	100,0

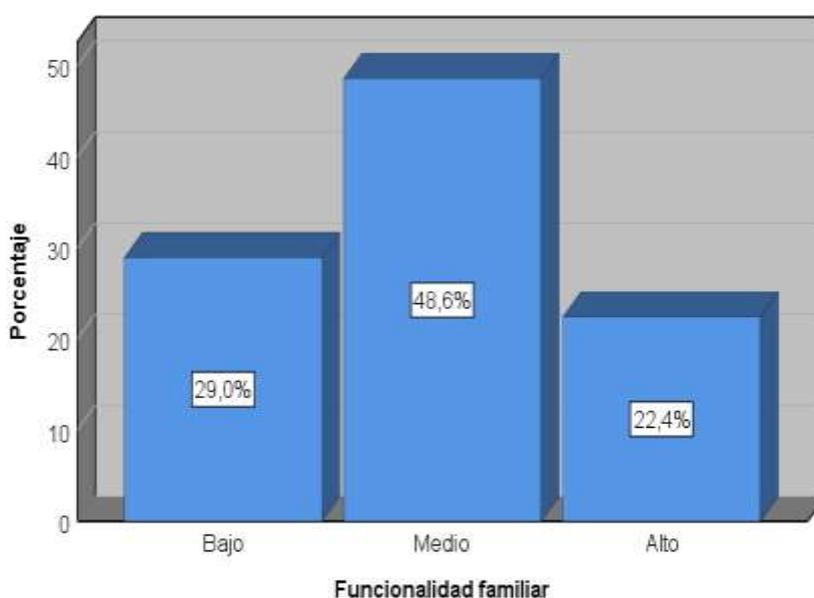


Figura 4. Nivel de funcionamiento familiar de los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco

En la tabla 4 y figura 4, se tiene el nivel de funcionamiento familiar que presentan los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco. La mayoría refiere tener un nivel de funcionamiento familiar medio (48,6%). Asimismo, se observó que el 29% de pobladores refiere que su nivel de funcionamiento familiar bajo; y el 22,4%, que el nivel de funcionamiento de su familia es alto.

Tabla 5.

Cohesión familiar de los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	29	27,1
Medio	40	37,4
Alto	38	35,5
Total	107	100,0

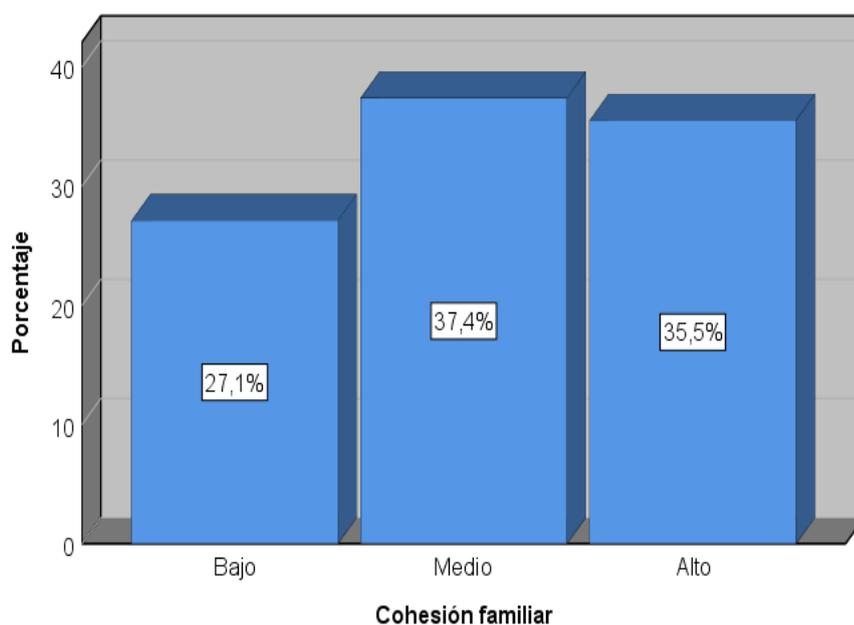


Figura 5. Nivel de cohesión familiar de los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco

En la tabla 5 y figura 5, se tiene el nivel de cohesión familiar que presentan los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco. La mayoría refiere tener un nivel de cohesión familiar medio (37,4%). Asimismo, se observó que el 35,5% de pobladores refiere que su nivel de cohesión familiar alto; y el 27,1%, que el nivel de cohesión de su familia es bajo.

Tabla 6.

Adaptabilidad familiar de los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	41	38,3
Medio	42	39,3
Alto	24	22,4
Total	107	100,0

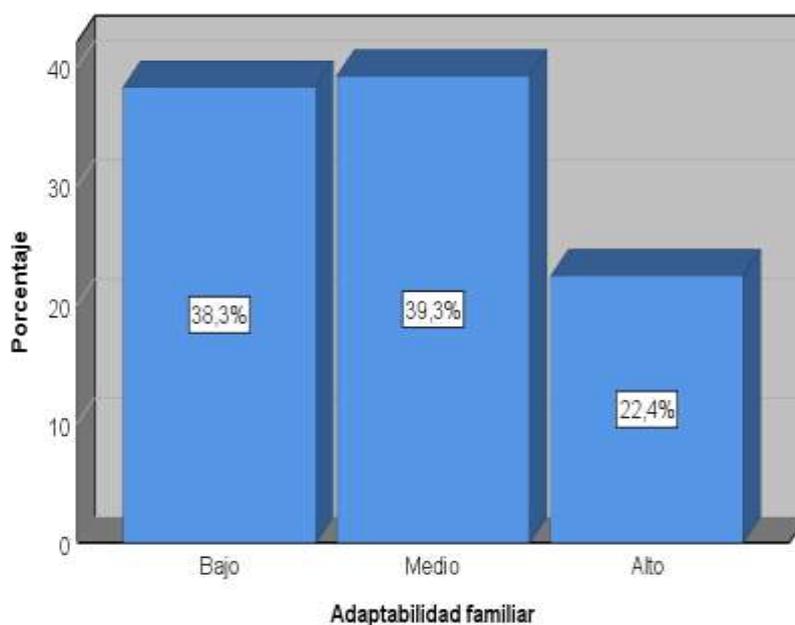


Figura 6. Nivel de adaptabilidad familiar de los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención Cusco

En la tabla 6 y figura 6, se tiene el nivel de adaptabilidad familiar que presentan los pobladores de la Comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco. La mayoría refiere tener un nivel de adaptabilidad familiar medio (39,3%). Asimismo, se observó que el 38,3% de pobladores refiere que su nivel de adaptabilidad familiar bajo; y el 22,4%, que el nivel de adaptabilidad de su familia es alto.

Tabla 7.
Depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	37	34,6
Leve	40	37,4
Moderada	26	24,3
Severa	4	3,7
Total	107	100,0

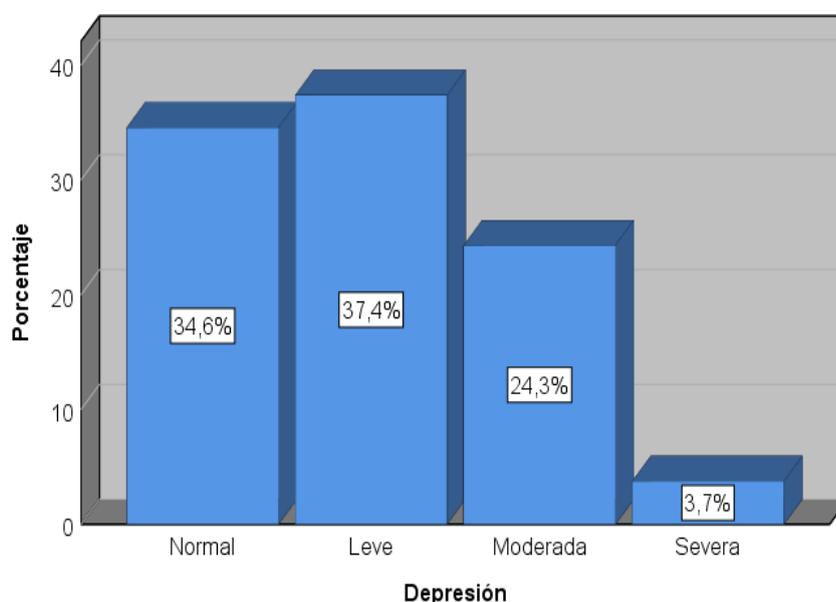


Figura 7. Nivel de depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco

En la tabla 7 y figura 7, se tiene el nivel de depresión que presentan los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco. La mayoría presenta un estado leve (37,4%) aunque el 24,3% presenta depresión en nivel moderado y 3,7% en nivel severo. El 34,6% presenta estado normal en su estado emocional.

4.3. Comprobación de hipótesis

Con la finalidad de seleccionar una adecuada prueba estadística para comprobar las hipótesis se proceden a realizar las pruebas de bondad de ajuste según método de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro Wilk, a fin de evaluar la distribución de los datos y en base a dicho resultado elegir la prueba estadística.

Tabla 8.
Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Cohesión	,106	107	,005	,938	107	,000
Adaptabilidad	,138	107	,000	,925	107	,000
Funcionamiento familiar	,138	107	,000	,919	107	,000
Depresión	,130	107	,000	,962	107	,004

a. Corrección de significación de Lilliefors

En la tabla 8 se tienen los resultados de las pruebas de bondad de ajuste según método de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro Wilk. En ambos casos, se obtienen valor $p < 0,05$, para todas las distribuciones evaluadas, lo que implica que esas distribuciones difieren de la distribución normal; es decir, los datos a utilizar para la comprobación de hipótesis no tienen distribución normal. En razón a lo indicado, se decide utilizar el coeficiente rho de Spearman para comprobar las hipótesis.

Comprobación de la hipótesis general

- H0. No existe relación entre funcionalidad familiar y depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 2020.
- H. Existe relación entre funcionalidad familiar y depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 2020.

Tabla 9.

Funcionamiento familiar y depresión en los pobladores de la Comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco

		Funcionamiento familiar	Depresión
Rho de Spearman	Funcionamiento familiar	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,000
		N	107
	Depresión	Coefficiente de correlación	-,790**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	107

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

En la tabla 9 se observa que existe correlación negativa alta y significativa entre funcionamiento familiar y depresión ($\rho = -0,790$; $p = 0,000 < 0,05$). De acuerdo con este resultado se procede a rechazar la hipótesis nula; es decir, que existe relación entre funcionamiento familiar y depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 2020. La correlación negativa implica una relación inversa entre las variables; es decir, a mejor funcionamiento familiar, menor probabilidad de desarrollar depresión.

Comprobación de la hipótesis específica 1

H₀. No existe relación entre cohesión familiar y depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 2020.

H. Existe relación entre cohesión familiar y depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 2020.

Tabla 10.

Cohesión familiar y la depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco

		Cohesión familiar	Depresión
Rho de Spearman	Cohesión familiar	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,000
		N	107
	Depresión	Coefficiente de correlación	-,657**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	107

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

En la tabla 10 se observa que existe correlación negativa y significativa entre cohesión familiar y depresión ($\rho=-0,657$; $p=0,000<0,05$) De acuerdo con este resultado se procede a rechazar la hipótesis nula; es decir, que existe relación entre cohesión familiar y depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 2020. La correlación negativa implica una relación inversa entre las variables; es decir, a mejor cohesión familiar, menor probabilidad de desarrollar depresión

Comprobación de la hipótesis específica 2

- H0. No existe relación entre adaptabilidad familiar y depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención Cusco, 2020.
- H. Existe relación entre adaptabilidad familiar y depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 2020.

Tabla 11

Adaptabilidad familiar y depresión en los pobladores de la Comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco

		Adaptabilidad familiar		Depresión
Rho de Spearman	Adaptabilidad familiar	Coeficiente de correlación	1,000	-,809**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	107	107
	Depresión	Coeficiente de correlación	-,809**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	107	107

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

En la tabla 11 se observa que existe correlación negativa y significativa entre adaptabilidad familiar y depresión ($\rho=-0,809$; $p=0,000<0,05$). De acuerdo con este resultado se procede a rechazar la hipótesis nula; es decir, que existe relación entre adaptabilidad familiar y depresión en los pobladores de la Comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 2020. La correlación negativa implica una relación inversa entre las variables; es decir, a mejor adaptabilidad familiar, menor probabilidad de desarrollar depresión.

V. DISCUSIÓN

A continuación, se discuten los hallazgos encontrados a través de los resultados, comparándolos con los antecedentes nacionales e internacionales citados y analizados de acuerdo con la teoría vigente que sostiene el tema de investigación.

5.1. Discusión de los resultados descriptivos

Esta discusión la iniciamos con los resultados descriptivos dando realce a los niveles encontrados de funcionalidad familiar y depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco: como se describe en la tabla 4, se tiene el nivel de funcionamiento familiar medio (48,6%). Asimismo, se observó que el 29% de pobladores refiere que su nivel de funcionamiento familiar bajo; y el 22,4%, que el nivel de funcionamiento de su familia es alto. Mientras vemos lo que indica en la tabla 7, se halló que los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención Cusco presentan un estado leve de depresión (37,4%) aunque el 24,3% presenta depresión en nivel moderado y 3,7% en nivel severo. El 34.6% presenta estado normal en su estado emocional. Cuaresma, Medina y Salvatierra (2018) cuyo objetivo de investigación fue 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. Obtuvo una disfunción familiar severa con un 42.3%, el 21.4% de adultos mayores con diabetes tienen buena funcionalidad familiar en sus hogares, respecto a 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. Además, Coronado (2018), cuyo objetivo de investigación fue determinar el nivel de depresión y funcionamiento familiar en pacientes diabéticos con complicaciones crónicas; encontró que el 68% de pacientes fueron casos probables de depresión mayor; el 40% presentó disfunción moderada.

Según los datos demográficos; edad, el sexo y estado civil encontramos como se describe en la tabla 1, la mayor parte de los pobladores de la comunidad

de Chapo Chico, La Convención, Cusco, que conforman la muestra, tienen entre 21 y 30 años o entre 31 y 40 años (28%), seguido de aquellos que tienen menos de 20 años (15%) y entre 51 y 60 años (12,1%). Por otro lado, el 7,5% tienen entre 41 y 50 años; mientras que el 9,3% tiene más de 60 años, respecto al sexo en la tabla 2, se encontró que el sexo predominante fueron las mujeres con el 51,4%; mientras que el 48,6% fueron varones. En la tabla 3, respecto al estado civil el 47,7% fueron convivientes, el 26,2% son solteros y el 15% son casados. Solo el 11,2% son separados. Si comparamos con el estudio de Coronado (2018), cuyo objetivo de investigación fue determinar el nivel de depresión y funcionamiento familiar en pacientes diabéticos con complicaciones crónicas; se encontró que la edad promedio fue de 68 años; el sexo más predominante fue el masculino, el 86% de pacientes eran convivientes o casados.

5.2. Discusión de resultados inferenciales

Al realizar el análisis inferencial para la comprobación de las hipótesis y hallar la finalidad de investigación a través de los objetivos tanto general como específicos, arribamos a las siguientes contrastaciones:

Con relación a la hipótesis que responde al objetivo general: demostrar la relación entre la funcionalidad familiar y depresión en los pobladores de la Comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 2020, se observa en la tabla 9 que “Existe correlación negativa alta y significativa entre funcionamiento familiar y depresión ($\rho=-0,790$; $p=0,000<0,05$) en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 2020”. Al confrontar las conclusiones obtenidas con las investigaciones de Cuaresma, Medina y Salvatierra (2018) cuyo fue 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 que obtuvieron 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. Y la investigación de Quiroz (2017), cuyo objetivo fue determinar la relación entre la funcionalidad familiar y depresión en pacientes del servicio especializado de protección MIES. Encontró que existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en los

pacientes en estudio. Siendo la presente investigación la única que obtuvo relación inversa y negativa, dando a conocer que también la depresión influye significativamente en la funcionalidad familiar.

A nivel específico, al contrastar la hipótesis 01 que responde al objetivo específico 1: determinar la relación entre la dimensión cohesión familiar y depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 2020. Se observa que “existe correlación negativa y significativa entre cohesión familiar y depresión ($\rho=-0,657$; $p=0,000<0,05$) en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención Cusco, 2020” La correlación negativa implica una relación inversa entre las variables; es decir, a mejor cohesión familiar, menor probabilidad de desarrollar depresión. En comparación con los estudios de Quinto (2017), 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, se encontró que la funcionalidad familiar fue extremo o disfuncional y por último, el 17,1% percibieron tener una funcionalidad familiar balanceada., además en el estudio de Martínez, Guzmán, Flores y Vásquez (2014), que tuvo como objetivo identificar los factores que favorecen el apego al tratamiento de la tuberculosis pulmonar; refirió afectación en su vida personal después del diagnóstico de tuberculosis pulmonar; concluyendo que se observaron niveles altos de disfuncionalidad familiar y rechazo social en los pacientes con abandono al tratamiento que aquellos con diagnóstico de curación. Finalmente, Quiroz (2017), cuyo objetivo fue determinar la relación entre la funcionalidad familiar y depresión en pacientes del servicio especializado de protección MIES, presentaron disfuncionalidad familiar y el 86,2% depresión. Todo este análisis podría aseverar cómo en situaciones de enfermedades crónicas presentan un porcentaje alto de disfunción familiar donde la cohesión esta disminuida por ausencia de lazos familiares estrechos que los miembros de la familia tienen entre sí. Reyes (2017).

A nivel específico, al contrastar la hipótesis 02 que responde al objetivo específico 2: Determinar la relación entre la dimensión adaptabilidad familiar y depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 2020. Se observa en la tabla 11 que existe correlación negativa y

significativa entre adaptabilidad familiar y depresión ($\rho=-0,809$; $p=0,000<0,05$) , que existe relación entre adaptabilidad familiar y depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 2020. La correlación negativa implica una relación inversa entre las variables; es decir, a mejor adaptabilidad familiar, menor probabilidad de desarrollar depresión. 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. En la tabla 6, la mayoría refiere tener un nivel de adaptabilidad familiar medio (39,3%). Esto significa una adaptabilidad regular para cambiar sus reglas o normas de funcionamiento, roles, etc.; en su situación de crisis. Es así como en la investigación de Cuaresma, Medina y Salvatierra (2018), obtuvo una correlación estadísticamente significativa en otras palabras una relación de nivel medio entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas.

VI. CONCLUSIONES

Una vez finalizada la investigación se arribaron a las siguientes conclusiones:

- Primero.** Se logró demostrar el nivel medio de funcionamiento familiar de los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 2020.
- Segundo.** Se logró demostrar el nivel leve de depresión en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 2020.
- Tercero.** Se logró demostrar la relación negativa alta y significativa entre funcionamiento familiar y depresión ($\rho=-0,790$; $p=0,000<0,05$) en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 2020. Esta relación negativa implica una correlación inversa entre las variables; es decir, a mejor funcionamiento familiar, menor probabilidad de desarrollar depresión.
- Cuarto.** Se determinó la relación negativa y significativa entre la dimensión cohesión familiar y depresión ($\rho=-0,657$; $p=0,000<0,05$) en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, 2020. La relación negativa implica una correlación inversa entre las variables; es decir, a mejor cohesión familiar, menor probabilidad de desarrollar depresión.
- Quinto.** Se determinó la relación negativa y significativa entre adaptabilidad familiar y depresión ($\rho=-0,809$; $p=0,000<0,05$) en los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención Cusco, 2020. La relación negativa implica una correlación inversa entre las variables; es decir, a mejor adaptabilidad familiar, menor probabilidad de desarrollar depresión.

VII. RECOMENDACIONES

A haber establecido las conclusiones brindamos las siguientes recomendaciones:

- Primera.** A las investigadoras, se les recomienda seguir realizando investigaciones para conocer de qué manera el contexto familiar influye en las enfermedades crónicas y como los diferentes aspectos psicosociales se relacionan con la funcionalidad familiar.
- Segunda.** A las autoridades de los pobladores de la comunidad de Chapo Chico, La Convención, Cusco, para a través de un centro de salud cercano trabajar con un equipo multidisciplinario de salud y el sistema familiar para robustecer sus potencialidades, y así poder enfrentar situaciones adversas y de riesgo, fortaleciendo los planes, programas y estrategias de prevención.
- Tercera.** A la Municipalidad del distrito a través del departamento de salubridad ciudadana implementando conferencias y talleres con las familias donde se trabajen elementos centrales de un funcionamiento familiar sano para fortalecer su entorno y el desarrollo integral de sus miembros de la comunidad e intensificar la labor de promoción de salud y convivencia con profesionalmente especializados y reforzar las estrategias de formación ciudadana, promoviendo la toma de decisiones, como encuentros artísticos, deportivos, religiosos, culturales, donde los pobladores amplíen su visión de la sociedad, el mundo y estilos de vida saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arequipeño y Gaspar (2017). Resiliencia, felicidad y depresión en adolescentes de 3ero a 5to grado del nivel secundario de Instituciones Educativas estatales del distrito de Ate Vitarte, 2016. [Tesis de Licenciatura]. Lima-Perú: Universidad Peruana Unión; 2017
- 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 Diagnóstico 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.
- Bel A. (2016) La gran defensa del adolescente : la resiliencia [sede Web]. España: ISEP Instituto Superior de Estudios Psicológicos; 2015 [acceso.25demayode2016].[Internet].Availablefrom:<https://www.isep.es/actualidad-psicologia-clinica/la-gran-defensa-del-adolescente-la-resi>

liencia/

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/

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/

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>
- Fiorentino, MT. (2018) La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica* [Internet]. 2008 marzo [citado 13 de octubre del 2018];15(1):95-113. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604004>
- 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/autoestimaninoscompetencia-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)
- Garrido L. Fuentes (2010) interactivas de la resiliencia [sede Web].Perú : Resiliencia en la Educación; 2010 [acceso 25 de mayo 2016]. [Internet]. Available from: <http://resiliencialucy.blogspot.com/2010/08/fuentes-interactivas-de-la-resiliencia.html>
- 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.udel.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
- Luthar, S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). *The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work*. Child Development, 71 (3), pp. 543- 562.
- Meneghel I, Salanova M, Martínez I. (2013) El camino de la Resiliencia Organizacional -Una revisión teórica. Revista de psicología, Ciências de educación [revista en Internet] 2013 [acceso 30 de setiembre de 2016]; 31(2):[13-24] Available from <http://www.revistaaloma.net/index.php/alo>

- 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: Guadecon.
- 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.
- Organización Panamericana de la salud. Salud Mental en Adolescentes 2018 [sede Web]. Ginebra- Suiza: OPS ;2018 [actualizado el 3 de octubre de 2018; acceso el 27 de octubre de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?Option=com_content&view=article&id=14152:30-de-octubre-salud-mentalenadolescentes&Itemid=42050
- 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.
- Osorio L. (2014). La orientación para el fortalecimiento de la resiliencia en adolescentes en situaciones de riesgo [tesis Magister]. Caracas. Venezuela: Universidad de Carabobo.
- 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 de <http://servicios..edu.pe/ojs/index.php/PAIAN/article/view/82>.
- Sánchez C, Obando C, Castrillo M, Madriz A. (2018) Mecanismos de resiliencia en los niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo social: El paso de la calle a la escuela. *Revista investigación sobre la resiliencia en los sistemas educativos [revista en Internet] 2013 [acceso 30 de setiembre de 2018];1(1):[1-90]. Available from: http://wbgfiles.Worldbank.org/documents/hdn/ed/saber/supporting_doc/Country_Reports/ED_R/RR_Nicaragua_deliverable.pdf*
- 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/0024/0024_30/243050S.pdf
- Valderrama, S. (2013). Pasos para elaborar proyectos de investigación científica (Segunda edición). Lima: San Marcos
- Vanistendael, A (1994). *Humor y resiliencia: la sonrisa que da vida*. Barcelona: Gedisa.
- Wagnild y Young (1993). Escala de resiliencia de Wagnild y Young. Recuperado de <http://goo.gl/3NRXyK>
- 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
- 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

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y depresión en los pobladores de la Comunidad de Chapo Chico, La Convención Cusco, 2020?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>¿Cuál es la relación entre la dimensión cohesión familiar y depresión en los pobladores de la Comunidad de Chapo Chico, La Convención Cusco, 2020?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la dimensión Adaptabilidad familiar y depresión en los pobladores de la Comunidad de Chapo Chico, La Convención Cusco, 2020?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Demostrar la relación entre la funcionalidad familiar y Depresión en los pobladores de la Comunidad de Chapo Chico, La Convención Cusco, 2020.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Determinar la relación entre la dimensión cohesión familiar y depresión en los pobladores de la Comunidad de Chapo Chico, La Convención Cusco, 2020.</p> <p>Determinar la relación entre la dimensión adaptabilidad familiar y depresión en los pobladores de la Comunidad de Chapo Chico, La Convención Cusco, 2020.</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL</p> <p>Si existe relación entre la funcionalidad familiar y depresión en los pobladores de la Comunidad de Chapo Chico, La Convención Cusco, 2020.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECIFICAS</p> <p>Si existe relación entre la dimensión cohesión familiar y depresión en los pobladores de la Comunidad de Chapo Chico, La Convención Cusco, 2020.</p> <p>Si existe relación entre la dimensión adaptabilidad familiar y depresión en los pobladores de la Comunidad de Chapo Chico, La Convención Cusco, 2020</p>	<p>METODOS Y MATERIALES</p> <p>Tipo: Aplicada Nivel: Descriptiva Correlacional Diseño: No experimental</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA</p> <p>Población: Estará conformada por los pobladores de la comunidad de Chapo Chico de la Convención-Cusco.</p> <p>La muestra: será de 107 pobladores.</p> <p>El muestreo: Se utilizo el tipo No probabilístico por conveniencia.</p>

Anexo 2: Matriz de operacionalización

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Cohesión Familiar	Vinculación emocional	1,7,11, 13, 17	Ordinal Desligada (10 - 31) Separada (32 - 37) Conectada (38 - 43) Amalgamada (44 - 50)
		Límites familiares	5	
		Tiempo y amigos	3,9	
		Intereses y recreación	15, 19	
	Adaptabilidad Familiar	Liderazgo	2, 6, 12, 18	Rígida (10 - 19) Estructurada (20 – 24) Flexible (25 - 29) Caótica (30 - 50)
		Control	20	
		Disciplina	4, 10	
		Roles y reglas	8,14, 16	
		Asertividad	20	
		Auto concepto	31	
		Autorrealización	13	
Interdependencia	3			

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	NIVELES Y RANGOS
Depresión	Cognitiva	Pérdida de peso	5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 18	Normal o Ausencia de Depresión: 25 - 49
		Estreñimiento		
		Mente despejada Confianza en el futuro		
	Afectiva	Decisiones	1, 2, 3, 4, 16, 17, 19, 20	Depresión leve: 50 - 59
		Tristeza		
		Llorar		
		Tranquilidad por las mañanas		
	Conductual	Nerviosismo	12, 13, 14, 15.	Depresión Moderada: 60 - 69 Depresión severa: 70 o mas
		Vida satisfecha		
		Depresión Utilidad en mi persona		
Conductual	Cansancio sin motivo	12, 13, 14, 15.	Depresión Moderada: 60 - 69 Depresión severa: 70 o mas	
	Como igual que antes			
	Problemas para dormir			
Conductual	Actividades cotidianas	12, 13, 14, 15.	Depresión Moderada: 60 - 69 Depresión severa: 70 o mas	
	Irritabilidad			
	Presión cardiovascular			
Conductual	Relaciones interpersonales	12, 13, 14, 15.	Depresión Moderada: 60 - 69 Depresión severa: 70 o mas	
	Estilos de vida			

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

ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG

Edad:..... **Sexo:** H () M() **Grado de Instrucción:****Trabajo:**
Estado Civil: **Otros:**.....

Título de la Investigación: “Funcionalidad familiar y su relación con la depresión en los pobladores de la Comunidad de Chapo Chico, La Convención Cusco.”

Instrucciones: Estimado (a) Sr(a) (ita), el presente test forma parte de un estudio encaminado a obtener información respecto a la depresión en los pobladores de esta comunidad; 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°	ITEMS	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.				

Anexo 4: Validación de instrumentos.

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

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo



Dr.

Firma del Validador

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

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



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

VALIDEZ DEL CONTENIDO DE LA ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG.

<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

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Dr.

Firma del Validador

VALIDEZ DEL CONTENIDO DE LA ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG.

Dimensiones	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

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems



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
44	5	1	1	1	2	1	5	1	1	1	2	5	5	1	5	1	5	2	5	1
23	2	2	5	1	5	1	5	2	1	1	5	1	1	1	5	1	5	1	5	2
37	5	2	1	5	5	5	1	1	5	1	1	1	5	2	1	3	4	3	3	2
102	3	4	3	3	5	2	5	5	5	5	5	1	5	2	2	5	5	1	2	1
1	1	5	5	2	5	1	2	1	5	1	5	5	5	2	5	3	4	3	3	5
4	3	4	3	3	5	2	1	1	5	1	1	1	1	1	1	3	3	4	3	2
7	3	3	4	3	5	1	2	5	1	1	5	1	5	2	5	4	5	5	4	1
35	4	1	5	4	5	2	5	1	5	5	5	5	5	1	2	1	1	5	2	2
62	5	1	5	2	5	1	2	1	1	3	4	3	3	2	5	1	5	1	2	5
24	5	1	5	2	2	1	2	1	5	5	5	1	2	1	2	5	1	4	5	2
43	5	1	4	5	1	5	1	5	2	3	4	3	3	1	5	4	1	3	4	1
56	4	1	3	4	1	1	2	1	5	3	3	4	3	1	2	4	5	1	3	2
68	4	5	1	3	2	2	1	2	1	4	1	5	4	1	2	4	5	1	3	1
74	4	5	1	3	1	1	1	1	2	1	1	5	2	1	1	1	1	2	2	1
80	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	5	2	1	2	2	1	1	2	1
81	1	2	1	1	2	2	1	2	1	5	1	4	5	1	2	1	2	1	2	1
92	2	1	2	1	1	1	2	1	1	4	1	3	4	1	2	1	2	1	2	2
93	2	2	1	1	2	2	2	1	1	4	5	1	3	1	1	2	1	1	2	1
99	2	1	2	1	2	1	1	1	1	4	5	3	4	3	3	1	1	2	2	1
2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	5	1	1	2	1	2	1	1	2
10	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	3	4	3	3	2	1	1	2	2
21	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	3	3	4	3	1	2	1	2	1
29	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	4	1	5	4	1	2	2	1	1
33	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	5	2	1	2	1	1	2

34	1	1	1	3	4	3	3	2	2	2	1	1	1	5	2	1	2	1	2	1
57	2	1	2	5	1	1	2	1	2	2	1	5	1	4	5	1	1	1	2	1
75	2	1	2	3	4	3	3	1	2	2	1	4	1	3	4	1	1	1	2	1
90	1	1	1	3	3	4	3	2	2	2	1	4	5	1	3	1	2	1	2	1
9	1	2	1	4	1	5	4	2	2	1	1	4	5	1	3	2	2	2	1	1
17	1	2	1	1	1	5	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1
39	1	2	1	1	1	5	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1
51	1	1	1	5	1	4	5	2	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1
76	1	1	2	4	1	3	4	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1
3	1	1	2	4	5	1	3	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	3	2	1
32	1	1	1	4	5	1	3	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1
59	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1
65	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2
71	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2
104	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	3	2	1
105	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1
25	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2
14	1	1	2	1	2	2	1	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	1	1	2
27	1	2	1	3	2	2	4	2	1	1	1	3	4	1	3	1	1	1	3	1
28	2	1	3	3	2	1	2	2	1	3	1	1	1	5	3	2	1	2	3	1
85	1	1	2	2	5	2	2	3	2	2	4	3	3	1	1	2	2	5	4	3
86	2	1	1	1	5	5	5	1	1	3	2	5	3	2	1	4	1	1	2	5
11	4	2	4	2	4	1	4	2	4	5	3	1	4	3	4	3	3	1	4	2
31	4	2	4	2	4	1	4	2	4	5	3	1	4	3	4	3	3	1	4	2
63	4	2	4	2	4	1	4	2	4	5	3	1	4	3	4	3	3	1	4	2
88	4	2	4	2	4	1	4	2	4	5	3	1	4	3	4	3	3	1	4	2
106	5	1	4	1	3	1	5	2	5	5	4	1	5	2	4	3	4	2	3	1
13	4	4	4	2	4	4	5	4	4	2	3	2	1	2	1	4	3	3	5	2
16	2	4	5	3	3	4	4	2	2	1	3	5	2	4	4	1	5	2	5	2
42	3	4	2	2	3	5	1	2	1	1	1	2	4	4	5	5	4	5	5	4

45	3	4	5	1	2	3	2	2	3	1	4	4	3	5	5	1	5	5	3	2
46	3	1	3	1	5	4	3	1	5	3	3	4	5	1	4	3	5	2	5	2
48	3	4	5	1	2	3	2	2	3	1	4	4	3	5	5	1	5	5	3	2
52	2	1	4	4	3	4	4	4	3	4	3	5	1	3	4	2	1	5	1	5
61	5	1	2	5	3	2	2	3	3	4	2	3	5	4	5	5	5	1	2	1
6	4	5	4	4	2	2	3	5	2	4	1	4	2	4	5	2	2	4	2	3
15	1	4	1	5	3	4	4	5	5	3	2	4	3	2	4	2	3	5	3	1
36	5	3	4	2	5	3	3	5	3	1	4	2	3	2	3	3	3	3	3	4
53	1	5	3	3	3	4	4	5	4	3	2	3	5	2	2	4	3	5	2	1
66	1	4	5	5	3	2	3	5	3	2	1	5	5	2	2	4	3	2	4	3
72	5	5	1	1	4	5	3	4	3	1	1	1	5	3	5	1	3	5	5	3
89	5	5	1	1	4	5	3	4	3	1	1	1	5	3	5	1	3	5	5	3
97	1	5	3	3	3	4	4	5	4	3	2	3	5	2	2	4	3	5	2	1
107	1	4	1	5	3	4	4	5	5	3	2	4	3	2	4	2	3	5	3	1
40	5	5	4	5	2	2	5	4	2	4	5	1	1	2	5	3	3	1	1	5
41	5	5	4	5	2	2	5	4	2	4	5	1	1	2	5	3	3	1	1	5
49	2	3	5	2	4	4	5	2	3	3	5	1	3	4	3	2	5	1	5	3
50	2	5	3	4	3	4	1	4	2	4	3	4	3	3	4	5	5	3	2	1
54	5	5	4	5	2	2	5	4	2	4	5	1	1	2	5	3	3	1	1	5
55	2	5	3	4	3	4	1	4	2	4	3	4	3	3	4	5	5	3	2	1
58	4	3	5	5	5	2	5	5	3	2	3	3	4	3	5	2	1	1	1	3
84	1	5	5	2	5	3	1	2	4	3	4	1	5	4	4	4	4	4	1	3
95	1	4	5	5	4	3	5	5	4	3	1	1	5	2	3	3	3	2	1	5
101	1	4	5	5	4	3	5	5	4	3	1	1	5	2	3	3	3	2	1	5
103	5	5	2	3	4	4	1	1	5	5	5	1	4	5	2	2	2	4	2	3
12	4	4	2	3	3	3	4	4	4	2	4	1	3	4	2	1	4	4	5	5
20	4	1	4	1	4	2	4	1	3	5	4	5	1	3	5	2	5	4	5	3
83	4	1	4	1	4	2	4	1	3	5	4	5	1	3	5	2	5	4	5	3
96	4	5	2	1	2	5	5	4	4	3	3	3	1	3	3	3	5	4	3	3
70	4	4	4	3	3	3	5	5	5	4	4	4	4	3	4	5	3	5	4	5

73	4	4	4	3	3	3	5	5	5	4	4	4	4	3	4	5	3	5	4	5
98	4	4	4	3	3	3	5	5	5	4	4	4	4	3	4	5	3	5	4	5
5	3	5	4	5	5	4	4	5	4	3	5	3	4	5	4	4	3	5	4	4
22	4	4	4	4	5	5	4	5	5	4	3	4	3	4	5	5	4	4	5	3
78	4	4	4	4	5	5	4	5	5	4	3	4	3	4	5	5	4	4	5	3
19	5	3	5	5	3	4	4	4	4	5	5	5	4	5	4	5	3	5	4	5
30	5	5	4	4	4	5	4	4	5	5	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4
38	5	5	4	4	4	5	4	4	5	5	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4
91	5	3	5	5	3	4	4	4	4	5	5	5	4	5	4	5	3	5	4	5
47	4	4	5	4	5	4	5	4	5	5	4	4	4	5	4	4	5	5	4	5
60	5	5	4	5	5	3	4	4	4	5	4	4	5	5	5	4	4	4	5	5
94	5	5	4	5	5	3	4	4	4	5	4	4	5	5	5	4	4	4	5	5
100	4	4	5	4	5	4	5	4	5	5	4	4	4	5	4	4	5	5	4	5
26	4	4	5	3	3	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5
77	4	5	4	4	5	4	5	4	4	5	5	4	5	5	5	5	4	4	5	4
8	4	5	4	5	5	5	5	4	5	3	5	4	4	5	5	3	5	5	5	5
64	4	5	4	5	5	5	5	4	5	3	5	4	4	5	5	3	5	5	5	5
67	4	5	4	4	4	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5
69	4	5	4	5	5	5	5	4	5	3	5	4	4	5	5	3	5	5	5	5
79	4	5	4	4	4	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5
82	5	4	5	4	4	4	5	4	5	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4
87	4	5	4	5	5	5	5	4	5	3	5	4	4	5	5	3	5	5	5	5
18	4	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5

Variable Depresión

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

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

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

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