



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
INDOAMÉRICA**

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

TEMA:

**EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA
DEPRESIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE LOS OCTAVOS AÑOS DE
EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA ÁNGEL POLIBIO
CHAVES CANTÓN GUARANDA.**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Psicólogo General de la
Universidad Tecnológica Indoamérica Modalidad de investigación

Autor

Gualpa Sánchez Michel Estefania

Tutor(a)

Ps. Cl. Ortiz M Sandra. MSc

AMBATO– ECUADOR

2020

**AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA,
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN
ELECTRÓNICA DEL TRABAJO DE TÍTULACIÓN**

Yo, Michel Estefanía Gualpa Sánchez, declaro ser autor del Trabajo de Titulación con el nombre “El funcionamiento familiar y su influencia en la depresión de los estudiantes de los octavos años de educación básica de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves cantón Guaranda”, como requisito para optar al grado de Psicólogo General y autorizo al Sistema de Bibliotecas de la Universidad Tecnológica Indoamérica, para que con fines netamente académicos divulgue esta obra a través del Repositorio Digital Institucional (RDI-UTI).

Los usuarios del RDI-UTI podrán consultar el contenido de este trabajo en las redes de información del país y del exterior, con las cuales la Universidad tenga convenios. La Universidad Tecnológica Indoamérica no se hace responsable por el plagio o copia del contenido parcial o total de este trabajo.

Del mismo modo, acepto que los Derechos de Autor, Morales y Patrimoniales, sobre esta obra, serán compartidos entre mi persona y la Universidad Tecnológica Indoamérica, y que no tramitaré la publicación de esta obra en ningún otro medio, sin autorización expresa de la misma. En caso de que exista el potencial de generación de beneficios económicos o patentes, producto de este trabajo, acepto que se deberán firmar convenios específicos adicionales, donde se acuerden los términos de adjudicación de dichos beneficios.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Ambato, a los 4 días del mes de febrero de 2020, firmo conforme:

Autor: Michel Estefanía Gualpa Sánchez



Firma:

Número de Cédula: 020236775-1

Dirección: Tungurahua, Ambato

Correo Electrónico: michelestefaniagualpa@hotmail.com

Teléfono: 0963702273

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Titulación “El funcionamiento familiar y su influencia en la depresión de los estudiantes de los octavos años de educación básica de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves cantón Guaranda” presentado por Michel Estefania Gualpa Sánchez, para optar por el Título Psicólogo General,

CERTIFICO

Que dicho trabajo de investigación ha sido revisado en todas sus partes y considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del Tribunal Examinador que se designe.

Ambato, 4 de febrero de 2020



Ps. Cl. Ortiz M Sandra. MSc

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Quien suscribe, declaro que los contenidos y los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, como requerimiento previo para la obtención del Título de Psicólogo General, son absolutamente originales, auténticos y personales y de exclusiva responsabilidad legal y académica del autor

Ambato, 4 de febrero de 2020



Gualpa Sánchez Michel Estefania

CI 020236775-1

APROBACIÓN TRIBUNAL

El trabajo de Titulación, ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, sobre el Tema: EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE LOS OCTAVOS AÑOS DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA ÁNGEL POLIBIO CHAVES CANTÓN GUARANDA, previo a la obtención del Título de Psicólogo General, reúne los requisitos de fondo y forma para que el estudiante pueda presentarse a la sustentación del trabajo de titulación.

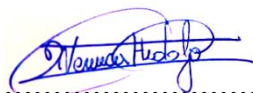
Ambato, 4 de febrero de 2020



.....
Ps.Cl.Jorge Luis Cisneros Bedon
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Ps. Cl. María Augusta López Mg.

.....
Ps. CL. Maria Augusta López Loyola
VOCAL



.....
Ps.Ed. Verónica Nataly Hidalgo Vásquez
VOCAL

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado con amor a mis padres Francisco, Marina que fueron parte fundamental para culminar con mis estudios, en especial se lo dedico a mi madre quien es un apoyo incondicional en todo lo que me propongo a estar en cada momento difícil de mi vida para culminar con mi carrera, a mis hermanitos Cristian, Adrián, Matías que estuvieron presentes en este proceso y siempre esperando lo mejor de mi

Gualpa Sánchez Michel Estefania

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por guiarme en cada uno de mis pasos, a mis abuelitos que desde el cielo siempre están cuidándome para ser una gran persona, doy gracias a mis padres que siguen luchando por darme lo mejor para alcanzar cada una de mis metas y cumplirlas.

Gualpa Sánchez Michel Estefania

ÍNDICE DE CONTENIDOS

AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR	ii
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	iii
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD.....	v
APROBACIÓN TRIBUNAL.....	vi
DEDICATORIA.....	vii
AGRADECIMIENTO	viii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	ix
ÍNDICE DE TABLAS.....	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
RESUMEN EJECUTIVO	xiv
ABSTRACT:	xv
Introducción	1

CAPÍTULO 1

El Problema.....	3
Contextualización.....	5
Antecedentes.....	7
Contribución teórica y social.....	9
Fundamentaciones.....	10
Fundamentación Epistemológica	10
Fundamentación Psicológica	10
Justificación	11
Objetivos	12
Objetivo General	12
Objetivos Específicos	12
MARCO CONCEPTUAL.....	13
Funcionamiento familiar	13
Definición.....	13
Dimensiones.....	14
Formas de funcionamiento familiar	20

Tipos de familia.....	23
DEPRESIÓN	27
Definición.....	27
Síntomas	28
Niveles	31
Causas	34
Consecuencias.....	36
Trastornos depresivos	37

CAPÍTULO 2

Metodología	42
Diseño del trabajo	42
Área de estudio	44
Población y muestra.....	44
Instrumentos de investigación	45
Escala de adaptabilidad y cohesión familiar (faces III)	45
Inventario de depresión infantil (CDI)	47
Procedimientos para obtención y análisis de datos.....	48
Actividad	48

CAPÍTULO 3

Análisis e interpretación.....	49
Diagnóstico de la situación actual.....	49
Comprobación de la hipótesis.	52

CAPÍTULO 4

Conclusiones y recomendaciones	56
Conclusiones.....	56
Recomendaciones.....	58
Discusión	59

CAPÍTULO 5

Propuesta	61
Tema de la propuesta.....	61
Justificación.	61
Objetivos.	61

Estructura técnica de la propuesta.....	62
Argumentación teórica.	63
Diseño técnico de la propuesta.	65
Desarrollo Taller I.....	67
Desarrollo Taller II.....	71
Desarrollo Taller III	74
Bibliografía	78
Anexos	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población de estudio	44
Tabla 2. Escala de adaptabilidad y cohesión familiar	46
Tabla 3. Inventario de depresión infantil	47
Tabla 4. Escala de adaptabilidad y cohesión familiar (faces III)	49
Tabla 5. Inventario de depresión infantil (CDI).....	51
Tabla 6. Frecuencias Observadas	53
Tabla 7. Frecuencias Esperadas	54
Tabla 8. Cálculo de Chi Cuadrado	54
Tabla 9. Plan Operativo.....	65
Tabla 10. Taller I.....	66
Tabla 11 Taller II.....	70
Tabla 13. Taller III	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de la Población	44
Gráfico 2. Escala de adaptabilidad y cohesión familiar	49
Gráfico 3. Inventario de depresión infantil (CDI).....	51
Gráfico 4. Chi-Cuadrado	55

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDO AMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

TEMA: “EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE LOS OCTAVOS AÑOS DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA ÁNGEL POLIBIO CHAVES CANTÓN GUARANDA”

AUTOR: Gualpa Sánchez Michel Estefania

TUTOR: Ps. Cl. Ortiz M Sandra. MSc

RESUMEN EJECUTIVO:

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo investigar el funcionamiento familiar y su influencia en la depresión de los estudiantes de octavos años de educación básica de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves del cantón Guaranda; para su efecto, se empleó dos instrumentos de investigación hacia una población de 60 alumnos, a quienes se administró la Escala de adaptabilidad y cohesión familiar (faces III) para la primera variable, cuyos resultados indicaron que la mitad de los estudiantes presentaron un rango extremo, caracterizados porque conviven en hogares que suelen ser disfuncionales; dos quintas partes exponen un rango medio cuyo funcionamiento familiar presenta ciertas dificultades como consecuencia de situaciones estresantes; finalmente, un...a tercera parte evidencia un rango balanceado, denominados también familias centrales y son interpretados como un rango adecuado. Del mismo, se utilizó el Inventario de depresión infantil (CDI) direccionado a la medición de la sintomatología depresiva en los estudiantes, obteniendo como resultado que la mitad de los alumnos presentan una sintomatología severa depresiva, una cuarta parte expone una sintomatología leve, presentando de manera regular ciertos síntomas como un estado de ánimo irritable; por último, otra tercera parte no indica señal alguna de la afección. Mediante el método estadístico Chi Cuadrado, se determinó la correlación entre las variables, la cual indica que el funcionamiento familiar influye en la depresión de los estudiantes de los octavos años de educación básica de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves Cantón Guaranda. Con base en esta investigación se diseñó una propuesta denominada “Talleres para fomentar una adecuada funcionalidad familiar en los estudiantes y padres de familia de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves” enfocado en el trabajo de familias cuyos integrantes presentan conflictos o malas conductas entre sí.

DESCRIPTORES: Funcionamiento, Familiar, Depresión, Estudiantes

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDO AMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

THEME: “FAMILY FUNCTIONING AND ITS INFLUENCE ON DEPRESSION AMONG EIGHTH-YEAR STUDENTS IN THE EDUCATION UNIT ÁNGEL POLIBIO CHAVES CANTÓN GUARANDA”.

AUTHOR: Gualpa Sánchez Michel Estefania

TUTOR: Ps. Cl. Ortiz M. Sandra MSc

ABSTRACT:

The objective of this research work was to investigate family functioning and its influence on depression in eighth grade students in the Angel Polibio Chaves Educational Unit in Guaranda County. Two research instruments were used for this purpose in a population of 60 students, who were administered the Family Adaptability and Cohesion Scale (Faces III) for the first variable, whose results indicated that half of the students presented an extreme range, characterized by living in homes that are usually dysfunctional; Two fifths of the students showed a medium range, whose family functioning presents certain difficulties as a consequence of stressful situations; finally, a third showed a balanced range, also called central families, and were interpreted as an adequate range. From the same, the Childhood Depression Inventory (CDI) was used to measure the depressive symptomatology in the students, obtaining as a result that half of the students present a severe depressive symptomatology, a fourth part exposes a mild symptomatology, regularly presenting certain symptoms as an irritable state of mind; finally, another third does not indicate any sign of the condition. By means of the statistical method Chi Cuadrado, the correlation between the variables was determined, which indicates that the family functioning influences in the depression of the students of the eighth years of basic education of the Educational Unit Ángel Polibio Chaves Cantón Guaranda. Based on this research, a proposal called "Workshops to promote adequate family functioning in students and parents of the Angel Polibio Chaves Educational Unit" was designed, focused on the work of families whose members present conflicts or bad behavior among themselves.

KEY WORDS: Functioning, Family, Depression, Students

Introducción

La presente investigación se ha centrado en el ámbito de la psicología clínica para observar exhaustivamente el funcionamiento familiar; es decir, la capacidad que tiene la familia para satisfacer las necesidades de los integrantes y la adaptación ante circunstancias de cambio, sin embargo, cuando situaciones negativas se originan dentro del hogar se desencadenan resultados nefastos para sus miembros afectando su salud física, psíquica y social. Por tanto, es significativo determinar de qué forma el contexto de la familia influyen en la depresión.

Con el objeto de facilitar la comprensión del presente documento, el mismo se encuentra estructurado en cinco capítulos, detallados a continuación:

El capítulo I se enfoca en el problema mismo de la investigación, aborda la contextualización, antecedentes basados en estudios similares, fundamentación epistemológica y psicológica, así también contiene la justificación, objetivo general y específicos y finalmente se desarrolla el marco conceptual sobre las dos variables del tema de estudio.

El capítulo II, hace referencia a la metodología determinada por el enfoque investigativo, modalidad, área de estudio, métodos, técnicas e instrumentos; este último se basa en los reactivos psicológicos permitiendo analizar los datos de la población.

El capítulo III, contiene el análisis e interpretación de los resultados obtenidos a partir de la Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión familiar fases III de Olson e inventario de depresión infantil de Kovacs, descripción y representación gráfica de los resultados obtenidos en la investigación realizada, análisis de los datos cuantitativos y la interpretación cualitativa de los datos obtenidos, en relación con la teoría expuesta y cuadros de comprobación con métodos estadísticos.

El capítulo IV abarca conclusiones y recomendaciones realizadas en base a los objetivos tanto general como específicos y por último la discusión en donde se coteja la información teórica con la información obtenida en la presente investigación, sin dejar de lado los antecedentes, información que nos lleva a la comprobación de la hipótesis.

El capítulo V desarrolla la propuesta, misma que incluye el tema fomentar una adecuada funcionalidad familiar en los estudiantes de igual manera se establece la justificación, además de los objetivos y finalmente las actividades tanto para los padres como para los estudiantes a través de talleres, charlas y realización de actividades enfocadas a la disminución del problema detectado.

Capítulo I

El Problema

La familia es la influencia más importante en la vida de un niño, proporciona seguridad, identidad y valores a cada uno de sus miembros, independientemente de su edad. Por esta razón cuando una familia es disfuncional y existen conflictos internos en el hogar, los niños se desarrollan de diferente manera, posiblemente sufren carencias de diferente índole, son violentados en sus derechos, padecen de negligencia por parte de sus progenitores, convirtiendo su propio hogar en un escenario no apto para un adecuado desarrollo de los niños y adolescentes especialmente, porque llegan a considerar que ese estilo de vida es normal y lo aceptan como parte de su vida. Aquello lo reflejan en su entorno, particularmente, en su ambiente escolar, en donde se manifiestan con comportamientos inadecuados frente a sus compañeros y maestros.

En referencia a la depresión, se puede acotar que la tasa de incidencia de depresión en niños y adultos va en incremento en la última década; no obstante, la información y la conciencia sobre ésta no se ha aplicado al mismo ritmo. Es una afección de salud grave, que en caso de no ser tratada podría traer consigo problemas a futuro; en los niños y adolescentes esta afección conlleva ciertos efectos como poco interés por las actividades sociales, dificultades con su concentración, insomnio o excesivo sueño y problemas de alimentación; asociado a problemas en sus actividades académicas.

El buen o mal funcionamiento familiar constituye un elemento que determina la conservación de la salud o manifestación de enfermedades tanto físicas, emocionales o psíquicas entre sus integrantes; así pues, en la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves, se pretende identificar aquellos problemas vinculados con el funcionamiento familiar, principalmente los que se relacionan con afecciones clínicas como la depresión, dicho problema inquieta al centro educativo, evidenciando que varios de sus estudiantes presentan baja autoestima, pérdida de

interés para el desarrollo de actividades concernientes a su edad, falta de concentración durante la ejecución de sus tareas curriculares, aislamiento, sentimientos de tristeza y retraimiento social. Considerando que este problema puede afectar a cualquier persona, se ha visto la necesidad de estudiar el funcionamiento familiar y la depresión en los estudiantes; de esta manera se podrá detectar las falencias y problemas más recurrentes en los estudiantes, con el objetivo de plantear posibles soluciones a las mismas.

Contextualización

A nivel mundial uno de los temas de mayor interés para las investigaciones ha sido la relación existente entre el funcionamiento familiar y el desarrollo de enfermedades crónicas en los niños, entre ellas la depresión, en su mayor parte, el funcionamiento familiar se ha conceptualizado y medido en varias dimensiones, entre ellas la cohesión y la adaptabilidad. Así pues, el Centro de Salud y Bienestar Estudiantil de Estados Unidos (SHCS por sus siglas en inglés) señala que “el 46% de los padres estadounidenses, no pasan suficiente tiempo con sus hijos; mientras que el 47% se identifican como incapaces de satisfacer las necesidades básicas del hogar” (SHCS, 2017, p.1). Cualquier familia está en riesgo de desarrollar una relación disfuncional, cuando hay uso de drogas, amenazas de violencia o irresponsabilidad de uno de los padres para criar a un niño en la forma en que deberían convivir, los riesgos aumentan con cada factor adicional.

La depresión es un trastorno clínico que afecta a cualquier persona independientemente de su edad, género o condición económica; la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que “264 millones de personas en el mundo son afectadas por esta afección, de donde 76% y el 85% de las personas en países de ingresos bajos y medianos no reciben tratamiento para su trastorno” (OMS, 2020, p.1). La carga de la depresión y otras afecciones de salud mental está en aumento a nivel mundial; los obstáculos para una atención eficiente incluyen principalmente la escasez de recursos, falta de profesionales médicos capacitados, así como el estigma social relacionado con trastornos mentales.

La desigualdad afecta a América Latina de muchas formas y la vida familiar no es una excepción; de acuerdo con Cambridge Core “entre el 15 a 30% de niños no es hijo o hija del jefe del hogar, pueden estar viviendo con otros parientes, incluidos abuelos, tíos, tías o no familiares, denominándoles hogares extendidos” (2018, p.42). Pocas de estas familias en la región incluyen dos parejas adultas; la mayoría se compone de una pareja que reside conjuntamente con otros parientes, es decir no en una unión. Estos resultados reflejan un sistema muy fluido de arreglos de vivienda, en el cual los hogares nucleares preexistentes incorporan a otros familiares que necesitan vivienda.

Así también, la jefatura femenina en la región Latinoamericana ha acrecentado drásticamente desde la década de 1970, para la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) “las féminas jefas comprenden entre las edades de 35 y 44 años y particularmente son madres solteras, separadas, divorciadas o viudas; resultado de uniones de corta duración debido a la disolución sindical” (CEPAL, 2018, p.25). Pese a que la cifra de familias monoparentales crece año con año, se debe señalar que la participación de ambos padres en la vida del menor desempeña un rol importante en su desarrollo psicoemocional y en la formación de valores básico de convivencia.

Es necesario exponer que en los últimos años se ha prestado atención a la salud mental de América Latina, pues con base en los datos de la OMS “varios estudios epidemiológicos en la región han demostrado una prevalencia constante del 18-25% de los trastornos mentales en las comunidades” (2016, p.1). Adicional a ello, en concordancia con la Organización Panamericana de la Salud “un porcentaje mayor al 90% de víctimas de suicidio padecieron de un trastorno mental crónico como la depresión, cuya prevalencia es significativa en la adultez” (OPS, 2017, p.1). Las mismas organizaciones han enfatizado la necesidad de políticas descentralizadas, la participación de la comunidad y la atención primaria como vehículos cruciales en la provisión de salud mental, un enfoque multidisciplinario para la atención de los pacientes mentales y sus familias, fuertes esfuerzos educativos y coherente defensa de los derechos humanos.

En Ecuador, se ha intentado establecer un precedente para decrecer las cifras de ambientes familiares hostiles y promover una mejor estructura y funcionalidad familias para niños y adolescentes; sin embargo, aún hace falta trabajar para llegar a este objetivo. Los datos estadísticos proporcionados por el Centro de Operaciones de Emergencia Metropolitano (COE) destacan que “5 de cada 10 ecuatorianos sufrieron de violencia intrafamiliar durante el 2017, de este número el 62% pertenece al género femenino. De la cifra expuesta sólo el 5.1% recibió asistencia médica como resultado de la violencia” (COE, 2018, p.1). Los efectos en los niños que son testigos de este tipo de abuso, se manifiestan con una predisposición a contraer problemas de salud físicos y mentales a largo plazo, además de adoptar comportamientos violentos en su entorno social.

En las últimas tres décadas, en el país se han impulsado las actividades dirigidas a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades mentales. Según la OMS en Ecuador “la prevalencia de depresión es mucho mayor en la edad adulta, pues el 7.5% de las mujeres y un 5.5% de hombres entre 55 y 74 años la padecen, siendo la dolencia más común en las féminas que en varones” (2017, p.1). Por ello y para cubrir las necesidades de la población que padecen alteraciones en su salud mental, es necesario que los establecimientos de salud cuenten con personal capacitado para brindar el tratamiento adecuado para cada caso, de una manera eficaz y eficiente; así también se considera de gran valía que principalmente en los establecimientos de Primer Nivel de Atención de Salud se generen alianzas intersectoriales, que impulsen actividades de prevención de enfermedades mentales y de promoción de la salud, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las familias y disminuyan los casos que requieran de una atención psicológica y psiquiátrica; a más de cambios en la parte operativa se considera necesario contar con una Política Pública, protocolos y lineamientos para las atenciones en salud mental que permitan mejorar cuantitativamente y cualitativamente la atención en salud mental en todo el país.

En la provincia de Bolívar, según el Adjuntante de Barcelona, considera que el entorno familiar constituye un elemento importante para sus habitantes.

El 85% de la población expresó la importancia de cuidar y proteger a la familia; el 77,6% indica como aspecto significativo el compartir momentos lúdicos con sus hijos; mientras que el 88.8% de padres señala la trascendencia de cuidar a los niños y niñas del hogar (2016, p.45).

En concordancia con los datos expuestos, se puede visualizar que los padres de familia bolivarenses velan por el bienestar de la familia y los hijos, incidiendo en el desarrollo de valores, factores comunicacionales y relaciones fructíferas entre sus integrantes y en su ambiente social.

Antecedentes

El funcionamiento familiar puede verse afectado de manera diferente según el entorno de un hogar; las manifestaciones como violencia intrafamiliar juegan un rol importante como una de las problemáticas dentro del hogar, arraigadas a las

afecciones de carácter emocional y psicológico. El estudio efectuado por Martín *et al.*, concluye que “los adolescentes con intentos suicidas por lo general provienen de una familia disfuncional, caracterizados por dificultades en la permanencia de procesos dinámicos de la dinámica familiar, aquello trae consigo incumplimiento en funciones como la crianza y socialización del menor” (2017, p.281). Dichas disfunciones se evidencian como expresiones de negligencia y maltrato infantil en la población estudiada, repercutiendo sustancialmente en la función educativa del adolescente. Igualmente se observa que existen otros elementos que influyen en la depresión del menor como las dificultades comunicativas entre miembros del hogar, poca expresión de afecto, y la presencia de crisis paranormativas, particularmente en divorcios e internamiento de algún integrante a la cárcel.

La depresión en la juventud es frecuente e incapacitante y tiende a presagiar un curso crónico y recurrente de enfermedad o discapacidad en la edad adulta; se consideran que las dificultades para regular las emociones evocadas después de eventos estresantes de la vida llevan a la depresión, por ello, la investigación de Stikkelbroek *et al.*, concluyó que “en el 88.3% de los casos analizados, los acontecimientos estresantes de la vida relacional se asociaron con síntomas depresivos en los adolescentes” (2016, p.1). con este estudio, se confirmó la relación existente entre la depresión y las emociones cognitivas; además los eventos de vida estresantes que amenazan la salud y que suponen un desafío relacional se vincularon con síntomas depresivos, y toman una postura de auto-culpabilizarse cuando las acciones de una persona no son las esperadas.

La prevalencia de la depresión grave aumenta durante la adolescencia y se produce un fuerte aumento alrededor de los 12 años de edad; existen pruebas sólidas de que los patrones de interacción familiar son predictores constantes del desarrollo infantil y factores más significativos en la salud mental de una persona. Bajo este precepto Lewis *et al.*, en su investigación concluyen que “en el 69,7% de los casos el alto conflicto familiar, la inestabilidad residencial y la baja cercanía emocional con los padres se asociaron independientemente con los síntomas depresivos de los adolescentes” (2015, p.131). Hubo un género significativo por interacción de cercanía emocional; las mujeres que informaron una baja cercanía emocional con sus padres tenían 2.3 veces más probabilidades de reportar síntomas depresivos

altos, que las mujeres que informaron tener altas conexiones emocionales con los mismos. Se indica que las adolescentes pueden ser más susceptibles a tipos particulares de estrés y particularmente a la calidad de la relación padre-hijo.

Contribución teórica y social

El presente trabajo investigativo ofrece su contribución teórica, constituida como un precedente para estudios posteriores sobre el funcionamiento familiar y la depresión en niños y adolescentes; pues esta afección figura como un trastorno mental común en varios grupos poblacionales, no obstante, en los niños presentan características específicas y se acompaña de severos y drásticos efectos funcionales. Su análisis y estudio se ha llevado a cabo en varias poblaciones, con diferentes metodologías permitiendo conocer de mejor manera los diversos aspectos que lo abordan como factores de riesgo, prevención y tratamientos.

En el centro educativo seleccionado, no se han ejecutado investigaciones sobre los trastornos depresivos, ni la influencia entre la depresión y el funcionamiento familiar; por ello, el presente trabajo contribuirá satisfactoriamente con el aporte de elementos teóricos sobre esta temática, generando en la comunidad educativa un mayor interés por la identificación oportuna de posibles casos de depresión en adolescentes de la institución, y para los casos en donde las manifestaciones ya se encuentren presentes, generar y/o fortalecer los programas y protocolos de intervención.

La investigación también presenta su contribución social, debido a que permite conocer la realidad respecto a la funcionalidad de las familias de los estudiantes de la institución educativa en mención y su relación con las diferentes manifestaciones comportamentales de los estudiantes, de tal manera que se pueda abordar temas de salud mental, no únicamente con los adolescentes sino también con las familias, en busca de un beneficio común.

Fundamentaciones

Fundamentación Epistemológica

El enfoque epistemológico de la investigación se fundamenta en el empirismo, es simplemente la cuestión de prestar atención a sus propios sentidos cuando está evaluando una afirmación de verdad. Agrega a esto una afirmación de que los sentidos son una fuente de información particularmente confiable, de hecho, la única fuente de información sobre cómo es el mundo. De acuerdo con Rüdiger “se basa en la idea de que nuestros sentidos son la fuente fundamental de todo nuestro conocimiento. La idea de que existen dentro de nosotros todas las ideas innatas sobre las verdades fundamentales del universo es absurda e innecesariamente complicada” (2018, p.305). Indica que el conocimiento se deriva de la experiencia; dicho de otra forma, el conocimiento humano es producto de los sentidos y la experiencia directa de las cosas en nuestro dominio perceptivo inmediato.

El estudio de este enfoque posibilita la comprensión sobre la influencia existente entre el funcionamiento familiar y la depresión de los estudiantes de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves, pretendiendo analizar y percibir el conocimiento adquirido, considerando que el aprendizaje se basa en las observaciones y percepción; por ende, el conocimiento no es posible sin experiencia.

Fundamentación Psicológica

En cuanto a la fundamentación psicológica, el estudio abordado se centra en un enfoque sistémico, observando cómo la dinámica familiar impacta a cada persona en lugar de ver a las personas individualmente. Según indica Martínez *et al.*, “tiene sus raíces en los sistemas familiares, trata de identificar las pautas de comportamiento estancadas en grupos de personas, como una familia, y abordar esas pautas directamente, independientemente del análisis de la causa” (2016, p.168). Pretende abordar en la práctica las pautas de relación actuales en lugar de analizar causas como los impulsos subconscientes o los traumas de la infancia; el enfoque sistémico se aplica cada vez más en los ámbitos de la educación, la política, la psiquiatría, el trabajo social y la medicina familiar.

Debido a que el clima familiar figura como un aspecto que determina la conservación de la salud o manifestación de enfermedades tanto físicas, emocionales o psíquicas entre sus integrantes, la caracterización del enfoque sistémico y examinar las interacciones y patrones formados dentro de la familia que contribuyen al comportamiento inadaptativo, puesto que estas pueden verse seriamente comprometidas con la depresión. Asimismo, mediante esta, se podría mejorar las habilidades de funcionamiento ejecutivo, elementales para el desarrollo de actividades diarias, así como la solvencia de problemas vinculados con los problemas psico-emocionales de los estudiantes de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves.

Justificación

La importancia del presente trabajo de investigación radica en comprender la relación existente entre la función familiar y la depresión en los estudiantes de octavo año de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves; no es desconocido que en la etapa de la pubertad y adolescencia se evidencian cambios físicos, fisiológicos y psicológicos que necesariamente requieren de un adecuado apoyo o soporte familiar para que los menores puedan crecer adecuadamente y madurar con autonomía. Sin embargo, se debe considerar que existen familias disfuncionales, cuyos problemas afectan a la salud física y mental de sus integrantes, más aún de los adolescentes, quienes no tienen la madurez y asertividad necesaria para sobrellevarlos, siendo insostenible su respuesta, expresada de diferentes maneras como el cambio en su comportamiento o la presencia de ciertas patologías como la depresión, misma que debe ser tratada oportuna y adecuadamente con profesionales de salud mental calificados para llevar el caso.

La investigación es original por su tema, el enfoque, contexto y presentación planteada; pues en el centro educativo no se han llevado a cabo estudios vinculados con la presente temática; la meta es determinar los problemas emocionales, como la depresión en el estudiantado y vincularlo con el nivel de funcionalidad familiar, de esta forma sería posible determinar la relación entre estas. Así también, son alarmantes las estadísticas en donde se habla de un aumento en la incidencia de la depresión, por ello, es pertinente una mayor preocupación por estudiar este tema,

particularmente conocer los causales del ambiente intrafamiliar que pudiesen generar dicha elevación.

Finalmente, el presente trabajo es factible de realizarse gracias a la apertura de las autoridades, personal docente y padres de familia de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves, de quienes se cuenta con la autorización para la administración de los reactivos psicológicos previstos. El material bibliográfico existente sobre el tema, permite obtener información veraz y clara para el buen desarrollo del presente estudio, del cual los resultados obtenidos permiten plantear posibles soluciones a la problemática encontrada.

Objetivos

Objetivo General

Investigar el funcionamiento familiar y su influencia en la depresión de los estudiantes de los octavos años de educación básica de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves cantón Guaranda.

Objetivos Específicos

1. Evaluar el nivel de funcionalidad familiar de acuerdo a la percepción de los estudiantes de Educación Básica de La Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves del Cantón Guaranda
2. Identificar los niveles de depresión que poseen los estudiantes de Educación Básica de La Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves del Cantón Guaranda.
3. Proponer una estrategia de intervención adecuada a la problemática encontrada a dar solución a las dificultades familiares y depresión que presenten los estudiantes de Educación Básica de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves del Cantón Guaranda.

MARCO CONCEPTUAL

Funcionamiento familiar

Definición

La familia no sólo es la unidad básica de la sociedad, sino también un lugar importante para el crecimiento físico y mental del individuo; está compuesta por todos los miembros de la familia. Al mismo tiempo, afecta al crecimiento de cada miembro, y juega un papel trascendente en el proceso de funcionamiento normal del sistema social, por lo tanto, la función de la familia está restringida por las características de la misma, y depende de la demanda social. Para Martín et al., el concepto de funcionamiento familiar, “se refiere a las propiedades sociales y estructurales del entorno familiar global. Incluye interacciones y relaciones dentro de la familia, particularmente niveles de conflicto y cohesión, adaptabilidad, organización y calidad de la comunicación” (2017, p.283). El funcionamiento familiar saludable ocurre dentro de un entorno familiar con una comunicación clara, roles bien definidos, cohesión y regulación de buen afecto. En contraste, el mal funcionamiento familiar ocurre dentro de familias con altos niveles de conflicto, desorganización y pobre control afectivo y conductual.

El proceso del sistema familiar es el núcleo, y se asume que la función básica de la familia es proporcionar las condiciones ambientales adecuadas para que los miembros de esta se desarrollen en los aspectos físico, psicológico, social entre otros. Para el óptimo funcionamiento de la familia Valdés, Martínez, Tánori y Madrid indican que “Se debe completar una serie de tareas, incluidas las básicas como satisfacer las necesidades materiales del individuo; de desarrollo como adaptar y promover el crecimiento de los miembros; y las tareas de crisis como hacer frente a emergencias familiares” (2016, p.1094).

El sistema familiar promueve el desarrollo de la familia y de sus miembros conjuntamente mediante la realización de una serie de tareas familiares. Aquello permite que la familia se desarrolle adecuadamente y logre el desempeño de sus funciones como por ejemplo la resolución de problemas con la intención de mantener la función familiar efectiva; la comunicación idónea entre todos los miembros; la implicación afectiva y el control de la conducta en diferentes situaciones de la familia. Con ello, el funcionamiento familiar y las relaciones entre padres e hijos tienen mayor influencia en el desarrollo profesional que la estructura familiar o el estado educativo y ocupacional de los padres, estos últimos deben ser proactivos, involucrados y solidarios. Las circunstancias negativas en el hogar pueden afectar el rendimiento escolar; y cuando los padres se desaniman en la educación de sus hijos, no se dan cuenta de cómo se desempeñan los mismos.

Dimensiones

El funcionamiento familiar está influenciado por el estado socioeconómico, la cultura, la estructura familiar y la etapa de desarrollo; se basa en un conjunto de elementos que interactúan entre sí. Cada elemento del sistema se ve afectado por lo que le sucede a cualquier otro elemento. Así, al considerar la familia como un sistema, la causalidad lineal, o la creencia de que una causa conduce a un efecto, se sustituye por la causalidad circular, o la creencia de que los eventos están interrelacionados. El modelo McMaster (en Özyurta, Çağan, Karakoyunc y Baran, 2019) establece seis dimensiones, entre ellas se destaca al control del comportamiento, manejo y solución de problemas, comunicación, roles familiares, capacidad de respuesta afectiva, y compromiso afectivo.

La dimensión de control del comportamiento se refiere al comportamiento de los miembros de la familia en situaciones peligrosas, situaciones en las que se expresan las necesidades psicobiológicas y situaciones que implican comportamientos interpersonales o sociales. Gallegos, Ruvalcaba, Castillo y Ayala indican que “es importante considerar el comportamiento de todos los miembros en cada tipo de situación. Al evaluar la idoneidad de las reglas y normas de la familia, se debe tener en cuenta la edad y la condición de los individuos afectados” (2016, p.70). Las familias desarrollan sus propias normas de comportamiento aceptable, así como los

grados de latitud que permitirán en relación con estas normas. La naturaleza de estas normas y el grado de latitud para el comportamiento aceptable determinan el grado de control del comportamiento en la familia.

El funcionamiento de la familia, y específicamente la flexibilidad de las reglas y el comportamiento, también se ha encontrado relacionado con los comportamientos adictivos de los adolescentes. Para Huaiquifil y Almagiá el control de la conducta “incluyendo áreas como las reglas, la adaptabilidad de la estructura y las consecuencias de las conductas, se ha correlacionado con preocupaciones de salud mental, actos de agresión y violencia, riesgo de abandonar la escuela y conductas adictivas” (2017, p.46). Las reglas y la estructura del hogar ayudan a establecer límites y directrices para padres e hijos, incluyendo la determinación de comportamientos aceptables versus inaceptables. Sin el control de la conducta, incluida la capacidad de alterar las reglas y la estructura según las necesidades de la familia, el hogar y el entorno familiar pueden ser descritos como ambientes caóticos.

El manejo y solución de problemas, se define como la capacidad de una familia para resolver problemas a un nivel que mantenga el funcionamiento efectivo de la familia. Rognoni, Ruppert y Fassler afirman que son las habilidades “resolver problemas a un nivel que mantenga el funcionamiento eficaz de la familia; se considera que un problema familiar es un asunto en donde esta tiene dificultades para encontrar una solución, y cuya presencia amenaza su integridad” (2016, p.28). Los problemas pueden definirse como instrumentales como la gestión financiera, o afectivos como las experiencias emocionales de los miembros de la familia. Se considera que un problema familiar es una cuestión para la que la familia tiene dificultades para encontrar una solución, y cuya presencia amenaza la integridad y la capacidad funcional de la familia. No se consideran todos los problemas, ya que algunas familias tienen dificultades continuas y no resueltas que no amenazan su integridad y funcionamiento.

Se ha evidenciado que la capacidad de resolver problemas, y específicamente la capacidad de resolver problemas interpersonales o sociales, está relacionada con el entorno y el funcionamiento de la familia. Para Martín et al., definieron la capacidad

de resolver problemas cognitivos interpersonales como una “constelación de aptitudes que incluye la capacidad de identificar problemas, generar soluciones alternativas a los problemas y la capacidad de especificar un curso de acción viable después de evaluar las consecuencias de los posibles cursos de acción alternativos” (2017, p.284).

Las habilidades de resolución de problemas se han relacionado con el funcionamiento de la familia, específicamente, las habilidades interpersonales, los comportamientos de intimidación, el comportamiento delictivo y las prácticas de crianza. Dado que la capacidad de resolución de problemas se ha relacionado con diversas áreas del funcionamiento familiar e individual, es pertinente evaluar la capacidad de resolución de problemas en un esfuerzo por comprender el funcionamiento del sistema familiar. La capacidad de resolución de problemas subyace a la capacidad básica de la familia para manejar y resolver adecuadamente los conflictos, que es una habilidad que los niños aprenden y aplican en la edad adulta.

La dimensión de comunicación se define como la forma en que se intercambia información dentro de una familia; específicamente, la comunicación positiva se ha definido como el envío de mensajes claros y congruentes, la expresión de empatía, la aportación de comentarios de apoyo y la demostración de habilidades efectivas para la resolución de problemas y se la utiliza a menudo para ayudar a las familias a organizar sus acciones en formas de comportamiento predecibles. De acuerdo con Gallegos et al. (2016) algunas consideraciones significativas para evaluar la calidad de la comunicación entre los miembros de la familia tienen relación con el hecho de que la información está dirigida al miembro familiar, si la información está bien definida, y si la información importante se comunica de forma directa a la persona a la que va dirigida en lugar de estar oculta en otros mensajes.

Los individuos a menudo aprenden a hacer frente y a manejar apropiadamente los conflictos interpersonales dentro de su entorno familiar original, modelan las habilidades básicas de comunicación y la importancia de estas habilidades continúa a lo largo de la edad adulta; por lo tanto, dada la importancia de la comunicación en el entorno familiar, es imperativo estudiar la comunicación como un área del funcionamiento familiar.

Se ha comprobado que la comunicación familiar está muy relacionada con el funcionamiento de la familia; concretamente, la comunicación se ha vinculado con la cohesión de la familia, o la forma en que los miembros equilibran la importancia de la independencia con la mutualidad de ser miembro de un sistema familiar. Por ello también se ha correlacionado con las características de la personalidad de un individuo; Yeom y Lee (2020) encontraron que los patrones de comunicación familiar estaban vinculados con seis rasgos de la personalidad, entre ellos la capacidad de controlar el comportamiento para satisfacer las necesidades sociales, la forma en que un individuo se expresa en público para mantener la aprobación social; los rasgos como la asertividad y la decisión; autoestima; revelación de información personal y timidez.

La dimensión denominada roles familiares puede definirse como “aquellos patrones recurrentes de comportamiento en donde los individuos cumplen las funciones familiares” (Aristegui, Usue, Royo y Cabrera, 2018, p.92). Existe muchas maneras por los cuales dichos roles influyen en el funcionamiento de la familia, permitiendo mantener el nivel de funcionamiento familiar. Independientemente del entorno, las funciones son una parte esencial del funcionamiento de una familia. Las funciones específicas en las familias están determinadas por una serie de factores como la edad, la cultura, la religión y su tradición; sin embargo, las funciones en las familias sanas son claras, apropiadas, adecuadamente asignadas, mutuamente acordadas, integradas y promulgadas.

Las preocupaciones relativas a los roles familiares pueden observarse a menudo en los entornos cuyos miembros no cumplen con sus funciones, pues presentan dificultades para integrarse con los mismos. González señala que “patrones de comportamiento deficientes que impiden las funciones familiares normales y la satisfacción de las necesidades emocionales” (2016, p.170), entre ellos una alimentación y un apoyo inadecuados, así como funciones rígidas e invertidas; en relación con la crianza y el apoyo, se puede hacer mención de interacciones familiares extremas, que incluyen la falta de apoyo. Además, la inversión de funciones, incluida la colocación de los miembros de la familia en funciones o posiciones alternativas, por ejemplo, un niño que asume las responsabilidades parentales, también se considera un aspecto importante con relación en el desarrollo

del funcionamiento familiar. Sobre esta base, se puede decir que los roles familiares abarcan una serie de tareas diferentes, examinar los papeles de cada miembro de la familia es importante para construir un óptimo nivel de funcionamiento dentro del hogar.

En relación a la capacidad de respuesta afectiva, Pi y Cobían indican que se define como “la habilidad de la familia para responder a una serie de estímulos con la calidad y cantidad apropiadas de sentimientos” (2015, p.34). Se refiere al grado en que la familia en su conjunto muestra interés y valora las actividades e intereses de cada uno de los miembros, este aspecto del funcionamiento de la familia describe las formas en que sus integrantes se interesan de forma apropiada por los demás, manteniendo al mismo tiempo una distancia adecuada para permitir la independencia. Tener la capacidad de regular adecuadamente las emociones es también un aspecto importante tanto de la participación afectiva como de la capacidad de respuesta.

La capacidad de respuesta afectiva y la participación se han relacionado con las preocupaciones de salud mental de los familiares en una multitud de estudios. Villavicencio y Villaroel indican que aquellos sujetos que “no aprenden métodos verbales efectivos para expresar emociones negativas y etiquetar problemas, no tienen la confianza de que se resolverán los problemas satisfactoriamente” (2017, p.18). Estas experiencias afectivas también disminuyen las habilidades positivas de resolución de problemas y los patrones de comunicación positivos en las familias; así pues, la capacidad de etiquetar las emociones, expresarlas adecuadamente y regularlas son factores pertinentes en el estudio del funcionamiento de la familia y las necesidades de salud mental de los niños.

La participación afectiva y la capacidad de respuesta son conceptos familiares importantes que deben tenerse en cuenta al evaluar el funcionamiento de la familia. Se ha comprobado que los componentes afectivos están relacionados con el funcionamiento de la familia en diversos diagnósticos de salud mental de niños y adolescentes. La capacidad de identificar correctamente las emociones, regular las emociones, mostrar interés por los demás manteniendo un espacio adecuado para la independencia y manejar adecuadamente los conflictos son todos conceptos

importantes que los niños aprenden y aplican en la edad adulta. A la vista de estos hallazgos, es evidente que la capacidad de manejar las emociones es una habilidad pertinente que se relaciona con el funcionamiento saludable del individuo y la familia.

En lo que concierne con la dimensión compromiso afectivo, este tiene cuatro veces el poder de impactar el rendimiento familiar, proviene de la alineación de valores e influyen en cómo una persona se ve a sí misma ayudando a formar su visión del mundo. De acuerdo con González “se define como el grado en que la familia en su conjunto muestra interés y valora las actividades e intereses de los miembros individuales de la familia” (2016, p.171). El enfoque está en cuánto y de qué manera los miembros de la familia muestran interés e invierten en los demás; sin embargo, la participación afectiva no se refiere simplemente a aquello que la familia hace en conjunto, sino más bien al grado de participación entre los miembros de la misma; se refiere al grado de implicación de los miembros de la familia entre sí.

El compromiso afectivo de los miembros de la familia en la vida de los demás es un factor importante para su funcionamiento, las familias que muestran poco o ningún interés en los demás, constituyen un claro ejemplo de una familia poco involucrada. En este caso, los miembros de la familia actúan más como huéspedes en una casa que como miembros; algunas comparten algunos intereses, pero muestran muy poca inversión de sí mismas en los sentimientos o las situaciones de la vida de otros integrantes, por el contrario Lewis et al., afirman que “en las familias demasiado involucradas, los miembros a veces son demasiado protectores con otros; como resultado, los miembros sobreprotegidos siguen siendo dependientes y no logran crecer y desarrollarse” (2015, p.132). La participación excesiva puede crear conflictos y resentimientos entre los miembros de la familia que tratan de salir del papel de dependencia. Es importante considerar que las familias más sanas tienen un tipo de interacción llamada participación empática en donde los miembros tienen una inversión emocional en el otro y se preocupan profundamente por las actividades y los sentimientos del otro. Las familias cuyos miembros demuestran que realmente se preocupan por lo que hacen los demás,

aunque no esté relacionado con sus propios intereses, figuran como el tipo de familia más eficaz.

Formas de funcionamiento familiar

La estructura familiar puede desempeñar un papel en el desarrollo del niño, en parte al afectar la dinámica familiar, como el comportamiento y la interacción de los miembros de la familia; facilitan que las familias brinden apoyo económico y de recursos básicos y amor, sentimientos de valor y competencia, compañía, así como valores compartidos. Las familias pueden conectar a sus hijos con la comunidad y enseñarles cómo llevarse bien en el mundo y enfrentar la adversidad; sin embargo, ello depende de sus formas de funcionamiento, siendo estas negligente, permisivo, democrático y autoritario.

El funcionamiento familiar negligente constituye un problema universal con consecuencias significativas particularmente para los hijos. Según indica Delgado la negligencia figura como “formas de maltrato físico y emocional, abuso sexual, explotación comercial, entre otros; que da como resultado un daño potencial a la salud, supervivencia, desarrollo o dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder” (2016, p.15). Puede causar problemas de desarrollo psicológico y de comportamiento desordenados; tiene graves consecuencias para el desarrollo infantil y la salud familiar durante todo el ciclo de vida, y puede detectarse en la oficina de medicina familiar. La negligencia es el tipo más común de abuso infantil; no proporcionar a un niño alimentos, ropa o refugio adecuados para sobrevivir y crecer tiene efectos importantes en el futuro del niño y lo pone en mayor riesgo de enfermedad, infección, retraso o incluso la muerte. La negligencia también incluye no proporcionar acceso a servicios de salud y educativos. La negligencia emocional también es común y puede tener efectos negativos a largo plazo en el desarrollo del cerebro y la salud mental futura.

Los efectos emocionales de la negligencia a menudo provienen de relaciones inseguras con los cuidadores y afectan el desarrollo del apego del niño, Arranz y Torralba señalan que “tales efectos pueden ser destructivos para su confianza y autoestima y para las relaciones con sus compañeros o parejas más adelante en la vida” (2017, p.25). Estos niños también pueden persistir con hábitos inapropiados

para la edad y comportamientos repetitivos, cuando la negligencia es crónico y persistente, puede provocar daños emocionales al menor.

El funcionamiento familiar permisivo figura como un estilo de crianza en donde los padres tienen dificultades para establecer límites con sus hijos, por lo tanto, es más probable que ellos ignoren el mal comportamiento y cedan en contra de su mejor juicio cuando su hijo se enoja; el resultado es que no establecen ni imponen expectativas de comportamiento apropiadas para su edad. Para Capano, Luján, Tornaría y Massonnier “los padres permisivos no parecen tener la misma intención de fomentar la independencia, más bien, tienen pocas expectativas, evitan la confrontación y tienden a preocuparse más por mantener la paz y no molestar a sus hijos” (2016, p.414). Básicamente significa que los padres son indulgentes, permitiendo que el niño tenga más libertades; al menos, en la superficie parece ser ideal. Sin embargo, la connotación de la paternidad permisiva es que estos dejan que los niños hagan lo que quieran sin darles límites, sin disciplina, sin instruir sobre valores y buen comportamiento, entre otros.

Un padre permisivo no puede soportar el fracaso de su hijo; por lo tanto, hará todo lo posible para protegerlo en exceso y mantenerlo en una burbuja; desafortunadamente, será muy difícil para el niño desarrollar habilidades importantes como la autoconfianza, capacidad de creer en uno mismo, determinación, persistencia, autoestima, curiosidad, apertura, tomar iniciativas, empatía, altruismo, y otros. De acuerdo con Espinoza “las familias indulgentes se caracterizan porque han sufrido un exceso de autoridad contra ellos cuando eran niños. Por lo tanto, estas personas rechazan por completo cualquier forma de autoridad y no apoyan las reglas y los límites” (2020, p.47). Adicionalmente, han vivido sin marcos ni límites y reproducen el único patrón que conocen; no han elegido ser padres y no asumen este nuevo rol, entonces se adentran en una forma de negligencia; terminan por rendirse, ya sea porque están aislados o porque están indefensos ante el comportamiento de uno de sus hijos; y por último se sienten culpables por una situación: separación de padres, falta de presencia, medios financieros.

El funcionamiento familiar democrático se caracteriza porque los padres ofrecen un alto nivel de calidez y afecto a sus hijos, al mismo tiempo que un apoyo claro, continuo y constante, ellos buscan el equilibrio entre estos dos factores. Según Pi y Cobían (2015) figura como una orientación hacia ciertas formas de comunicación, particularmente en situaciones de resolución de problemas y toma de decisiones. Los padres que son democráticos valoran la autonomía de sus hijos y respetan sus derechos, y entienden que, al hacerlo, fomentan de una manera idónea el desarrollo moral y cívico de sus hijos.

Por lo tanto, respetan las voces de los niños como contribuciones significativas a las discusiones familiares, las decisiones y los procesos de resolución de conflictos; también entienden que, al hacerlo, están fomentando el desarrollo de los rasgos de carácter, por ejemplo, altruismo, conciencia y madurez de razonamiento moral. En otras palabras, se dan cuenta de que la crianza democrática no es solo justa, también es eficaz para el desarrollo; como se dan cuenta de esto, los padres democráticos hacen saber a los niños que sus voces son valoradas y brindan un apoyo afectivo para su participación en las discusiones familiares. López y García, describen a estos padres como “más receptivos que exigentes, son agresivos, pero no oficiosos, y establecen límites cuando es necesario, aunque su preferencia es ser indulgente” (2017, p.109). La crianza democrática se justifica de tres maneras como una forma de respeto justo hacia los niños; como un medio de socializar ciudadanos democráticos responsables y como una forma efectiva de educar a los niños morales. También se ha establecido que los padres democráticos deben comprender la democracia y la paternidad democrática y sus justificaciones, deben preocuparse profundamente por los niños y la sociedad democrática.

El funcionamiento familiar autoritario, está relacionado con aquellos padres que ofrecen mucho apoyo y que exigen de sus hijos, pero que se olvidan de ofrecer también calidez y afecto. Para Gallegos et al. “El estilo de crianza autoritario se trata de ser estricto y severo. Insiste en la obediencia incuestionable y hace cumplir el buen comportamiento a través de amenazas, vergüenza y otros castigos” (2016, p.70). Representa el estilo más controlador, en lugar de valorar el autocontrol y enseñar a los niños a manejar sus propios comportamientos; el padre autoritario se centra en la adhesión a la autoridad y no en la recompensa de los comportamientos

positivos, solo brinda retroalimentación en forma de castigos por malas conductas. La crianza autoritaria es extremadamente estricta, esperan que los niños sigan las reglas sin discusión ni compromiso; usan este enfoque por muchas razones. Muchos eligen este estilo debido a su nacionalidad, cultura o antecedentes éticos que lo dictan, además, puede ser la forma en que fueron criados y no conocen; finalmente, creen que gobernar con puño de hierro es la mejor manera de mantener a los niños en línea y bajo control.

Este estilo es bajo en la capacidad de respuesta de los padres y alto en la exigencia de los padres. Los padres autoritarios no son muy emocionales o afectuosos, y critican a sus hijos si no cumplen con sus expectativas. Las reglas siempre deben usarse para conducir el comportamiento deseado. Cuando un niño rompe una regla, debería ser una oportunidad para enseñar una lección de vida y no ser castigado porque no siguió las reglas. Desafortunadamente, un castigo fuerte conduce a más mal comportamiento, rebelión y resulta en constantes luchas de poder.

Tipos de familia

Los niños crecen en muchas estructuras familiares diferentes y, en distintas etapas de sus vidas, su estructura podría tener algún cambio; para los hijos su familia suele ser percibida como una normal; no obstante, cuando los menores suelen descubrir que hay muchos tipos de familias. Una de las tareas más importantes de los educadores es tratar a la familia de cada niño con respeto y ayudar a cada uno de ellos a sentirse orgulloso de la misma. Es necesario identificar las numerosas estructuras y tipos familiares, considerando que cada una de ellas pueden tener problemas, necesidades, fortalezas y valores muy diferentes; entre estas se puede hacer mención de la Familia nuclear, extendida, monoparental, homoparental, ensamblada, y, de hecho.

La familia Nuclear figura como una estructura familiar que consiste en una pareja que vive con sus hijos; esto es bastante diferente de un sistema de familia extendida, en el que el hogar puede incluir a otros miembros de la familia, como abuelos, tíos y tías, primos, etc. Según Vial “los padres en un hogar nuclear son más propensos a tener una mayor coherencia con la crianza de sus hijos, lo que significa

disciplina de enseñanza y comportamiento apropiado” (2019, p.556). Los niños reciben mensajes consistentes sobre las expectativas de comportamiento; estas familias tienen más rutinas diarias, como cenar juntos y pasar más tiempo juntos, lo que aumenta la coherencia. Además, juegan un papel importante en el desarrollo de la personalidad de los individuos, puesto que los niños están más cerca de los padres y pueden tener una discusión más libre y franca sobre sus problemas lo que ayuda a un mejor desarrollo de su personalidad. Esta es una forma de generar buenos ciudadanos.

La familia Extendida se refiere a los grupos de individuos cuyas relaciones entre sí se extienden más allá de la familia nuclear, se caracterizan por ser típicamente multigeneracionales; es decir, pueden incluir miembros de tres o más generaciones. Es posible encontrar en diferentes grupos de ingresos y pueden adoptar diversas formas. De acuerdo con Domínguez “las familias extensas viven juntas por diversas razones, tanto por necesidad como por elección, muchos proceden de entornos culturales en los que compartir el hogar es la norma” (2016, p.160). Compartir el espacio del hogar con los miembros de la familia ampliada es una forma común de vivir en gran parte del mundo y una forma común de superar los tiempos difíciles, especialmente durante el proceso de inmigración; esta convivencia permite a los miembros de estas familias ayudarse mutuamente desde el punto de vista económico y emocional, se forman por diversas razones, como situaciones de emergencia, necesidades financieras, apoyo social y cuidados, y esas razones suelen reflejarse en la composición y las características de la familia.

Familia Monoparental está constituida por un progenitor, que no vive con su cónyuge o pareja, que tiene la mayor parte de las responsabilidades cotidianas en la crianza del niño o los niños. Para Ferreira y Ameha “la paternidad ya es suficientemente desafiante incluso en las mejores condiciones. Así que, ser un padre soltero en nuestra sociedad es una tarea como mínimo; esto se debe a que, con un solo padre, los desafíos son multifacéticos” (2018, p.463). El efecto de la monoparentalidad es de gran alcance porque no sólo afecta a los padres, sino también a los hijos, de hecho, los efectos son más devastadores para los niños porque la paternidad soltera los deja con profundas cicatrices. Ser padre soltero es una tarea muy dura y desafiante, muchos de los problemas que tienen los padres

solteros, son similares a los de la familia de dos padres, pero estos problemas parecen más difíciles de soportar o manejar cuando el hogar está siendo tutelado por una sola persona. Existen problemas que son excepcionales, que sólo enfrenta el padre o la madre solteros, lo que dificulta un poco la crianza de los hijos. Estos incluyen la soledad, la pobreza y la inseguridad de criar a los niños solos sin ayuda; los miembros pueden esperar de manera poco realista que la familia pueda funcionar como una familia con dos padres y pueden sentir que algo anda mal cuando no es así.

Familia homoparental es aquella conformada por padres del mismo sexo, el término tiene como objetivo “designar todas las situaciones familiares en donde al menos un adulto que se identifica a sí mismo como homosexual es el padre de al menos un niño” (Laguna, 2016, p.9). Se desarrolla dentro de los límites de la legalidad y la legitimidad, en áreas que no están o están mal definidas social y legalmente; definir la familia homoparental significa revelar sus diversas caras. Generalmente, se distinguen cuatro formas principales de familias homoparentales, basadas en las experiencias de vida de los homosexuales, reelaboradas y difundidas por asociaciones activistas, puede ser una pareja homosexual, que cría, diariamente o puntualmente, uno o más hijos, provenientes de una relación heterosexual previa. Una segunda forma corresponde a una pareja que, con otra pareja, decide tener hijos y criarlos conjuntamente. En estos casos, el término utilizado es el de crianza compartida. Finalmente, las familias homoparentales se consideran parejas homosexuales, que brindan educación a uno o más hijos, ya sea que hayan sido adoptados por uno de los dos miembros de la pareja, o que los hayan tenido, por inseminación artificial o por gestación para otros.

La familia ensamblada representa una de las formas de familia más difíciles de entender y estudiar; definida como una familia en la que “al menos uno de los adultos tiene un hijo o hijos de una relación anterior, implican una serie de relaciones personales que varían considerablemente en forma, estructura y complejidad” (Infante, 2018, p.230). Muchas de estas familias se adaptan a su entorno cambiante y desarrollan nuevas formas de comunicación y relación que ayudan a facilitar el funcionamiento saludable familiar; para ello, es importante que utilicen una variedad de tácticas comunicativas incluyendo más conversaciones

cotidianas entre los miembros de la familia, mayores niveles de divulgación y apertura, comunicación de reglas y límites claros, participación en la resolución de problemas familiares, pasar tiempo juntos como familia y promoción de una imagen positiva del padre sin custodia.

Familia de hecho es un estado legal similar al matrimonio, es cuando dos personas viven juntas y comparten una vida doméstica común, lo que significa que comparten la responsabilidad de cuidar su hogar y su familia. Además, Romero (2019) menciona que las familias de hechos son diferentes de los matrimonios debido a que no tienen que ser entre personas que comparten un vínculo romántico. A veces, entran en este tipo de asociación simplemente porque dependen unas de otras y quieren que se les permita cuidarse mutuamente. El término también se aplicaba a cualquier pareja soltera que viviera junta en una relación comprometida, independientemente de derechos o responsabilidades legales.

DEPRESIÓN

Definición

La depresión es un trastorno potencialmente mortal que afecta a miles de personas en todo el mundo, ocurre a cualquier edad, en la infancia, adultez e inclusive vejez, y, si no se trata, puede ser fatal para quien la padece. Según indica Pérez y Navarro esta condición psicopatológica implica “una tríada de síntomas con un estado de ánimo bajo, anhedonia y poca energía o fatiga; otros síntomas, como trastornos del sueño y psicomotores, sentimientos de culpa, tendencias suicidas, así como trastornos autonómicos y gastrointestinales, también suelen estar presentes” (2018, p.59). En otras palabras, figura como un trastorno del estado de ánimo que tiende a causar un sentimiento persistente de pérdida de interés y tristeza; se puede evidenciar el vacío o el estado de ánimo irritable, acompañados de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad de funcionamiento del individuo. La depresión no es un trastorno homogéneo, sino un fenómeno complejo, que tiene muchos subtipos y probablemente más de una etiología, incluye una predisposición a trastornos del estado de ánimo episódicos y a menudo progresivos.

Es esencialmente un síndrome clínico, definido por la presencia de una serie de características clínicas, pero que no requiere una etiología específica, y reconoce la posibilidad de factores causales tanto psicológicos como biológicos; pese a ello, se sugiere que los factores genéticos juegan un papel menor en la depresión; sin embargo, los eventos y problemas de la vida operan como desencadenantes para el desarrollo de esta psicopatología; escenarios traumáticos como la muerte o pérdida de un ser querido, la falta o la reducción del apoyo social, la carga del cuidador, los problemas financieros, las dificultades interpersonales y los conflictos son ejemplos de factores estresantes que pueden desencadenar la depresión. De acuerdo con Rodríguez et al., “implica un conjunto de síntomas y signos que tienden a ocurrir juntos, que se supone que reflejan una fisiopatología común, que aún no se puede entender, pero puede tener diversas etiologías en diferentes casos” (2018, p.93). Es una enfermedad crónica de considerable morbilidad, con altas tasas de recaída y recurrencia; sin embargo, muchos pacientes que la sufren no buscan ayuda

tempranamente, aquello podría deberse a varios factores: falta de conocimiento sobre su condición médica; el estigma asociado con la etiqueta de enfermedad mental; y factores financieros. Por lo tanto, considerar la detección como el primer paso, seguido del diagnóstico, el tratamiento temprano y el seguimiento, permite combatir y mitigar su avance.

Síntomas

La depresión afecta a cada individuo de manera diferente, por ello, los síntomas causados por la misma varían de una persona a otra. Los rasgos heredados, la edad, el sexo y los antecedentes culturales juegan un papel importante en la forma en que la depresión puede afectarle. Se ha evidenciado síntomas de carácter cognitivo, fisiológico, emocional y conductual.

Los síntomas cognitivos de la depresión tienden a recibir menos atención que otros de esta difícil enfermedad, pueden interferir con todas las áreas de la vida de una persona, incluido el trabajo, la escuela y sus relaciones. Para Corona et al (2019) entre la principal sintomatología vinculada con la depresión se puede mencionar a que la solvencia de problemas se reduce considerablemente; la baja concentración causa ciertos inconvenientes con la comunicación, y la indecisión tensa las relaciones interpersonales. Además, se ha evidenciado pensamiento negativo o distorsionado, dificultad para concentrarse, distracción, olvido, tiempo de reacción reducido, pérdida de memoria e indecisión

Los aspectos cognitivos de la depresión generalmente implican que el pensamiento de una persona sea lento, negativo o distorsionado en calidad afectando la velocidad de procesamiento o la capacidad de concentrarse y tomar decisiones. El trastorno depresivo mayor puede causar deterioro cognitivo, lo que para Barrera, Neira, Raipán, Riquelme y Escobar “significa que afecta negativamente los procesos de pensamiento de una persona, como recordar, analizar, prestar atención y organizarse, así como la velocidad de procesamiento” (2019, p.117). El deterioro de la función cognitiva, en particular los relacionados con la función ejecutiva, la concentración, el aprendizaje y la memoria, constituyen problemas de gran relevancia en esta afección; de hecho, los síntomas cognitivos parecen ser una característica central del trastorno y un mediador clave del deterioro

funcional. Incluso después de que otros síntomas depresivos hayan disminuido, los déficits cognitivos no resueltos pueden conducir a continuas discapacidades sociales, funcionales y ocupacionales. Es necesario manifestar que los síntomas cognitivos residuales o no tratados en la depresión pueden, por lo tanto, dificultar la recuperación completa, aumentando así el impacto negativo en la salud y el funcionamiento diario para el paciente individual, así como la carga de atención médica y la pérdida de productividad para la sociedad.

Por otro lado, la investigación ha documentado muchas formas en que la depresión puede afectar la salud física, según señala Pérez y Navarro se puede apreciar “un aumento o pérdida de peso, esto se debe a que experimentan cambios en el apetito; igualmente se ha evidenciado que estas personas padecen molestias inexplicables, que incluyen dolor en las articulaciones o los músculos, sensibilidad y dolores de cabeza” (2018, p.59). Del mismo modo, la depresión puede aumentar el riesgo de enfermedad cardíaca, aquello es el resultado de una dieta pobre y tienen un estilo de vida sedentario. Se ha presenciado que individuos que la padecen tienen más probabilidades de tener afecciones inflamatorias o trastornos autoinmunes, como el síndrome del intestino irritable, diabetes tipo 2 y artritis.

Un sujeto que padece algún tipo de trastorno depresivo pueden tener problemas estomacales frecuentes, como náuseas, hinchazón, diarrea o estreñimiento. De acuerdo con Heloisa, Silva, Frizzo y Donell “Una explicación para estos síntomas implica un neurotransmisor en el cerebro y el intestino llamado serotonina. El químico cerebral está relacionado con la depresión porque se cree que ayuda a regular el estado de ánimo” (2018, p.60). Además, se conoce que desempeña un rol importante en el mantenimiento de la función digestiva. La mayor parte de la serotonina del cuerpo se produce y almacena en el intestino; además de la serotonina, se están explorando los microbios que se encuentran en el intestino como posibles contribuyentes a todo, desde el estado de ánimo hasta la inmunidad, los cuales tienen implicaciones para la depresión. Por último, la depresión también puede hacer que el sistema inmunitario de una persona funcione de manera menos óptima, lo que significa que es más probable que se enferme. Cuando alguien con un sistema inmunitario debilitado se enferma, puede tomar más tiempo para que mejore.

La depresión puede afectar a las personas de manera diferente según su edad, género, rasgos de personalidad y antecedentes culturales, algunas presentan dificultades para hablar sobre su estado, por ello es necesario reconocer los síntomas emocionales que estas padecen. Según señalan Moscoso y Lengacher la condición emocional del sujeto depresivo se caracteriza por “tristeza permanente, casi todos los días, este sentimiento puede manifestarse sin razón aparente; tiende a ser intenso y nada parece hacerlo desaparecer. Igualmente, denota sentimientos de inutilidad, culpa excesiva o inapropiada” (2017, p.65). Una persona deprimida experimenta a menudo sentimientos negativos o de culpa realista o pensamientos suicidas; estos pensamientos a menudo pueden surgir durante la depresión. Deben tomarse muy en serio y la persona debe buscar ayuda de inmediato si experimenta estas emociones.

Es posible evidenciar pérdida de interés o placer en actividades favoritas, esta pérdida puede afectar todas las áreas de la vida, desde pasatiempos pasados hasta actividades diarias que la persona disfrutaba. López, Fajardo, Guadarrama y Escutia afirman que “el estado de ánimo deprimido está dominado por el sufrimiento, expresada mediante una visión pesimista de uno mismo y del mundo; promueve la ansiedad e ideas suicidas” (2019, p.36). Todas estas emociones negativas participan en la pérdida gradual de interés y placer, también denominado anhedonia, por las actividades habituales; la vida cotidiana parece aburrida, el interés de la vida es cuestionado, los contactos con el exterior disminuyen. La persona se desvaloriza y percibe el futuro como incierto, negativo o incluso bloqueado. La percepción de la erosión de las relaciones sociales, la retirada hacia uno mismo. y la incapacidad para actuar o pensar normalmente es desvalorizante, culpable o incluso experimenta un sentimiento de vergüenza que aísla aún más a la persona deprimida, impidiéndoles pedir ayuda, por esencial que sea.

Entre los síntomas conductuales es notable la existencia de ciertos comportamientos característicos de una situación depresiva; Mateos y Calvete indican que “La clinofilia o incapacidad para levantarse, figura como uno de las dificultades comportamentales del sujeto, aunado a la pérdida de iniciativa para el desarrollo de las actividades y distanciamiento social” (2019, p.22). Se puede entrever pensamientos suicidas, pues el 80% de los deprimidos ha pensado en

quitarse la vida; sin embargo, es importante exponer que el riesgo de suicidio es aún mayor cuando la depresión es grave, o a su vez al existir antecedentes familiares, aquello suele ser más común en mujeres jóvenes de 18 a 30 años, el suicidio puede efectuarse después de mucho tiempo o, por el contrario, llevarse a cabo impulsivamente.

Así también, se evidencia otro tipo de problemas de comportamiento, como los trastornos del estado de ánimo, de acuerdo con Araujo et al., “estos trastornos están arraigados con la depresión hostil, se asocian a un estado de ánimo irritable. Esto se encuentra especialmente en adolescentes y mujeres jóvenes con personalidades frágiles” (2018, p.98). El autor también indica la presencia de trastornos de la alimentación como la anorexia nerviosa o bulimia, ya que pueden ser una señal de problemas depresivos. Finalmente, existe condiciones que conduce al homicidio, pues este suele ser considerado como un acto de depresión grave.

Niveles

La depresión puede manifestarse de diferentes maneras, con la ayuda de un diagnóstico y experiencia de los síntomas de la depresión, es posible distinguir diferentes formas de depresión, entre ellas están la depresión leve, moderada y grave.

La depresión leve se asocia con un deterioro funcional, una calidad de vida reducida y el riesgo de convertirse en depresión mayor, por ello, la importancia de ser tratada; pues la mayoría de los pacientes, que padecen síntomas depresivos de este nivel, no alcanzan los criterios mínimos de diagnóstico dado a que el número, la gravedad o la duración de los signos suelen ser insuficientes. Para esta existen diferentes definiciones, basadas en el número de síntomas depresivos, la duración de los síntomas, los criterios de exclusión y los impedimentos funcionales asociados; Peral y Ruisoto la definieron como “Dos o más signos simultáneos de la afección, que se manifiestan durante la mayor parte o todo el tiempo, al menos dos semanas de duración, asociados con evidencia de disfunción social” (2018, p.86). Suele ocurrir en personas que no cumplen con los criterios para el diagnóstico de depresión mayor o distimia. La depresión leve suele ser difícil de diagnosticar, muchos síntomas pueden sentirse como respuestas emocionales regulares; si bien

el nombre sugiere que esta no es una afección grave, los cambios en el estado de ánimo pueden volverse más difíciles y, a menudo, abordan la depresión en una fase precoz. Para determinar el diagnóstico de depresión leve, se deben observar al menos dos de los signos de la enfermedad de la depresión; esto no quiere decir que el sufrimiento subjetivo de la persona no pueda ser tratado tanto o en absoluto. Aunque es una forma más sutil de depresión, es posible combatirlo eficazmente, pues cuanto más leves sean los síntomas, se verá mejor el efecto del tratamiento.

Como se ha visto en líneas anteriores, el término depresión leve es engañoso, ya que esta enfermedad menor está asociada con un marcado sufrimiento psicológico, disminuciones significativas en la salud y problemas con las actividades de la vida diaria. Para Rosas, Yampufé, López y Sotil “es una forma muy común de depresión, tiende a afectar a cualquier individuo pese a que es menos grave que otras formas de la afección. El número máximo de síntomas observados para esta forma de depresión puede ascender a cuatro” (2017, p.184). Si se supera este criterio, se habla de un modo más grave del trastorno; en consecuencia, la depresión leve se caracteriza porque solo hay un número limitado de signos depresivos, además, constituye un factor de riesgo importante para la depresión mayor. Por otro lado, en cuanto a la eficacia de la medicación antidepressiva en el tratamiento de este nivel, los datos y las opiniones son bastante controvertidos. Wani y Gopinath sugieren que “hay poca evidencia para respaldar la prescripción de medicamentos antidepressivos para cualquier paciente que sea diagnosticado con una etapa mayor” (2018, p.1154) Por ende, se sostiene que los beneficios de los antidepressivos pueden ser mínimos para los pacientes que sufren de depresión leve o moderada.

La depresión moderada figura como uno de los problemas psicológicos más frecuentes y discapacitantes relacionados con la disminución de la calidad de vida y el funcionamiento de los roles, la morbilidad y la mortalidad médicas; constituye una importante preocupación de salud pública en todas las regiones del mundo. Para Peyrot y Van der Auwera “las formas moderadas de depresión, en donde el individuo manifiesta al menos cinco síntomas depresivos o la duración de los síntomas ocurre en un lapso no mayor a dos semanas” (2018, p.859). Aunque esta produce menos deterioro funcional que en individuos afectados por depresión

grave, debido a su frecuencia, la mayoría de los problemas mentales son atribuibles a este trastorno más leve.

La mayoría de los pacientes reciben gran parte o la totalidad de su atención para la depresión mayor de su médico de cabecera; sin embargo, la depresión no se diagnostica ni se trata adecuadamente debido a la competencia entre las prioridades de la atención primaria y la atención de otras condiciones médicas crónicas, el estigma del paciente y la variabilidad en las habilidades y el interés del médico. El diagnóstico y el tratamiento de la depresión en el entorno de la atención primaria tiene muchos obstáculos. El tiempo de encuentro entre médico y paciente es breve, lo que dificulta que el médico evalúe plenamente al paciente en cuanto a los signos y síntomas depresivos. Cramer, Borkulo, Han y Kendler argumentan que “los pacientes deprimidos con un nivel moderado “suelen presentar dolencias físicas, a menudo no admiten un estado de ánimo deprimido y se muestran reacios a hablar de la depresión” (2016, p.5). Por ello que la gravedad de la depresión es un factor importante para examinar la eficacia del tratamiento; las pruebas existentes sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos y los tratamientos con medicamentos antidepresivos para las personas diagnosticadas con niveles moderados de depresión son ambiguas y, por lo tanto, se justifica una revisión de dichas pruebas. Los tratamientos específicos como los antidepresivos o la psicoterapia pueden no estar indicados ya que hay altos índices de mejora entre estos individuos con espera vigilante. En función de la gravedad de los síntomas, la depresión puede notificarse y experimentarse en diferentes niveles de gravedad.

La depresión grave figura como una afección debilitante que suele caracterizarse por al menos un episodio depresivo que dura, con frecuencia, dos semanas y que implica cambios claros en el estado de ánimo, los intereses y el placer, así como cambios en la cognición y síntomas vegetativos. De acuerdo con Corona et al., “se presenta aproximadamente el doble de veces en las féminas que en los hombres y afecta mayormente a la población adulta; por ello, figura como el segundo contribuyente principal a la carga de enfermedades crónicas” (2016, p.19). Se asocia con un mayor riesgo de desarrollar ciertas condiciones, por ejemplo diabetes mellitus, enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares, lo que aumenta aún más su carga de enfermedad; además, tiende a llevar a la muerte por suicidio.

Esta enfermedad extremadamente compleja es poco conocida y se cree que es causada por factores genéticos y ambientales. Su desarrollo está asociado con numerosas anormalidades neurotransmisoras, que incluyen serotonina, noradrenalina y dopamina, entre otras. Los factores ambientales, como el abuso sexual, físico o emocional durante la niñez, están fuertemente asociados con el riesgo de desarrollar depresión grave; sin embargo, Lawson et al., exponen que la depresión grave tiende una estrecha vinculación con factores genéticos “se asocia con volúmenes hipocampales más pequeños, así como con cambios en la activación o la conectividad de las redes neuronales, como la red de control cognitivo y la red de saliencia afectiva” (2017, p.203). Además, las alteraciones en los principales sistemas neurobiológicos que median la respuesta al estrés son evidentes en la depresión grave, incluidos el eje hipotalámico-pituitaria-suprarrenal, el sistema nervioso autónomo y el sistema inmunológico.

Es importante indicar que tanto la psicoterapia como la psicofarmacología son eficaces para el tratamiento de este nivel depresivo. Sin embargo, Peral y Ruisoto menciona que “A pesar de sus signos y síntomas graves, puede mejorarse dramáticamente a través de la intervención farmacológica. El tratamiento ha creado un mercado saturado, con medicamentos dirigidos a numerosos mecanismos de acción, y se espera que este mercado crezca más en los próximos años” (2018, p.86). Sin embargo, la mayor parte de los pacientes no remiten de la depresión, incluso después de varios intentos de tratamiento; los síntomas que persisten durante la remisión se asocian con recaída, recurrencia y, en última instancia, resistencia al tratamiento. Entre las novedades de la psicoterapia figura el uso de tecnologías de intervención conductual. En cuanto a los enfoques farmacológicos, los antidepresivos glutamatérgicos, como la ketamina, están siendo objeto de un examen científico tras los prometedores resultados iniciales de eficacia.

Causas

A diferencia de otras enfermedades o trastornos, no hay una explicación sencilla de las causas de la depresión. En general, la depresión puede deberse a una serie de factores, entre ellos el estrés, que puede ser de leve a grave, combinado con la vulnerabilidad o la predisposición a la depresión que puede ser el resultado de

factores biológicos, genéticos o psicológicos. Cada tipo de depresión se asocia con diferentes causas.

En lo que concierne a los factores genéticos, existen pruebas sólidas de que estos desempeñan un papel importante en la predisposición de una persona a desarrollar la depresión, especialmente la depresión melancólica, la depresión psicótica y el trastorno bipolar. Según Wani y Gopinath “Es probable que no sea un solo gen el responsable, sino una combinación de genes. La predisposición a desarrollar la depresión puede ser hereditaria” (2018, p.1156). El riesgo genético de desarrollar una depresión clínica es de alrededor del 40% si un padre biológico ha sido diagnosticado con la enfermedad, y el 60% restante se debe a factores dentro del propio entorno del individuo. Es improbable que la depresión ocurra sin eventos estresantes en la vida, pero el riesgo de desarrollar depresión como resultado de tal evento está fuertemente determinado genéticamente.

Por otro lado, con relación a los factores bioquímicos, se puede manifestar que el conocimiento del cerebro humano es todavía bastante limitado, por lo tanto, no se sabe realmente qué ocurre en el cerebro para causar la depresión. Conforme con Gómez et al., “es probable que, con la mayoría de los casos de depresión clínica, la función de los neurotransmisores se vea interrumpida. Los neurotransmisores son químicos que llevan las señales de una parte del cerebro a la siguiente (2019, p.42). Hay muchos neurotransmisores que sirven para diferentes propósitos. Sin embargo, tres importantes que afectan al estado de ánimo de una persona son la serotonina, la noradrenalina y la dopamina.

La influencia de la familia tiene un vínculo con la depresión, pues en las relaciones entre los padres e hijos puede haber conflictos, divorcios, alcoholismo, incluyendo los trastornos de salud mental y la violencia doméstica de naturaleza sexual o moral, desencadenando esta afección. Según Capano et al., “un historial familiar de susceptibilidad a la depresión y el nivel de educación de los padres tiene un impacto significativo en la aparición de síntomas depresivos entre los adolescentes. Ellos tienen un riesgo tres veces mayor de desarrollar síntomas depresivos” (2016, p.414). Los patrones cognitivos negativos, especialmente entre los pacientes con un historial de episodios de abuso emocional, físico o sexual en

la infancia pueden desencadenar la aparición de eventos negativos en la vida y, por lo tanto, potencialmente tienden a aumentar el riesgo de depresión.

Consecuencias

Los síntomas de la depresión, como la irritabilidad, la pérdida de interés en las actividades cotidianas o placenteras o la tristeza constante pueden alterar las relaciones familiares, especialmente con la pareja. Para Goena “la depresión puede conducir a la desinserción social, especialmente cuando no se trata; las personas a menudo tienen un sentimiento de soledad, abandono, inutilidad, el sentimiento de no ser amados” (2019, p.5038). Sentimientos que se suman a otros síntomas y consecuentemente tienden a aislarse de los demás gradualmente. De hecho, el aislamiento intensifica los pensamientos negativos, la visión pesimista de la vida o incluso la autoestima. Por lo tanto, en el tratamiento de la depresión, es muy importante mantener relaciones sociales, especialmente con amigos cercanos y familiares, porque estas personas serán un verdadero apoyo y una ayuda para la curación de quienes la sufren. Por otro lado, los síntomas de la depresión pueden conducir a una disminución de la productividad laboral, aumentar las relaciones conflictivas con los superiores o provocar una pérdida de empleo.

El suicidio es la consecuencia más dramática de la depresión, según Martínez y Ferrer “Del 5 al 20% de los pacientes deprimidos se suicidarían; en caso de episodio depresivo, el riesgo de intento de suicidio se multiplicaría por 21 y por 4 en caso de remisión parcial en comparación con la remisión completa” (2017, p.282). Los resultados de este estudio también muestran que solo la cuarta parte de los pacientes deprimidos reciben un tratamiento adecuado para su depresión y que la mayoría de los sujetos deprimidos que se suicidaron no recibieron antidepresivos. En un nivel más clínico, es importante recordar que las personas que se suicidan no tienen como objetivo principal morir sino, sobre todo, poner fin a su sufrimiento, que luego consideran insoportable. El suicidio les parece ser la única forma de silenciar este sufrimiento.

Trastornos depresivos

La depresión constituye un contribuyente significativo a la carga mundial de trastornos, afecta a las personas en todas las comunidades; por ello, es importante determinar los causales para requerir mejores opciones de tratamiento. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales ha determinado una clasificación para las diversas afecciones vinculadas con la depresión, entre ellas el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente distimia, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos y trastorno depresivo debido a otra afección médica.

El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, se caracteriza por irritabilidad crónica lo que representa un cambio del estado habitual de la persona; esta condición predispone al individuo hacia un constante comportamiento de enojado, Rosa señala que “se asocian frecuentemente con otros trastornos psiquiátricos, más comúnmente trastornos de conducta disruptivos y trastornos de ansiedad” (2019, p.282). Se manifiesta durante la infancia en individuos con trastornos mentales comunes como la bipolaridad y ansiedad; además, alcanza su pico en la etapa juvenil y la edad adulta. La definición de este trastorno se combina con las características de la desregulación severa del estado de ánimo como los arrebatos emocionales severos y paroxísticos que se superponen a la irritabilidad o ira persistentes. Sin embargo, no incluye como el insomnio, radicalidad, distracción, aceleración del pensamiento, aumento del habla e invasividad.

De acuerdo con los criterios de diagnóstico en DSM-5, (en Oliveria, Bento y Belina, 2019) el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo “tiene dos criterios principales de síntomas arrebatos emocionales severos y frecuentes; irritabilidad crónica o persistente o enojo que existe entre berrinches” (p.282). Además de estos dos criterios, también hay descripciones específicas sobre otros factores limitantes en los criterios de diagnóstico, que incluyen la frecuencia, es decir, al menos 3 episodios por semana; duración, en donde la irritabilidad o la ira ocurren casi todos los días; el curso de la enfermedad caracterizado por ser al menos más de 12 meses, y el período en el que no se cumplen los criterios nunca excede

los 3 meses; el tiempo de diagnóstico que se vincula con más de 6 años y la edad del primer inicio, ocurrente antes de los 10 años.

El trastorno de depresión mayor es categorizado una condición común que se observa en el entorno de atención primaria, y, que a menudo se presenta con síntomas somáticos; constituye potencialmente una enfermedad crónica con una considerable morbilidad y una alta tasa de recaída y recurrencia. Según Lawson et al., “tiene una relación bidireccional con enfermedades crónicas y una fuerte asociación con el aumento de la edad y las afecciones mentales coexistentes, por ejemplo, el trastorno de ansiedad” (2017, p.203). La pérdida de interés, en la mayor parte de las actividades, figuran como características principales de un episodio depresivo mayor, aunque se debe prestar mayor atención a los síntomas de fatiga, trastornos del sueño, ansiedad, neurocognitivo y sexual; además el estado de ánimo, la culpa, así como la ansiedad psíquica, se identifican constantemente.

Se pueden agregar especificadores para determinar el diagnóstico de este trastorno, en donde se requiere al menos tres de los siguientes signos pérdida completa de placer, falta de reactividad, retraso psicomotor, pérdida de peso significativa, culpa excesiva o una clara calidad del estado de ánimo deprimido. Sin embargo, Cramer, Borkulo, Han y Kendler enfatiza “la presencia de retraso psicomotor como una característica central de la depresión mayor, aunado a características atípicas que pueden ser comer en exceso, aumento de peso, hipersomnia, preservación de la reactividad del estado de ánimo o sensibilidad al rechazo interpersonal” (2016, p.11). No obstante, muchos pacientes que sufren de depresión mayor no buscan ayuda tempranamente; aquello se debe a diversos factores como falta de conocimiento sobre su condición médica; el estigma asociado con la etiqueta de enfermedad mental; y factores financieros.

El trastorno depresivo persistente distimia es una forma crónica de depresión con menos síntomas depresivos y menos severos, pero con un impedimento funcional que a veces puede igualar el impedimento observado entre los pacientes con trastorno depresivo mayor. De acuerdo con el criterio de Goena “este trastorno se da en una parte sustancial de la población y aumenta el riesgo de padecer un trastorno depresivo grave” (2019, p.5037). Aquello se debe a que comparten varias

características en relación con el estrés y la respuesta a la farmacoterapia; sin embargo, Garca menciona que “pueden distinguirse entre sí con respecto al funcionamiento hipotalámico-pituitaria-suprarrenal (HPA), y hay pruebas de que estos subtipos depresivos pueden diferenciarse con respecto a sus correlatos de citoquinas” (2019, p.219). Puede estar asociada a cambios funcionales persistentes de la actividad del HPA, así como a varias características complementarias, entre ellas la alteración de las percepciones del estrés y la elevación del nivel de vida.

El trastorno distímico ocurre en niños y adolescentes, aunque los síntomas son menos graves que los observados en la depresión mayor, (Gómez, Aulí, Tamayo, Gil y Garzón mencionan que “el trastorno distímico de inicio en la niñez es característico por sus constantes estados anímicos presentados como irritables y deprimidos, persistente y a largo plazo” (2016, p.40). Los síntomas depresivos distímicos de larga duración parecen ser responsables de consecuencias incapacitantes a largo plazo en el aprendizaje de habilidades sociales, el funcionamiento psicosocial y la consecuente vida profesional, lo que probablemente contribuya a un mayor riesgo de recaída o desarrollo de depresión mayor. Consistentemente, el primer episodio de depresión mayor ocurre 2-3 años después del inicio del trastorno, lo que sugiere que esta última es una de las puertas de entrada a los trastornos recurrentes del estado de ánimo.

Trastorno disfórico premenstrual es un problema de salud similar al síndrome premenstrual, pero resulta ser mucho más grave; causa irritabilidad severa, depresión o ansiedad pocos días antes de iniciar el periodo. Los síntomas generalmente desaparecen dos o tres días después de que comienza su período. Pacheco, Chirino y Escobedo señalan que “es una condición clínica causada por una respuesta anormal del sistema nervioso central a los cambios hormonales del ciclo reproductivo femenino” (2017, p.128). Afecta a la mujer en cualquier etapa de su vida reproductiva, aunque, en ciertas instancias, puede comenzar poco después de la pubertad y estos casos tienden a ser reconocidos y llevados a atención médica; es importante manifestar que el trastorno desaparece durante la supresión del ciclo ovárico, por ejemplo, en la amenorrea hipotalámica debido al estrés físico o nutricional excesivo, la amenorrea de la lactancia, el embarazo y después de la menopausia, ya sea natural o inducida.

Por lo general, los síntomas del trastorno aparecen después de la ovulación y empeoran progresivamente hasta la menstruación, varias féminas experimentan una breve explosión de síntomas típicos de síndrome premenstrual que coinciden con la caída de estradiol a mitad del ciclo que acompaña a la ovulación. Quílez afirma que “las mujeres más gravemente afectadas informan que los síntomas comienzan poco después de la ovulación, dos semanas antes de la menstruación y se resuelven al final de la misma” (2016, p.80). Así también, señala que desaparece después de la menopausia natural, inducida médica o quirúrgicamente, aunque la reintroducción de la terapia de reemplazo hormonal exógeno puede estar asociada con la reaparición de los síntomas. Por lo general, el uso de progestina secuencial desencadena los síntomas del síndrome premenstrual en mujeres susceptibles, mientras que la terapia de reemplazo hormonal combinada continua es menos probable que se asocie con cambios adversos del estado de ánimo.

El uso y abuso de ciertos medicamentos, drogas y alcohol pueden conducir a síntomas clásicos de trastorno depresivo; a menudo, las personas que se sienten deprimidas usan drogas o alcohol para tratar de aliviar su dolor. Citando a Rodríguez, Mora, Martínez y Nava “los síntomas depresivos pueden ocurrir durante la ingesta de estas sustancias o después de suspender el uso, es decir en el período de abstinencia; incluye anfetaminas, alucinógenos, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, opioides utilizados para dolor u otras sustancias desconocidas” (2019, p.124). En sí, este trastorno depresivo es causado por medicamentos que se usan para tratar o controlar otras afecciones médicas; aquello puede incluir dolor, calambres estomacales, convulsiones, presión arterial alta, enfermedad de Parkinson, úlceras y enfermedades del corazón. También puede ser causado por esteroides, antidepresivos, anticonceptivos orales y antipsicóticos fármacos empleados para síntomas psicóticos como alucinaciones y delirios.

Adicionalmente, el trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos se caracteriza cuando los síntomas aparecen dentro de un mes después de usar dicha sustancia. Por su parte Ferri et al., indican que “existe antecedentes de pacientes, exámenes físicos o hallazgos de laboratorio que confirman el uso, abuso, intoxicación o abstinencia de sustancias antes del inicio de los síntomas depresivos” (2020, p.1). Una vez que se suspende la sustancia, los síntomas depresivos

generalmente desaparecen en unos días o varias semanas, dependiendo de cuánto tiempo se espera que la sustancia permanezca en el torrente sanguíneo; sin embargo, si la depresión dura más de cuatro semanas, es importante detectar otras causas de la depresión. Los riesgos de desarrollar esta afección son mayores entre quienes tienen antecedentes de trastorno depresivo mayor.

El trastorno depresivo debido a otra afección médica es una forma de depresión con características similares al trastorno depresivo mayor, aunque forma parte de las secuelas fisiológicas de una condición médica importante como el cáncer, accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, un traumatismo importante o trastornos neurodegenerativos como la enfermedad de Alzheimer. Araujo, Alonzo, Paoli y Salas mencionan que “suele coexistir con ciertos estados médicos, en particular si se trata de una hospitalización; puede interferir con el tratamiento eficaz de las demás afecciones, retrasando la recuperación y aumentando significativamente la morbilidad” (2018, p.98). Estos pacientes deprimidos tienen tres veces más probabilidades de no seguir las recomendaciones médicas, aunado a ello, el trastorno se convierte en un predictor poderoso de mortalidad por infarto de miocardio. Se ha evidenciado que esta es prevalente en los pacientes con insuficiencia cardíaca y se asocia con un peor pronóstico a corto plazo; un trastorno depresivo grave puede ocurrir en la mayor parte de pacientes después de un accidente cerebrovascular y se ha asociado con una recuperación deficiente y un empeoramiento de la mortalidad. Por el contrario, la depresión en sí misma puede ser un factor de riesgo independiente para el accidente cerebrovascular y la enfermedad coronaria. Ciertos medicamentos también pueden estar implicados en la causa de la depresión, como los retinoides y el interferón.

Capítulo II

Metodología

Diseño del trabajo

El trabajo de investigación se fundamenta bajo un enfoque cuali-cuantitativo; considerando que es cualitativo porque recoge información para identificar y analizar el problema, aquello es plasmado en el marco conceptual proporcionando una comprensión exhaustiva del tema seleccionado, facilitando el análisis de los resultados. Por otro lado, también se puede entrever un enfoque cuantitativo, puesto que recolecta datos a través de la administración de reactivos psicológicos, y estos a su vez, permiten llevar a cabo un análisis estadístico, así como la comprobación de hipótesis mediante el desarrollo del Chi Cuadrado.

Un análisis descriptivo acompaña al desarrollo del documento investigativo, enfatizándose principalmente, en la descripción de la naturaleza de las variables en estudio; se centra en el análisis de los educandos de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves, posibilitando comprender de mejor forma la situación familiar y actitudes arraigadas a la depresión en el alumnado. Aquello se lleva a cabo por medio de elementos descriptivos sobre las actividades, procesos y personas inmiscuidas en el trabajo.

En lo que concierne a la metodología investigativa, se consideró el tipo bibliográfico, tomando en cuenta la información de fuentes primarias y secundarias, a través de las cuales se ejecutó la búsqueda de contenido, estudios y temas vinculados con la problemática detectada; se hizo uso de libros, investigaciones previas, artículos académicos y científicos, sustentando idóneamente los argumentos relacionados con el funcionamiento familiar y la depresión.

Se realizó una investigación de campo, puesto que el trabajo se ejecutó en el lugar de los hechos, donde se ha encontrado la problemática; en este caso, en la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves en la provincia de Bolívar, cantón Píllaro.

Por último, el desarrollo del presente proyecto de investigación permitió enlazar una correlación entre las dos variables estudiadas; siendo la primera variable el funcionamiento familiar y la segunda la depresión. Consecuentemente, es posible medir el grado de relación entre las variables mencionadas para dar lugar a la comprobación de la hipótesis planteada.

Área de estudio

Campo: Clínico.

Área: Psicología.

Aspecto: Funcionamiento familiar y depresión.

Delimitación espacial: El trabajo de investigación se llevó a cabo con los estudiantes de la Unidad Ángel Polibio Chaves

Provincia: Bolívar

Cantón: Guaranda

Delimitación temporal: 2020

Población y muestra

El desarrollo de la investigación se ejecutó en una población de 62 estudiantes; de los cuales, 29 pertenecen al género femenino y 33 al género masculino quienes asisten a la Unidad Ángel Polibio Chaves. A esta población se aplicó los reactivos psicológicos, de esta forma se obtuvieron datos reales, objetivos y concisos, impidiendo así, sesgos durante en el desarrollo del trabajo.

Tabla 1.

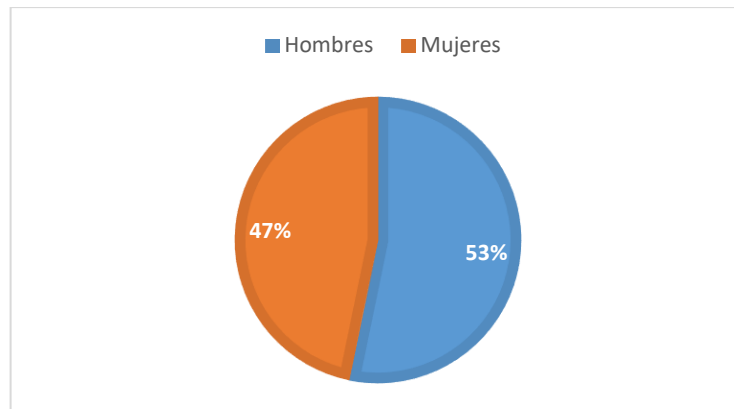
Población del estudio

UE Ángel Polibio Chaves.	Hombres	Mujeres	Total
	33	29	62

Nota. Elaboración propia

Gráfico 1.

Distribución de la Población



Nota. Elaboración propia

Instrumentos de investigación

Para llevar a cabo el análisis de las variables en estudio, se empleó a la población dos reactivos psicológicos; el primero fue el instrumento denominado Escala de adaptabilidad y cohesión familiar (faces III) y el inventario de depresión infantil. El objetivo de dichos instrumentos es determinar si influye el funcionamiento familiar o no en la depresión, de esta manera, se plantearía la existencia correlativa de las variables por medio de la comprobación de la hipótesis.

Escala de adaptabilidad y cohesión familiar (faces III)

Es un instrumento fundamentado en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad que se basa en un enfoque sistémico familiar, autoría de Olson, Portner y Lavee (1981); combina 16 sistemas familiares agrupados en tres modos de funcionamiento como son balanceado, medio y extremo. El cuestionado está estructurado por 20 ítems, con una escala del 1 al 5, en donde 1 corresponde a marcado desacuerdo y 5 a marcado acuerdo; además, 10 de dichos ítems evalúan la cohesión y los otros 10 la adaptabilidad, estas afirmaciones permiten evaluar a la familia percibida en ese instante y analiza cómo le gustaría que esta fuese. El test faces III está destinado para niños y preadolescentes, su aplicación toma un tiempo no mayor a 20 minutos.

A continuación, se presenta la interpretación de los resultados que se obtienen posterior a su aplicación.

Tabla 2.*Escala de adaptabilidad y cohesión familiar (faces III)*

Categoría	Interpretación
Rango balanceado	<p>Se considera familias centrales y son interpretados como un rango adecuado; se caracterizan por su capacidad para experimentar y balancear los extremos vinculados con la independencia familiar, es decir estas personas se muestran libres para estar solos o conectados con otros integrantes. Su funcionamiento dinámico permite manejar cualquier situación.</p> <p>En este rango sobresalen las familias flexibles-separada; flexible-conectada; estructurada-separada y estructurada-conectada.</p>
Rango medio	<p>Son familias que se caracterizan por orientarse en una sola dirección, su funcionamiento presenta ciertas dificultades, mismas que pueden ser consecuentes por situaciones estresantes.</p> <p>En este rango sobresalen las familias caótica-separada, caótica-conectada, rígida-separada, rígida-conectada, flexible-desligada, flexible-amalgamada, estructurada-desligada y estructurada-amalgamada.</p>
Rango extremo	<p>Son familias extremas en las dimensiones adaptabilidad y cohesión, por ello su funcionamiento suele ser inadecuado; en ciertas ocasiones el funcionamiento extremo suele ser beneficioso para la estabilidad de los integrantes, siempre y cuando todos los miembros lo deseen de esa forma.</p> <p>En este rango sobresalen las familias caótica-desligada, caótica-amalgamada, rígida-desligada y Rígida-amalgamada.</p>

Nota. Elaboración propia

Validez y confiabilidad: Mediante el coeficiente Alpha de Cronbach, la confiabilidad para la escala indica un resultado de 0.68, evidenciando una consistencia interna idónea para las dimensiones adaptabilidad y cohesión. En lo que concierne a la validez, los resultados exponen claramente un instrumento idóneo para ser aplicado.

Inventario de depresión infantil (CDI)

Este instrumento permite la medición de las escalas de depresión infantil, la prueba puede ser administrada a niños entre 7 y 11 años; el inventario fue desarrollado por Kovacs (1992). El tiempo de aplicación oscila entre los 10 a 15 minutos, sin embargo se ha demostrado que en individuos con trastornos depresivos suele ser mayor al lapso estipulado. Su estructuración está compuesta por 26 ítems, con una escala tipo Likert en donde 0 indica normalidad, 1 cierta intensidad y 2 presencia inequívoca de depresión. Los rangos de interpretación final están categorizados por sin sintomatología, sintomatología leve y sintomatología severa.

A continuación, se presenta la interpretación de los resultados que se obtienen posterior a su aplicación:

Tabla 3.

Inventario de depresión infantil (CDI)

Categoría	Interpretación
Sin sintomatología	La persona carece de síntomas depresivos, son individuos que no manifiestan ningún tipo de trastorno vinculado con la depresión, por lo que conllevan una salud mental normal.
Sintomatología leve	Son personas que presentan de manera regular ciertos síntomas depresivos como un estado de ánimo irritable, en ocasiones exponen dificultades para conciliar el sueño o por el contrario exceso de sueño, aunado a sentimiento de culpa e inutilidad.
Sintomatología severa	La condición de estas personas es preocupante por lo que requieren atención psicológica y psiquiátrica urgente; se caracterizan por su dificultad para concentrarse, sentimientos de odio, pérdida o aumento de peso; abandono de actividades habituales, retraimiento y en ciertas instancias pueden tener pensamientos recurrentes sobre la muerte o suicidio.

Nota. Elaboración propia

Validez y confiabilidad: A través del modelo Alpha de Crobach la fiabilidad obtenida fue de 0.80, este valor indica la eficacia del constructo como instrumento para su aplicación; en lo que respecta a la validez el inventario permite predecir el rendimiento de las variables que se estudian, de esta forma se ajusta a las necesidades de la presente investigación

Procedimientos para obtención y análisis de datos.

El presente trabajo investigativo está definido por un plan de recolección de datos; en primer lugar, es importante analizar la influencia entre el funcionamiento familiar y la depresión en los estudiantes de la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”. La investigadora es la persona responsable en la recolección, sistematización y organización de la información obtenida; además, el trabajo establece su desarrollo a través de actividades llevando a cabo una revisión analítica y crítica de los datos adquiridos mediante las técnicas seleccionadas con base en las variables estudiadas. También es importante ejecutar la tabulación de datos por medio de gráficas para una mejor comprensión lectora; por último, la correlación entre las variables se realizará mediante de la comprobación de la hipótesis, consecuentemente esta última da lugar a las conclusiones y recomendaciones. Con base en esta información se plantea una posible alternativa para mitigar o contrarrestar la problemática detectada.

Actividad

En primera instancia, la investigadora acudió a la Unidad Educativa con el objetivo de socializar el trabajo, se estipuló el propósito de la investigación y las actividades que desarrollarán los estudiantes. Los instrumentos de investigación fueron expuestos y se determinó la fecha y el horario para su aplicación. La administración de la Escala de adaptabilidad y cohesión familiar (faces III) así como el Inventario de depresión infantil (CDI) se realizaron satisfactoriamente. Por medio del método estadístico Chi Cuadrado se estableció la relación entre las variables, permitiendo así determinar una propuesta de solución para la problemática encontrada.

Capítulo III

Análisis e interpretación

Diagnóstico de la situación actual.

La aplicación de los reactivos psicológicos en los estudiantes de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves determinó que en la Escala de adaptabilidad y cohesión familiar (faces III) los alumnos en su mayoría presentan un nivel extremo; por otro lado, los resultados del Inventario de depresión infantil (CDI) señalan que la mayor parte de alumnos presenta una sintomatología depresiva severa.

Tabla 4.

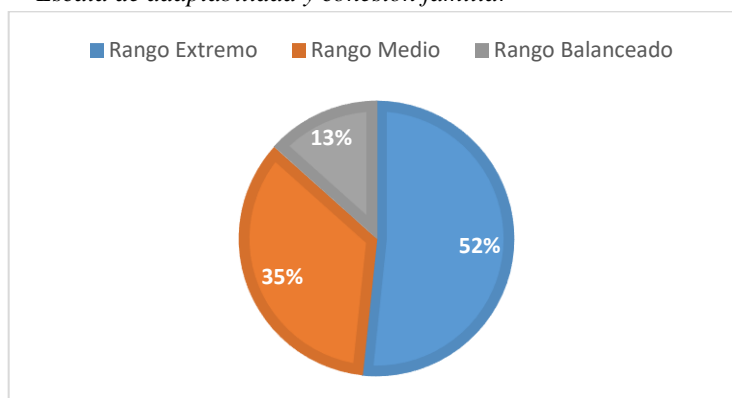
Escala de adaptabilidad y cohesión familiar (faces III)

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Rango Extremo	31	52%
Rango Medio	21	35%
Rango Balanceado	8	13%
Total	60	100%

Nota. Elaboración propia

Gráfico 2.

Escala de adaptabilidad y cohesión familiar



Nota. Elaboración propia

Análisis e Interpretación.

Según el reactivo aplicado a los estudiantes se puede manifestar que la mitad de ellos presenta un rango extremo en la escala de adaptabilidad y cohesión familiar, estos sujetos conviven en hogares que suelen ser disfuncionales, de este grupo sobresale la dimensión rígida-desligada y caótica-desligada; la primera se caracteriza por los roles estrictamente definidos entre los padres, existe además poca interacción e involucramiento familiar, en tanto la segunda tiene relación con aquellas familias que experimentan decisiones parentales impulsivas y predomina separación entre estos. Por otro lado, dos quintas partes del alumnado exponen un rango medio cuyo funcionamiento familiar presenta ciertas dificultades como consecuencia de situaciones estresantes, de este grupo resalta la dimensión caótica-conectada en donde se denota la ausencia de funciones de cada integrante, además no comparten espacios familiares entre sí. Finalmente, una tercera parte evidencia un rango balanceado, denominados también familias centrales y son interpretados como un rango adecuado; se caracterizan por su capacidad para experimentar y balancear los extremos vinculados con la independencia familiar, es decir estas personas se muestran libres para estar solos o conectados con otros integrantes, su funcionamiento dinámico permite manejar cualquier situación; la dimensión predominante de este grupo es flexible-conectada, cuya disciplina en ciertas instancias suele ser severa, sin embargo toman importancia del tiempo que pasan juntos entre sus miembros.

Inventario de depresión infantil (CDI)

Tabla 5.

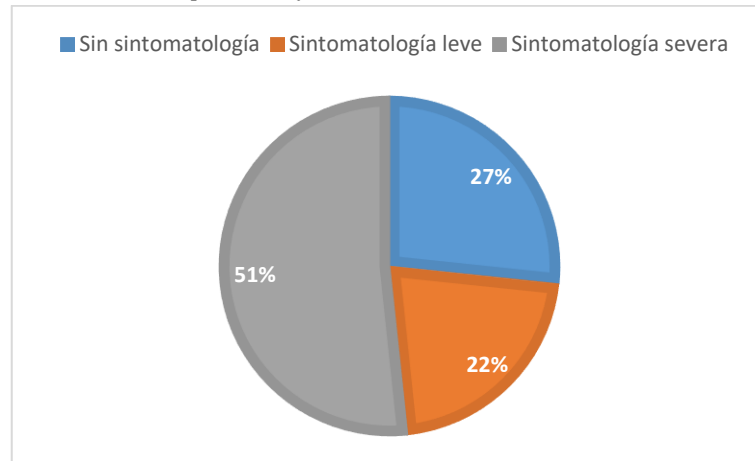
Inventario de depresión infantil (CDI)

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Sin sintomatología	16	27%
Sintomatología leve	13	22%
Sintomatología severa	31	51%
Total	60	100%

Nota. Elaboración propia

Gráfico 3.

Inventario de depresión infantil (CDI)



Nota. Elaboración propia

Análisis e Interpretación.

Con base en la información proporcionada, se evidencia que la mitad de los alumnos presentan una sintomatología severa depresiva, en donde la condición de estas personas es preocupante por lo que requieren atención psicológica y psiquiátrica urgente; se caracterizan por su dificultad para concentrarse, sentimientos de odio, pérdida o aumento de peso; abandono de actividades habituales, retraimiento y en ciertas instancias pueden tener pensamientos recurrentes sobre la muerte o suicidio. Por su parte, una cuarta parte expone una sintomatología leve, presentando de manera regular ciertos síntomas depresivos como un estado de ánimo irritable, en ocasiones exponen dificultades para conciliar

el sueño o por el contrario exceso de sueño, aunado a sentimiento de culpa e inutilidad. Finalmente, otra tercera parte no indica señal alguna de la afección, los sujetos que carecen de síntomas depresivos son individuos que no manifiestan ningún tipo de trastorno vinculado con la depresión, por lo que conllevan una salud mental normal.

Comprobación de la hipótesis.

Analizando los datos obtenidos de los dos test, es importante verificar la hipótesis a través del método estadístico Chi-cuadrado; para ello, se determinó una hipótesis alternativa y otra nula, aquello permite corroborar la correlación entre las dos variables.

Planteamiento de las hipótesis.

H₀= El funcionamiento familiar no influye en la depresión de los estudiantes de los octavos años de educación básica de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves Cantón Guaranda.

H₁= El funcionamiento familiar influye en la depresión de los estudiantes de los octavos años de educación básica de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves Cantón Guaranda.

Para el desarrollo del estadístico ya manifestado, se emplea la siguiente formulada detallada a continuación.

$$x^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Dónde:

x^2 = Chi cuadrado

\sum =Sumatoria

O= Frecuencias observadas

E= Frecuencias esperadas

Nivel de significancia.

Para el presente trabajo se ha considerado un nivel de significancia del 5% correspondiente a 0.05

Especificación de las regiones de aceptación y rechazo.

Para dar lugar a la especificación de las regiones de aceptación y rechazo se procede a determinar los grados de libertad a través de la siguiente fórmula:

$$Gl = (f - 1)(c - 1)$$

Dónde:

Gl= grados de libertad*

f= número de filas

c= número de columnas

Distribución:

$$Gl = (3-1) (3-1)$$

$$Gl = (2) (2)$$

$$Gl = 4$$

El resultado señala 4gl aunado a un nivel de significancia de 0.05, los datos de la tabla de Chi-cuadrado indican un valor de 9.49. En seguida, la verificación de la hipótesis a través de las frecuencias observadas y esperadas.

Tabla 6.

Frecuencias Observadas

Fases III /CDI	Rango Extremo	Rango Moderado	Rango Balanceado	Total	
Sin sintomatología		3	7	6	16
Sintomatología leve	3		9	1	13
Sintomatología severa		25	5	1	31
TOTAL	31	21	8	60	

Nota. Elaboración propia

Tabla 7.
Frecuencias Esperadas

Fases III /CDI	Rango Extremo	Rango Moderado	Rango Balanceado	Total
Sin sintomatología	8,27	5,60	2,13	16
Sintomatología leve	6,72	4,55	1,73	13
Sintomatología severa	16,02	10,85	4,13	31
TOTAL	31	21	8	60

Nota. Elaboración propia

Tabla 8.
Cálculo de Chi Cuadrado

Descripción	F. observada	F. Esperada	FO-FE	(FO-FE)²	(FO-FE)²/E
Sin sintomatología/Rango extremo	3	8,27	-5,27	27,738	3,355
Sin sintomatología/Rango moderado	7	5,60	1,40	1,960	0,350
Sin sintomatología/Rango balanceado	6	2,13	3,87	14,951	7,008
Sintomatología leve/ Rango Extremo	3	6,72	-3,72	13,814	2,057
Sintomatología leve/ Rango moderado	9	4,55	4,45	19,803	4,352
Sintomatología leve/ Rango balanceado	1	1,73	-0,73	0,538	0,310
Sintomatología severa/ Rango extremo	25	16,02	8,98	80,700	5,039
Sintomatología severa/ Rango moderado	5	10,85	-5,85	34,223	3,154

**Sintomatología
severa/ Rango
balanceado**

1 4,13 -3,13 9,818 2,375

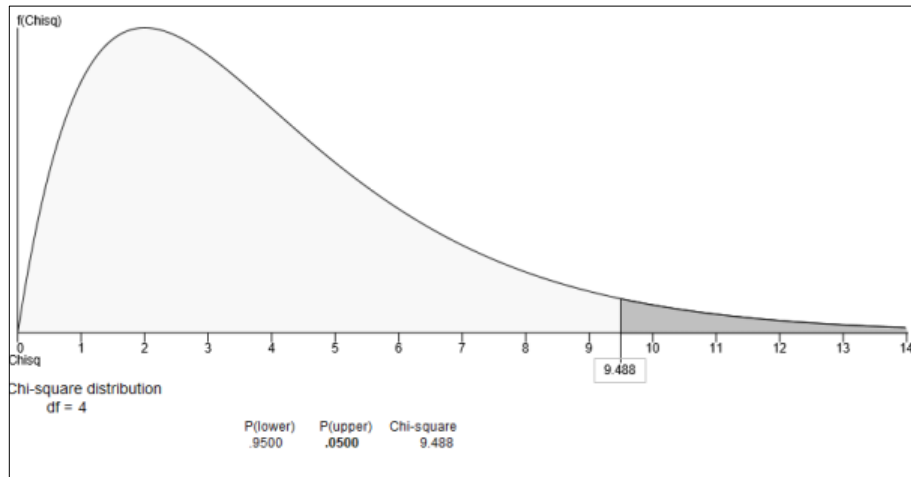
Suma

28

Nota. Elaboración propia

Gráfico 4.

Chi-Cuadrado



Nota. Elaboración propia

Decisión.

En caso de que el valor calculado sea menor al valor tabular, se rechaza la hipótesis nula y consecuentemente se acepta la hipótesis alternativa. Dicho esto, con 4 grados de libertad y con un nivel de significancia de 0.05, los resultados establecieron un valor de 9.49; mientras que el valor de Chi-Cuadrado es 28. En concordancia con estos datos, 28 resulta ser mayor que 9.49 por ello se acepta la hipótesis alternativa: El funcionamiento familiar influye en la depresión de los estudiantes de los octavos años de educación básica de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves Cantón Guaranda.

Capítulo IV

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

1. Para determinar la influencia de las variables estudiadas se administró el método Chi Cuadrado, estableciendo que el funcionamiento familiar si influye en la depresión de los estudiantes de los octavos años de educación básica de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves cantón Guaranda; puesto que los resultados establecieron un valor de 9.49; mientras que el valor de Chi-Cuadrado es 28, conforme con esta información, 28 resulta ser mayor que 9.49 por ello se acepta la hipótesis alternativa. Estos datos se obtuvieron a partir de la aplicación de los reactivos psicológicos, el primero denominado escala de adaptabilidad y cohesión familiar (faces III) para la variable funcionamiento familiar, constituido por los rangos balanceado, medio y extremo; así como el Inventario de depresión infantil (CDI) direccionado a la medición de la sintomatología depresiva en los estudiantes.
2. Se evaluó el nivel de funcionalidad familiar, observándose que la mitad de estudiantes presenta un rango extremo, se caracterizan porque conviven en hogares que suelen ser disfuncionales, de este grupo sobresale la dimensión rígida-desligada cuyos roles son estrictamente definidos entre los padres, existe además poca interacción e involucramiento familiar. Por su parte, dos quintas partes del alumnado exponen un rango medio cuyo funcionamiento familiar presenta ciertas dificultades como consecuencia de situaciones estresantes, de este grupo resalta la dimensión caótica-conectada en donde existe una ausencia de funciones de cada integrante, además no comparten espacios familiares entre sí. Finalmente, una tercera parte evidencia un rango balanceado, denominados también familias centrales y son interpretados como un rango adecuado; presentan una capacidad para experimentar y balancear los extremos vinculados

con la independencia familiar, en otras palabras, su funcionamiento dinámico permite manejar cualquier situación.

3. Se identificaron los niveles de depresión que poseen los estudiantes de educación básica de la unidad educativa Ángel Polibio Chaves, evidenciando que la mitad de los alumnos presentan una sintomatología severa depresiva, cuya condición es preocupante puesto que requieren atención profesional; se caracterizan por su dificultad para concentrarse, sentimientos de odio, pérdida o aumento de peso; abandono de actividades habituales, retraimiento y en ciertas instancias pueden tener pensamientos recurrentes sobre la muerte o suicidio. Además, se pudo observar que una cuarta parte expone una sintomatología leve, presentando de manera regular ciertos síntomas como un estado de ánimo irritable, en instancias exponen dificultades para conciliar el sueño o por el contrario exceso de sueño, aunado a sentimiento de culpa e inutilidad. Por último, otra tercera parte no indica señal alguna de la afección, los sujetos que carecen de síntomas depresivos son individuos que no manifiestan ningún tipo de trastorno vinculado con la depresión, por lo que conllevan una salud mental normal.

4. Con base en los resultados expuestos en el trabajo de investigación, se considera pertinente llevar a cabo una propuesta de intervención; dado que, se ha determinado que un porcentaje alto de estudiantes no presenta un adecuado funcionamiento familiar, además de síntomas depresivos. Por todo ello, la propuesta tiene como objeto desarrollar actividades para el fortalecimiento familiar y así mitigar el problema de depresión, mejorando así, la salud mental de los estudiantes de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves del Cantón Guaranda.

Recomendaciones

1. En concordancia con los resultados obtenidos, es necesario considerar el estudio de las variables investigadas con nuevas problemáticas vinculadas con el ámbito de la psicología clínica; pues podrían correlacionarse con otros desafíos presentes en el ámbito familiar. Aquello posibilitaría prevenir la depresión a través del reforzamiento de los lazos familiares.
2. Se ha considerado oportuno que dentro de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves, se priorice la ayuda psicológica en estudiantes cuyas familias son disfuncionales, mediante programas o talleres enfocados en la participación activa de padres e hijos. De esta forma, se promueve y principalmente se fortalecería un adecuado entorno familiar, permitiendo que el alumno se desarrolle en un ambiente idóneo.
3. Se ha visto pertinente trabajar con una intervención adecuada para prevenir o contrarrestar la depresión en los estudiantes de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves del Cantón Guaranda, ya que podría acrecentar el número de alumnos que padezcan de esta afección, cuyos riesgos limitarían su rendimiento académico y generaría efectos negativos en su salud mental y física.
4. Diseñar talleres que generen técnicas enfocadas en la mitigación del disfuncionamiento familiar y presencia de depresión en el centro educativo, fundamentándose en un abordaje centrado en la mitigación depresiva en los estudiantes.

Discusión

El funcionamiento familiar está estrechamente relacionado con el bienestar físico y psicológico de los miembros de la familia y su discapacidad afecta a la familia en su conjunto. Los altos niveles de conflicto y desacuerdo entre padres e hijos tienen un impacto negativo en la salud mental de sus integrantes. Además, la psicopatología, como la depresión, puede aparecer siempre que las necesidades básicas para el desarrollo individual no sean cubiertas por el entorno social y físico. El reconocimiento de que los trastornos depresivos ocurren en un contexto interpersonal llama más la atención sobre el papel del entorno familiar y sus procesos de interacción como factores relevantes para el desarrollo de los trastornos depresivos durante la adolescencia. De hecho, mediante la revisión del presente trabajo se entrevé que las relaciones familiares son predictores importantes de depresión en adolescentes.

Martín *et al.* (2017) en su estudio evidencia expresiones de negligencia y maltrato infantil en la población repercutiendo sustancialmente en la función educativa del adolescente. Igualmente se observa que existen otros elementos que influyen en la depresión como las dificultades comunicativas entre miembros del hogar, poca expresión de afecto, y la presencia de crisis paranormativas, particularmente en divorcios e internamiento de algún integrante a la cárcel. En tanto, en la presente investigación se evaluó el nivel de funcionalidad familiar, observándose que la mitad de estudiantes presenta un rango extremo, se caracterizan porque conviven en hogares que suelen ser disfuncionales, y además existe poca interacción e involucramiento familiar. En el estudio actual, la mayor diferencia en el funcionamiento familiar entre los casos y los controles fue en términos de la dimensión afecto. En las familias de casos, se observaron dificultades para expresar afecto por la falta de palabras apropiadas, actitudes amistosas y contacto físico. Por lo tanto, se puede decir que los niños criados en una familia en la que no hay demostración de afecto entre padres e hijos y entre madre y padre, aprenderán de este comportamiento y ocultarán sus sentimientos y emociones.

Lewis *et al.* (2015) señala la existencia de pruebas sólidas en donde los patrones de interacción familiar son predictores constantes del desarrollo infantil y factores más significativos en la salud mental de una persona; su estudio indica que el alto conflicto familiar, la inestabilidad residencial y la baja cercanía emocional con los padres se asociaron independientemente con los síntomas depresivos de los adolescentes. En la investigación actual, varios estudiantes presentaron una sintomatología severa depresiva, cuya condición es preocupante puesto que requieren atención psicológica y psiquiátrica urgente; se caracterizan por su dificultad para concentrarse, sentimientos de odio, pérdida o aumento de peso; abandono de actividades habituales, retraimiento y en ciertas instancias pueden tener pensamientos recurrentes sobre la muerte o suicidio.

Stikkelbroek *et al.*, concluyó que los acontecimientos estresantes de la vida relacional se asociaron con síntomas depresivos en los adolescentes; con este estudio, se confirmó la relación existente entre la depresión y las emociones cognitivas; por su parte, en el estudio actual, se exponen la correlación entre las varianles, estableciendo que el funcionamiento familiar influye en la depresión de los estudiantes. Estos datos se obtuvieron a partir de la aplicación de los reactivos psicológicos, el primero denominado escala de adaptabilidad y cohesión familiar (faces III) y el Inventario de depresión infantil (CDI) direccionado a la medición de la sintomatología depresiva en los estudiantes.

Finalmente, la investigación futura debería tener en cuenta el hecho de que una gran cantidad de adolescentes viven en entornos domésticos muy diversos (dos padres, padres solteros y familias de paso). Por lo tanto, la evaluación de cómo las relaciones familiares difieren entre las diferentes estructuras familiares valdría la pena. Otro aspecto a considerar es que se han realizado pocos estudios longitudinales y los estudios transversales se limitan para determinar la direccionalidad de la influencia porque las relaciones pueden ser recíprocas y transaccionales en lugar de unidireccionales. Se requiere más investigación observacional en tiempo real para comprender mejor los mecanismos por los cuales la interacción compleja entre los factores individuales y el entorno familiar puede influir en la depresión.

Capítulo V

Propuesta

Tema de la propuesta.

“Talleres para fomentar una adecuada funcionalidad familiar en los estudiantes y padres de familia de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves.”

Justificación.

La importancia del diseño de la presente propuesta se enfocará en el trabajo de familias y estudiantes cuyos integrantes presentan conflictos o malas conductas entre sí; pretende educar a las familias sobre la solvencia de problemas existentes en su núcleo para así evitar el desarrollo de posibles problemas que se presenten dentro de entorno familiar. Este trabajo pretenderá ayudar a las familias a reconocer y lidiar con el estrés, promoviendo respuestas adaptativas de afrontamiento al mismo, mejorar las habilidades parentales y aumentar la conciencia familiar sobre el impacto que estos factores podría ocasionar; del mismo modo, la prevención puede ofrecer nuevas posibilidades para reducir de conflictos dentro del hogar, por ello es necesario identificar formas de mejorar el acceso a estrategias efectivas para aquellos en riesgo.

El diseño de la propuesta es original, dado que en la actualidad son limitadas las alternativas e intervenciones para el adecuado funcionamiento familiar, promoviendo la resiliencia en quienes se administrará el protocolo. Su desarrollo es factible, dado que se dispone del elemento bibliográfico para diseñar cada uno de los talleres; igualmente, el centro educativo suministrará los materiales y recursos para su aplicación.

Finalmente, los beneficiarios del protocolo de intervención serán los estudiantes y padres de familia, para generar un entorno adecuado dentro del hogar con cada uno de sus miembros familiares debido a que se les presentara talleres para su desarrollo a través de estrategias basadas en el funcionamiento familiar.

Objetivos.

Objetivo General.

Diseñar talleres para fomentar una adecuada funcionalidad familiar en las familias de los estudiantes de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves.

Objetivos Específicos.

- Establecer técnicas para mejorar el funcionamiento familiar de los estudiantes y padres de familia de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves.
- Proponer estrategias metodológicas que permita la mejora del funcionamiento familiar.

Estructura técnica de la propuesta.

La propuesta tiene como objetivo desarrollar técnicas para mejorar el funcionamiento familiar en estudiantes y padres de familia de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves, se constituye como una intervención basada en la familia, permitiendo mejorar el entorno familiar y escolar. Para ello, es necesario centrarse en enfoques de prevención específicos e indicados, incluir enfoques que apunten a mejorar el entorno familiar y atender a los factores de riesgo no específicos de los trastornos.

Con la intención de prevenir el problema detectado, se pretende desarrollar actividades centradas en mejorar el funcionamiento familiar; se ha efectuado una intervención fundamentada en dinámicas y retroalimentaciones. Para ello, se realiza tres talleres basados en un tema y un objetivo, de esta forma las actividades se llevarán a cabo de una manera organizada e idónea. Cada taller inicia con el rapport a través de una breve dinámica permitiendo así integrar al grupo; seguido de ello, se procede con la etapa de introducción, centrado en la exposición teórica de los elementos con más relevancia del taller.

Para finalizar, se seleccionará actividades que serán aplicadas a los estudiantes y los padres de familia de la unidad educativa Ángel Polibio Chaves para de esta forma mejorar su relación familiar; seguidamente, se incorpora un feedback o retroalimentación permitiendo afianzar lo aprendido durante los talleres. Esta fase

es importante, ya que forma un espacio para el desarrollo de preguntas y así solventar dudas o inquietudes.

Argumentación teórica.

La denominación terapia familiar sistémica incluye el concepto de «sistema». Un sistema familiar se compone de un conjunto de personas, relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo. Con objeto de definir quiénes pertenecen a un sistema son necesarios unos «límites», que por una parte funcionan como líneas de demarcación -individualizando un grupo frente al medio y, por otro como lugares de intercambio de comunicación, afecto, apoyo, etc. entre dos sistemas o subsistemas. Los límites pueden ser extrasistémicos e intrasistémicos.

Los primeros delimitan al sistema con el medio externo, mientras los segundos separan y relacionan los distintos subsistemas que forman el sistema más amplio. En un sistema familiar podemos observar principalmente las propiedades de totalidad, causalidad circular, equifinalidad, equicausalidad, limitación, regla de relación, ordenación jerárquica y teleología; dentro de esto se encuentra ocho puntos importantes (1) Totalidad. La conducta del sistema familiar no puede entenderse como la suma de las conductas de sus miembros, se trata de algo cualitativamente distinto, que incluye además las relaciones existentes entre ellos. En consecuencia, de la evaluación de los individuos no puede deducirse el funcionamiento del grupo al que pertenecen, para ello es necesario obtener información de sus interacciones, (2) Causalidad circular. Describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas lo cual conduce a la noción de secuencia de conductas, (3) Equifinalidad. La noción de equifinalidad alude al hecho de que el sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas, lo que dificulta buscar una causa única del problema, (4) Equicausalidad. Se refiere a que la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos.; Esta propiedad y la anterior establecen la conveniencia de que el terapeuta abandone la búsqueda de una causa pasada originaria del síntoma, (5) Limitación. Se adopta una determinada secuencia de interacción disminuye la probabilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta, haciendo que se reitere en el tiempo. Si la secuencia encierra una conducta sintomática, se convierte en

patológica porque contribuye a mantener circularmente el síntoma o problema, (6) Regla de relación. En todo sistema existe la necesidad de definir cuál es la relación entre sus componentes, ya que posiblemente el factor más trascendente de la vida humana sea la manera, en que las personas encuadran la conducta al comunicarse entre sí, (7) Ordenación jerárquica. En toda organización hay una jerarquía, en el sentido de que ciertas personas poseen más poder y responsabilidad que otras para determinar qué se va a hacer. La organización jerárquica de la familia no sólo comprende el dominio que unos miembros ejercen sobre otros, las responsabilidades que asumen y las decisiones que toman, sino también la ayuda, protección, consuelo y cuidado que brindan a los demás, es necesario subrayar que la relación jerárquica no sólo se observa entre las personas sino también entre los subsistemas a los que pertenecen. Así, por ejemplo, los padres son legalmente responsables de cuidar a sus hijos, por lo que como subsistema parental ocupan una posición superior al subsistema filial, (8) Teleología. El sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa, a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros. Este proceso de continuidad y de crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones complementarias, morfostasis y morfogénesis (Alba, 2015).

Diseño técnico de la propuesta.

Tabla 9.

Plan Operativo

FASE	ACTIVIDADES	OBJETIVOS	RECURSOS	TIEMPO	RESPONSABLE
I Logística	Organización de los instrumentos necesarios para el desarrollo de los talleres.	Adecuar el lugar donde se va a llevar a cabo los talleres con los estudiantes y padres de familia para mantener un ambiente armónico	Humanos Bibliográficos Tecnológicos	1 hora	La Investigadora
II Socialización	Generar un ambiente cómodo para los estudiantes y padres de familia	Informar sobre los talleres y actividades a realizar para una mejora en el funcionamiento familiar. Forjar un ambiente apropiado para una buena cohesión del grupo.	Humanos Bibliográficos Tecnológicos	30 minutos	La Investigadora
Taller I	Vínculos familiares	Fomentar un entorno afectivo, sano y adecuado de la familia; contribuyendo al desarrollo adaptativo de los niños y niñas.	Humanos Tecnológicos Bibliográficos	2 horas	La Investigadora
Taller II	Cambio de Roles	Encontrar el equilibrio para adaptarse a las circunstancias familiares presentes dentro del entorno familiar compartiendo experiencias.	Humanos Tecnológicos Bibliográficos	2 horas	La Investigadora
Taller III	Manejo de Estrés	Enfrentar el estrés por medio de habilidades y metodologías propias para afrontar situaciones cambiantes.	Humanos Tecnológicos Bibliográficos	2 horas	La Investigadora

Nota. Elaboración propia

Tabla 10.

Taller I

Taller I					
Tema: Vínculos familiares					
Objetivo: - Fomentar un entorno afectivo, sano y adecuado de la familia; contribuyendo al desarrollo adaptativo de los niños y niñas.					
Fase	Aspecto a trabajar	Técnica	Metas de resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I – Rapport	Saludo y Bienvenida a los estudiantes y padres de familia	- Psicodrama (El naufragio)	-Integración del grupo.	20 minutos	La Investigadora
Fase II – Introducción	Encuadre y explicación de resultados obtenidos. Importancia de los vínculos familiares	- Expositiva	-Dar a conocer los resultados encontrados en la investigación planteada. -Socializar la importancia de los vínculos familiares.	15 minutos	La Investigadora
Fase III – Desarrollo	Entorno afectivo en la familia	- Técnica Paradójica	Promover un vínculo familiar seguro entre padres e hijos.	30 minutos	La Investigadora
Fase VI – Cierre	Retroalimentación y reflexión	-Feedback	-Intercambio de experiencias.	30 minutos	La Investigadora

Nota. Elaboración propia

Desarrollo Taller I

Fase I – Rapport.

La facilitadora inicia los talleres con un saludo y bienvenida, agradece a los estudiantes por su presencia. A continuación, se da a conocer el tema del taller y el objetivo que se pretende cumplir. Con el propósito de fusionar al grupo y ayudar a la persona hacia el manejo de la ansiedad, se lleva a cabo la dinámica “El naufragio”.

Tema: “El naufragio”

Objetivo: Integración grupal

Tiempo: 20 minutos.

Procedimiento:

El facilitador dice al grupo que están en una situación de naufragio y que deben formar botes salvavidas con algunas de estas características:

- Que no queden del mismo grupo o ciudad.
- Que no se conozcan entre sí.
- Número de integrantes en el bote.
- Mixtos o sólo hombres y/o mujeres.

Dentro del bote para sobrevivir deben cumplir algunas tareas:

- Aprenderse los nombres de los demás náufragos.
- Saber dónde nacieron.
- Conocer qué actividad realizan en el día.
- Deben ponerle un nombre a su bote.

Al final, el facilitador pide a cada bote que demuestre que cumplió sus tareas y decide si sobrevive o naufraga.

Fase II – Introducción.

La moderadora empieza la fase de introducción mediante la exposición al grupo; en este se manifiesta las actividades y la técnica que se empleará. El tiempo previsto para el desarrollo de este taller, en donde por medio de diapositivas se expondrá la importancia de la mejora de los vínculos familiares.

Fase III –Procedimiento

En esta fase de dará los conceptos básicos de que un vínculo familiar son mucho más que la mera relación de parentesco, son una expresión de la unión entre las personas, la unión de los padres con sus hijos e hijas. Una unión irrepetible e imprescindible, ya que este cariño va a estar presente en todas las tareas educativas, fortaleciéndolas, suavizándolas y equilibrándolas.

- Manifiesta tu cariño abiertamente: las manifestaciones del cariño mediante abrazos, gestos y palabras son fundamentales. El contacto físico es muy positivo.
- Comparte con ellos juegos y situaciones cotidianas, aprovecha cualquier momento para reír con ellos, darles una caricia, una palabra de afecto.
- Fomenta la comunicación, haz que los niños y niñas, se expresen, se comuniquen, digan lo que piensan y sienten. La comunicación hace que se fortalezcan los lazos, y hace posible la empatía.
- Escucha lo que sienten y piensan. Muestra tu interés mientras te hablan, asiente, responde, mírales a los ojos. No les interrumpas y hazles preguntas si es necesario. No juzgues lo que dicen, son sus emociones y sus pensamientos, han de sentirse libres para expresarse. Cuando escuchamos mostramos aprecio y aceptación, les demostramos que les tenemos en cuenta y que nos importan.
- Se consciente de tus propios sentimientos. Intenta controlar los sentimientos negativos. Y no dudes en mostrar y hablar de tus sentimientos, no solo los relacionados con el pequeño.

- Comparte con ellos situaciones y experiencias. Es fundamental que existan esos momentos especiales compartidos con esas personas también especiales en nuestra vida.
- Expresa en todo momento tu afecto; hace que el niño se sienta querido y aceptado. Para que los pequeños se desarrollen es fundamental que se sientan queridos y comprendidos.
- Pasa tiempo con ellos, es fundamental que dediques tiempo a los niños, ya que se va construyendo un espacio de intimidad y de confianza necesario para el apego.

Fase IV – Cierre

Para finalizar, se lleva a cabo una retroalimentación con los estudiantes, es importante que el facilitador indague sobre las sensaciones que se experimentaron al realizar la técnica. El moderador deberá resolver las inquietudes que los participantes hayan encontrado a lo largo del desarrollo del taller, de esta forma se reforzaría el conocimiento adquirido. La duración de la fase de cierre es de 20 minutos.

Tabla 11.*Taller II*

Taller II					
Tema: Cambio de roles					
Objetivo: Encontrar el equilibrio para adaptarse a las circunstancias familiares.					
Fase	Aspecto a trabajar	Técnica	Metas de resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I – Rapport	Saludo a los estudiantes y padres de familia	- Phillips (Avisos clasificados)	-Reconocimiento de cualidades.	20 minutos	La Investigadora
Fase II – Introducción	Descripción de los cambios de roles	- Expositiva	Socializar la importancia de los desempeño de roles	15 minutos	La Investigadora
Fase III – Desarrollo	Potenciación de la cohesión familiar.	- Psicodrama	Favorecer la expresión de sentimientos reprimidos o poco entendidos para el cambio de conducta familiar.	30 minutos	La Investigadora
Fase VI – Cierre	Feedback	Retroalimentación y reflexión	-Intercambio de experiencias.	30 minutos	La Investigadora

Nota. Elaboración propia

Desarrollo Taller II

Fase I – Rapport.

La facilitadora inicia los talleres con un saludo y bienvenida, agradece a los estudiantes por su presencia. A continuación, se da a conocer el tema del taller y el objetivo que se pretende cumplir. Con el propósito de fusionar al grupo y ayudar a la persona hacia el manejo de la ansiedad, se lleva a cabo la dinámica “Avisos clasificados”.

Tema: “Avisos clasificados”

Objetivo: Reconocimiento de cualidades

Tiempo: 20 minutos.

Procedimiento:

Cada cual recibe una hoja en blanco. Debe escribir un aviso clasificado como los del diario, ofreciéndose según sus mejores cualidades.

- Se ponen los avisos en la pared para que los participantes los pueden leer.
- Al final, se puede hacer una ronda de conversación en que cada uno cuente qué aviso le llamó la atención y puede hacer alguna pregunta al que lo escribió.

Fase II – Introducción.

La moderadora empieza la fase de introducción mediante la exposición al grupo; en este se manifiesta las actividades y la técnica que se empleará. El tiempo previsto para el desarrollo de esta fase es de 15 minutos, en donde por medio de diapositivas se expondrá la importancia del cambio de roles que viene del psicodrama donde el objetivo principal de esto es mantener el equilibrio dentro del hogar al ponerse una persona en el lugar del otro.

Fase III – Desarrollo

Es una de las técnicas más esenciales ya que hacen a la esencia misma del psicodrama; en el cambio de roles se efectiviza claramente este ponerse en el lugar del otro y permite muchas veces, comprender actitudes incomprensibles si no se tienen en cuenta las circunstancias reales que rodean el comportamiento del otro. Hacer el cambio de roles permite investigar más profundamente los contenidos del otro, y muchas veces revela hechos aparentemente desconocidos para el protagonista, actuando desde su propio rol. El diálogo del coordinador con el protagonista actuando desde el rol complementario, (entrevista en escena) puede llevar a los mayores momentos de insight.

Las oportunidades para indicar un cambio de roles son:

1. – Cuando el protagonista hace una pregunta directa al yo-auxiliar haciendo que éste deba comprometerse por él. El cambio de roles permite que allí sea él mismo quien deba contestar la pregunta o resolver la situación.
2. – Cuando se quiere mostrar a la persona cómo recibe el otro sus conductas. De esta manera se comprende mucho más la reacción del otro; es frecuente que después del cambio de roles, el protagonista comente que dadas las circunstancias el otro no tenía otra posibilidad. Contribuye así al insight sobre el efecto de sus conductas.
3. – Cuando se inicia la dramatización, con el fin de hacer un cambio de roles informativo, para que el yo-auxiliar vea cómo deberá componer el rol asignado. Le será más fácil jugar el rol del protagonista, ya que lo ha visto.

Fase IV – Cierre

Para finalizar, se lleva a cabo una retroalimentación con los estudiantes, es importante que el facilitador indague sobre las sensaciones que se experimentaron al realizar la técnica. El moderador deberá resolver las inquietudes que los participantes hayan encontrado a lo largo del desarrollo del taller, de esta forma se reforzaría el conocimiento adquirido. La duración de la fase de cierre es de 20 minutos.

Tabla 12.
Taller III

Taller III					
Tema: Manejo de estrés					
Objetivo: Enfrentar el estrés por medio de habilidades y metodologías propias.					
Fase	Aspecto a trabajar	Técnica	Metas de resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I – Raport	Saludo Bienvenida a estudiantes y padres de familia	- Simulación (Ronda de confianza)	- Acrecentar la confianza en sí mismo -Integración del grupo.	20 minutos	La Investigadora
Fase II – Introducción	Descripción sobre el manejo de estrés	Expositiva	Socialización sobre el manejo de estrés	15 minutos	La Investigadora
Fase III – Procedimiento	Manejo de situaciones de estrés familiar	Inoculación del estrés	Hacer frente a situaciones familiares estresantes.	30 minutos	La Investigadora
Fase VI – Cierre	Retroalimentación y reflexión	Feedback	Recolecciones de diferentes expectativas	30 minutos	La Investigadora

Nota. Elaboración propia

Desarrollo Taller III

Fase I – Rapport.

La facilitadora inicia los talleres con un saludo y bienvenida, agradece a los estudiantes por su presencia. A continuación, se da a conocer el tema del taller y el objetivo que se pretende cumplir. Con el propósito de fusionar al grupo y ayudar a la persona hacia el manejo de la ansiedad, se lleva a cabo la dinámica “Ronda de confianza”.

Tema: “Ronda de confianza”

Objetivo: Acrecentar la confianza en sí mismo

Tiempo: 20 minutos.

Procedimiento:

- Formen grupos de siete personas (siete es ideal, ocho o nueve está bien) y equiparen, en tanto sea posible, la cantidad de hombres y mujeres. Formen un círculo y distribuyan uniformemente a los más pequeños físicamente alrededor del círculo.

- Una persona avance hacia el centro del círculo y cruce los brazos sobre el pecho. Los otros miembros del círculo se acercan a esta persona y la sostienen con las manos durante un rato.

- La persona del medio debe cerrar los ojos y mientras mantienen su cuerpo rígido, relaje sus tobillos. Así comenzará a balancearse hacia un lado y la persona ubicada en ese lado la sostendrá. Luego pasen suavemente a la persona ubicada en el medio alrededor del círculo o a través del mismo y muy gradualmente aumenten el tamaño del círculo. Terminen sosteniendo a la persona durante un rato.

- La idea es proporcionarle a la persona ubicada en el centro del círculo una experiencia de confianza: debe confiar en que no lo tirarán y todos deben brindarle una situación cómoda y segura.

- Todos los integrantes del grupo deben ubicar un pie adelante y el otro bien detrás del primero. De esta manera podrán sostener un buen peso, aún sin ser muy fuertes. Si están cerca de la persona ubicada en el medio tendrán menos peso que sostener, de modo que permanezcan más cerca y mantengan el círculo dentro de dimensiones reducidas.

Si alguien tiene problemas de columna, debe ubicarse cerca, o no tomar parte en esto. Observen los pies de la persona en el medio. Mientras lo van pasando alrededor, sus pies pueden correrse hacia un lado del círculo. Si no tienen en cuenta esto pueden encontrarse con que repentinamente tienen que soportar un peso mayor del estimado. Si encontraran que el peso es mayor del que pueden sostener, dejen que la persona se apoye en el piso tan lenta y suave como puedan sostenerla.

- Dense un tiempo de dos o tres minutos para hacer el ejercicio con cada una de las personas del grupo.

- Cuando cada persona termine el juego, la detienen en el centro, y uno del grupo se acerca y le da un abrazo de acogida.

Fase II – Introducción.

La moderadora empieza la fase de introducción mediante la exposición al grupo; en este se manifiesta las actividades y la técnica cognitivo-conductual que se empleará. El tiempo previsto para el desarrollo de esta fase es de 15 minutos, en donde por medio de diapositivas se expondrá la importancia del manejo de estrés

Fases de la Inoculación del estrés

En esta fase se comienza con la explicación de las fases para la elocución del estrés dentro de ellas están:

- Fase de conceptualización: Esta fase lo que predispone es la identificación del problema, dar una definición al problema, explicarle al paciente el problema, se plantean los objetivos que se llevaran en la terapia
- Fase de adquisición y entrenamiento de habilidades: Según Díaz, Ruiz y Villalobos (2015), en esta fase, se implementan las estrategias, que

permitirán afrontar las situaciones o problemas que se dieron en la primera fase.

- Fase de aplicación y consolidación de las habilidades adquiridas: Según Díaz, Ruiz y Villalobos (2015), esta fase se comprueba si las estrategias de la anterior fase fueron comprendidas y consolidadas por el paciente se pongan en práctica ante situaciones reales.

Técnicas

- Solución de problemas: Se propone al paciente la auto instrucción cuando se presenten cuatro situaciones, ver que del problema tiene solución, observar que se necesita para resolver el problema, separar el problema en pequeñas fracciones para poder resolver una a una y solucionar el problema teniendo una meta.
- Reestructuración cognitiva: modificación de pensamientos que no son para nada adaptativos mostrándole al paciente el impacto que tienen en sus situaciones, presentándole al paciente una serie de pensamientos alternativos que le proporcionan una mejor adaptabilidad.
- Control emocional que se encuentra este nivel, son: la relajación, respiración profunda, o cualquiera que pueda ayudar con el control de la activación
- Técnica conductual: técnicas de exposición, u otras técnicas que ayuden en la modificación de la conducta en cuanto a los problemas o situaciones que generen estrés al individuo.

Fase III – Desarrollo

Pasos para llevar a cabo la técnica

Según Díaz, Ruiz y Villalobos (2015), los pasos para llevar a cabo el entrenamiento en la inoculación del problema son

- Identificar el problema: Es importante la explicación al paciente del problema y del impacto que está causando en su vida.

- Implementación de habilidades: implementar una serie de estrategias a nivel cognitivo como la reestructuración de pensamientos que generen adaptabilidad emocional como la implementación de técnicas como la relajación y la respiración, conductuales técnicas como las de exposición.
- Consolidación de habilidades: comprobar, y poner en práctica las estrategias aprendidas en situaciones reales, además corregir los errores que pueden darse en el proceso
- Habilidades de afrontamiento paliativo: Estas habilidades, tratan de implementar estrategias que ayuden a inhibir o mitigar situaciones que mantienen un nivel de estrés constante.

Fase IV – Cierre

Para finalizar, se lleva a cabo una retroalimentación con estudiantes y padres de familia, es importante que el facilitador indague sobre las sensaciones que se experimentaron al realizar la técnica. El moderador deberá resolver las inquietudes que los participantes hayan encontrado a lo largo del desarrollo del taller, de esta forma se reforzaría el conocimiento adquirido. La duración de la fase de cierre es de 20 minutos.

Bibliografía

- Adjuntament de Barcelona. (2016). *Investigación sobre violencia y sexualidad en Bolívar*. Quito: Medicus Mundi Catalunya.
- Araujo, M., Alonzo, S., Paoli, M., & Salas, A. J. (2018). Depresión en pacientes con hipotiroidismo y su asociación con el estado nutricional. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 16(2), 97-108.
- Aristegui, I., Usue, B., Royo, R., & Cabrera, M. (2018). Cuidado, valores y género: la distribución de roles familiares en el imaginario colectivo de la sociedad. *INGURUAK*, 65, 90-108.
- Arranz, M., & Torralba, J. (2017). El maltrato infantil por negligencia o desatención familiar: conceptualización e intervención. *Prospectiva*, (23), 15-25.
- Barrera, A., Neira, M., Raipán, P., Riquelme, P., & Escobar, B. (2019). Apoyo social percibido y factores sociodemográficos en relación con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en universitarios chilenos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24, 105-115.
- Cambridge Core. (2018). Families in Latin America. *Unequal Family Lives*, 40-65.
- Capano, A., Luján, M., Tornaría, G., & Massonnier, N. (2016). Estilos relacionales parentales: estudio con adolescentes y sus padres. *Revista de Psicología*, 34(2), 413-444 .
- CEPAL. (2018). *Perspectivas económicas de América Latina 2018*. Ginebra: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- COE. (2018). *9 de cada 10 personas no denuncia la violencia intrafamiliar*. Quito: <https://www.metroecuador.com.ec/ec/noticias/2018/04/11/9-de-cada-10-personas-no-denuncia-la-violencia-intrafamiliar.html>.
- Corona, M., Bonet, G., García, R., Varona, P., Hernández, S., & Alonso, S. (2016). Síntomas referidos de depresión y ansiedad en la población de Cuba. *Rev Cubana Hig Epidemiol*, 54(2), 18-28.

- Cramer, A., Borkulo, C., Han, G., & Kendler, S. (2016). Major Depression as a Complex Dynamic System. *Plos One*, 5(2), 4-12.
- Delgado, A. (2016). El maltrato infantil por negligencia: Concepto y visión general sobre su evolución. *Revista de Investigaciones*, 7(1), 14-23.
- Domínguez, J. (2016). Familia, modernización y teoría sociológica. *Estudios sociológicos*, 34(100), 145-167.
- Espinoza, A. (2020). Estilos de socialización parental en una muestra de adolescentes chilenos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(1), 46-51.
- Ferreira, M., & Ameha, L. (2018). La experiencia de ser madre de un hijo con autismo en el contexto de la familia monoparental. *Psicología em Revista*, 24(2), 462-481.
- Ferri, M., García, N., Mester, I., Araos, P., Vergara, E., & Fonseca, F. (2020). Trastorno por uso de cocaína y depresión: cuando el diagnóstico clínico no es suficiente. *Adicciones*, 20(10), 1-7.
- Gallegos, J., Ruvalcaba, N., Castillo, J., & Ayala, P. (2016). Funcionamiento familiar y su relación con la exposición a la violencia en adolescentes mexicanos. *Acción Psicológica*, 13(2), 69-78.
- Garca, J. (2019). La distimia femenina y los fenómenos del amor y la angustia. *Rev Neuropsiquiat*, 82(3), 218-226.
- Goena. (2019). Distimia. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(86), 5037-5040.
- Gómez, C., Aulí, J., Tamayo, N., Gil, F., & Garzón, D. (2019). Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 39-49.

- González, R. (2016). Actitudes de padres mexicanos acerca de la igualdad de género en los roles y liderazgos familiares. *Estudios demográficos y urbanos*, 34(1), 169-211.
- Government of Canada. (2016). *Portrait of Families and Living Arrangements in Canada*. Canada: Government of Canada.
- Heloisa, S., Silva, M., Frizzo, G., & Donelli, T. (2018). Síntomas Psicofuncionales y Depresión Materna: Un Estudio Cualitativo. *Psico-USF*, 23(1), 59-70.
- Huaiquifil, E., & Almagiá, E. (2017). Funcionamiento familiar y calidad de vida de mujeres adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psicología*, 13(25), 45-53.
- Infante, D. (2018). La familia ensamblada: una nueva concepción familiar. *Anales De La Facultad De Ciencias Juridicas Y Sociales De La Universidad Nacional De La Plata*, (48), 229-244.
- Laguna, E. (2016). Crítica a los conceptos homoparentalidad y familia homoparental: alcances y límites desde el enfoque de las relaciones y vínculos parentales de las personas de diversidad sexual. *La ventana. Revista de estudios de género*, 5(43), 7-49.
- Lawson, R., Nord, C., Thomas, D., Dayan, P., Pilling, S., & Roiser, J. (2017). Disrupted habenula function in major depression. *Molecular Psychiatry* volume, 22, 203-207.
- Lewis, A., Kremer, P., Toumborou, J., Hameed, A., & Patton, G. (2015). Gender differences in adolescent depression: Differential female susceptibility to stressors affecting family functioning. *Australian Journal of Psychology*, 67, 131–139.
- López, C., & García, J. (2017). La familia como mediadora ante la brecha digital: repercusión en la autoridad. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 8(1), 108-124.

- López, V., Fajardo, R., Guadarrama, R., & Escutia, N. (2019). Inteligencia emocional: factor positivo ante la depresión en adolescentes de bachillerato. *Informes Psicológicos, 16(1)*, 35-50.
- Martín, R., Martínez, L., & Ferrer, D. (2017). Funcionamiento familiar e intento suicida en escolares. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 281-295*.
- Martínez, M., Sánchez, A., Martínez, P., & Miró, E. (2016). Tratamiento psicológico en pacientes lupus eritematoso sistémico: Una revisión sistemática. *Terapia psicológica, 34(3)*, 167-181.
- Mateos, E., & Calvete, E. (2019). Interacción entre diferentes factores cognitivos en la predicción de los síntomas de depresión. *Behavioral Psychology, 27(1)*, 21-39 .
- Moscoso, M., & Lengacher, C. (2017). El rol de mindfulness en la regulación emocional de la depresión. *Mindfulness & Compassion, 2(2)*, 64-70.
- Oliveria, C., Bento, M., & Belina, L. (2019). Intervenções na psicoterapia psicodinâmica de uma criança com transtorno disruptivo da desregulação do humor. *Psicologia Clínica, 31(2)*, 281-301.
- OMS. (2016). *Salud Mental en América Latina*. Washington: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2017). *Ecuador en el puesto 11 de depresión en América Latina*. Washington:
<https://www.metroecuador.com.ec/ec/noticias/2017/02/23/ecuador-puesto-11-depresion-america-latina.html>.
- OMS. (2020). *Depression*. Washington: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Orgnaización Panamericana de la Salud. (2017). *La salud mental en la Región de las Américas*. Santiago de Chile: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=la-salud-mental-en-la-region-de-las-americas&lang=es.


- Özyurta, G., Çağan, Y., Karakoyunc, M., & Baran, M. (2019). Evaluación de problemas emocionales y conductuales, y del funcionamiento familiar en adolescentes con gastritis crónica. *Arch Argent Pediatr*, *117*(2), 110-114.
- Pacheco, F., Chirino, E., & Escobedo, A. (2017). Terapia continua con sertralina en el trastorno disfórico premenstrual. A propósito de un caso clínico. *Psiquiatría Biológica*, *24*(3), 128-131.
- Peral, B., & Ruisoto, P. (2018). Análisis del efecto de la exposición a información, del sexo y de la edad sobre las preferencias de tratamiento en depresión leve a moderada. *Apuntes de psicología*, *36*(1-2), 85-92.
- Pérez, S., & Navarro, J. F. (2018). La respuesta placebo en la depresión: Una revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, *8*(2), 56-75.
- Peyrot, W., & Van der Auwera, S. (2018). Does Childhood Trauma Moderate Polygenic Risk for Depression? A Meta-analysis of 5765 Subjects From the Psychiatric Genomics Consortium. *Biological Psychiatry*, *84*(11), 857-857.
- Pi, A., & Cobían, A. (2015). Desarrollo del clima familiar afectivo y su impacto en el bienestar subjetivo de la familia. *Revista Multimed*, *19*(2), 33-44.
- Quílez, A. (2016). Perfil sociodemográfico de una muestra de mujeres con trastorno disfórico premenstrual. *Musas*, *1*(2), 79-103.
- Rodríguez, A., Mora, F., Martínez, R., & Nava, P. (2019). Trastorno bipolar inducido por celecoxib: A propósito de un caso. *Psiquiatría Biológica*, *26*(3), 123-126.
- Rodríguez, M., Tovalín, J., Gil, P., Salvador, J., & Aclre, G. (2018). Trabajo emocional y estresores laborales como predictores de ansiedad y depresión en profesores universitarios mexicanos. *Información Psicológica*, *115*, 93-107.
- Rognoni, E., Ruppert, R., & Fassler, R. (2016). The kindlin family: functions, signaling properties and implications for human disease. *Journal of Cell Science*, *3*(12), 17-27.

- Romero, M. (2019). Igualdad de derechos de las uniones de hecho y la familia matrimonial en asociaciones. *Lumen: Revista de la Facultad de Derecho*, 2(15), 239-246.
- Rosa, C. (2019). Intervenciones de psicoterapia psicodinámica de un niño con el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. *Psicol. clin.*, 31(2), 281-301.
- Rosas, M., Yampufé, M., López, M., & Sotil, A. (2017). Niveles de depresión en estudiantes de Tecnología Médica. *An. Fac. med*, 72(3), 183-186.
- Rüdiger, F. (2018). Empirismo e científicidade na área acadêmica de comunicação. *Conexão - Comunicação e Cultura*, 17(33), 299-315.
- Stikkelbroek, Y., Boddien, D., Kleinjan, M., Reijnders, M., & Van Baar, A. (2016). Adolescent Depression and Negative Life Events, the Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation. *PLoS ONE*, 11 (8), 1-16.
- Student Health and Wellness Center. (2017). *23 Scarey Statistics on Dysfunctional Families*. USA: SHCS Counseling Services.
- Valdés, Á., Martínez, E., Tánori, J., & Madrid, E. (2016). Relación entre funcionamiento familiar, emociones morales y violencia entre estudiantes de primaria. *RMIE*, 12(71), 1093-1110.
- Vial, M. (2019). La familia nuclear ante el derecho. Una retrospectiva de su formación y definición en la tradición jurídica occidental. *Revista chilena de derecho*, 46(2), 555-578.
- Villavicencio, C., & Villaroel, M. (2017). Affective communication in families relieved. *Fides et Ratio - Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 13(13), 15-39.
- Wani, A., & Gopinath, V. (2018). A study on mental depression level among physical education students of Kashmir region. *International Journal of Physiology, Nutrition and Physical Education*, 3(1), 1154-1156.

Yeom, H., & Lee, J. (2020). Gender Difference in the Relationship Among Family Function, Health Behavior, and Stress in Midlife. *Sage Journal*, 3(15), 23-31.

Anexos

Test de funcionamiento familiar


Nicol Guamaní
 UNIVERSIDAD DE CUENCA

M

ANEXOS.

ANEXO 1. FACES III - 1^{ra} PARTE.

Edad: 11 años Nivel de Instrucción: Sexo: Estado Civil: Grado de su hijo/a: 2.4 Composición Familiar #

Esta encuesta es de carácter ANÓNIMO, la misma que tiene como finalidad identificar el Funcionamiento Familiar tanto en Cohesión y Adaptabilidad. Los resultados de la misma será usados únicamente con fines Investigativos. Después de haber leído cada frase, coloque una X en el casillero que mejor describa COMO ES SU FAMILIA AHORA. Es muy importante que responda a todas las frases con sinceridad. Muchas Gracias.

	CASI SIEMPRE 3	MUCHAS VECES 4	A VECES SI A VECES NO 5	Pocas veces 2	CASI NUNCA 1
1.- Los miembros de mi familia se dan apoyo entre sí		X			
2.- En mi familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas			X		
3.- Aceptamos los amigos de los otros miembros de mi familia				X	
4.- Los hijos también opinan sobre su disciplina	X				
5.- Nos gusta hacer cosas solo con nuestra familia				X	
6.- Diferentes miembros de la familia pueden actuar como autoridad, según las circunstancias	X				
7.- Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera.	X				
8.- Mi familia cambia el modo de hacer las cosas.		X			
9.- A los miembros de mi familia les gusta pasar el tiempo libre juntos.		X			
10.- En mi casa, padres e hijos discuten juntos los castigos.			X		
11.- Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otros.					X
12.- En mi familia los hijos también toman decisiones.			X		
13.- Cuando mi familia se reúne para hacer alguna actividad en común, todo el mundo está presente.		X			X
14.- En mi familia las reglas suelen cambiar		X			
15.- Podemos pensar fácilmente actividades para hacer juntos en familia				X	
16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros		X			
17.- Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones.		X			X
18.- Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia.					
19.- La unión familiar es muy importante para nosotros	X				
20.- En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea doméstica.			X		

Cohesion 30 (2) Desligada
 Adapt 35 (8) Caótica $\frac{2+8}{2} = 5$ Rango Extremo

WILSON GUILLERMO SIGÜENZA CAMPOVERDE. - 64 -

Caótica Desligada

Test de depresión

CDI **TEA**

Marca con un signo (X) el círculo de la frase que describa mejor como te has encontrado últimamente.

<p>1</p> <p><input checked="" type="radio"/> Estoy triste de vez en cuando.</p> <p><input type="radio"/> Estoy triste muchas veces.</p> <p><input type="radio"/> Estoy triste siempre.</p>	<p>8</p> <p><input type="radio"/> Todas las cosas malas son culpa mía.</p> <p><input type="radio"/> Muchas cosas malas son culpa mía.</p> <p><input checked="" type="radio"/> Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.</p>	<p>14</p> <p><input checked="" type="radio"/> Tengo buen aspecto.</p> <p><input type="radio"/> Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.</p> <p><input type="radio"/> Soy feo o fea.</p>
<p>2</p> <p><input type="radio"/> Nunca me saldrá nada bien.</p> <p><input checked="" type="radio"/> No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.</p> <p><input type="radio"/> Las cosas me saldrán bien.</p>	<p>9</p> <p><input checked="" type="radio"/> No pienso en matarme.</p> <p><input checked="" type="radio"/> Pienso en matarme pero no lo haría.</p> <p><input type="radio"/> Quiero matarme.</p>	<p>15</p> <p><input type="radio"/> Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes.</p> <p><input type="radio"/> Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes.</p> <p><input checked="" type="radio"/> No me cuesta ponerme a hacer los deberes.</p>
<p>3</p> <p><input checked="" type="radio"/> Hago bien la mayoría de las cosas.</p> <p><input type="radio"/> Hago mal muchas cosas.</p> <p><input type="radio"/> Todo lo hago mal.</p>	<p>10</p> <p><input type="radio"/> Tengo ganas de llorar todos los días.</p> <p><input type="radio"/> Tengo ganas de llorar muchos días.</p> <p><input checked="" type="radio"/> Tengo ganas de llorar de vez en cuando.</p>	<p>16</p> <p><input type="radio"/> Todas las noches me cuesta dormir.</p> <p><input type="radio"/> Muchas veces me cuesta dormir.</p> <p><input checked="" type="radio"/> Duermo muy bien.</p>
<p>4</p> <p><input type="radio"/> Me divierten muchas cosas.</p> <p><input checked="" type="radio"/> Me divierten algunas cosas.</p> <p><input type="radio"/> Nada me divierte.</p>	<p>11</p> <p><input type="radio"/> Las cosas me preocupan siempre.</p> <p><input type="radio"/> Las cosas me preocupan muchas veces.</p> <p><input checked="" type="radio"/> Las cosas me preocupan de vez en cuando.</p>	<p>17</p> <p><input checked="" type="radio"/> Estoy cansado de vez en cuando.</p> <p><input type="radio"/> Estoy cansado muchos días.</p> <p><input type="radio"/> Estoy cansado siempre.</p>
<p>5</p> <p><input type="radio"/> Soy malo siempre.</p> <p><input type="radio"/> Soy malo muchas veces.</p> <p><input checked="" type="radio"/> Soy malo algunas veces.</p>	<p>12</p> <p><input type="radio"/> Me gusta estar con la gente.</p> <p><input type="radio"/> Muy a menudo no me gusta estar con la gente.</p> <p><input checked="" type="radio"/> No quiero en absoluto estar con la gente.</p>	<p>18</p> <p><input type="radio"/> La mayoría de los días no tengo ganas de comer.</p> <p><input type="radio"/> Muchos días no tengo ganas de comer.</p> <p><input checked="" type="radio"/> Como muy bien.</p>
<p>6</p> <p><input type="radio"/> A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.</p> <p><input checked="" type="radio"/> Me preocupa que me ocurran cosas malas.</p> <p><input type="radio"/> Estoy seguro de que van a ocurrir cosas terribles.</p>	<p>13</p> <p><input type="radio"/> No puedo decidirme.</p> <p><input checked="" type="radio"/> Me cuesta decidirme.</p> <p><input type="radio"/> Me decido fácilmente.</p>	
<p>7</p> <p><input type="radio"/> Me odio.</p> <p><input type="radio"/> No me gusta como soy.</p> <p><input checked="" type="radio"/> Me gusta cómo soy.</p>		

No te detengas, continúa en la página siguiente.

19

- No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
- Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.
- Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.

20

- Nunca me siento solo.
- Me siento solo muchas veces.
- Me siento solo siempre.

21

- Nunca me divierto en el colegio.
- Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
- Me divierto en el colegio muchas veces.

22

- Tengo muchos amigos.
- Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.
- No tengo amigos.

23

- Mi trabajo en el colegio es bueno.
- Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
- Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba muy bien.

24

- Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
- Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños.
- Soy tan bueno como otros niños.

25

- Nadie me quiere.
- No estoy seguro de que alguien me quiera.
- Estoy seguro de que alguien me quiere.

26

- Generalmente hago lo que me dicen.
- Muchas veces no hago lo que me dicen.
- Nunca hago lo que me dicen.

27

- Me llevo bien con la gente.
- Me peleo muchas veces.
- Me peleo siempre.


Fin de la prueba.
Si has terminado
antes del tiempo,
repasa tus
contestaciones.

¡MUY IMPORTANTE!
NO HAGA NINGUNA ANOTACIÓN O MARCA EN ESTA
ZONA YA QUE PODRÍA INVALIDAR SU APLICACIÓN.

¡MUY IMPORTANTE!

NO HAGA NINGUNA ANOTACIÓN O MARCA EN ESTA
ZONA YA QUE PODRÍA INVALIDAR SU APLICACIÓN.

Consentimiento para los padres de familia


**UNIVERSIDAD INDOAMÉRICA**


PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Mario Alejandro Morayán, representante del alumno C.I. No. 0250334987, firmo el presente consentimiento informado, aceptando de manera libre y voluntaria sin presión ni condicionamiento que mi hijo/a participe en el proceso de recolección de datos para el proyecto de investigación: "EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE OCTAVOS AÑOS DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA ANGEL POLIBIO CHAVES DEL CANTÓN GUARANDA".

Declaro haber recibido la información satisfactoriamente acerca de los motivos y propósitos de este proceso, se me ha explicado adecuadamente el motivo de la investigación con su respectivo objetivo, la misma que será utilizada con fines científicos e investigativos al servicio de la educación superior.

Guaranda, 06-08-20


Firma del representante


**UNIVERSIDAD INDOAMÉRICA**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ortega Laura Paola, representante del alumno C.I. No. 0250288825, firmo el presente consentimiento informado, aceptando de manera libre y voluntaria sin presión ni condicionamiento que mi hijo/a participe en el proceso de recolección de datos para el proyecto de investigación: "EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE OCTAVOS AÑOS DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA ANGEL POLIBIO CHAVES DEL CANTÓN GUARANDA".

Declaro haber recibido la información satisfactoriamente acerca de los motivos y propósitos de este proceso, se me ha explicado adecuadamente el motivo de la investigación con su respectivo objetivo, la misma que será utilizada con fines científicos e investigativos al servicio de la educación superior.

Guaranda, 6-2-20


Firma del representante



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Esteban Bastillo Sandoval Efraim representante del alumno C.I. No. 0202365466, firmo el presente consentimiento informado, aceptando de manera libre y voluntaria sin presión ni condicionamiento que mi hijo/a participe en el proceso de recolección de datos para el proyecto de investigación: "EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE OCTAVOS AÑOS DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA ANGEL POLIBIO CHAVES DEL CANTÓN GUARANDA".

Declaro haber recibido la información satisfactoriamente acerca de los motivos y propósitos de este proceso, se me ha explicado adecuadamente el motivo de la investigación con su respectivo objetivo, la misma que será utilizada con fines científicos e investigativos al servicio de la educación superior.

Guaranda, 05-08-2020

Esteban Bastillo

Firma del representante



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Boris Carama representante del alumno C.I. No. 0220140970, firmo el presente consentimiento informado, aceptando de manera libre y voluntaria sin presión ni condicionamiento que mi hijo/a participe en el proceso de recolección de datos para el proyecto de investigación: "EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE OCTAVOS AÑOS DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA ANGEL POLIBIO CHAVES DEL CANTÓN GUARANDA".

Declaro haber recibido la información satisfactoriamente acerca de los motivos y propósitos de este proceso, se me ha explicado adecuadamente el motivo de la investigación con su respectivo objetivo, la misma que será utilizada con fines científicos e investigativos al servicio de la educación superior.

Guaranda, 05-08-20

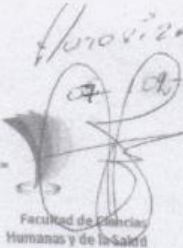
Boris Carama

Firma del representante

Oficio para el permiso en la institución Ángel Polibio Chaves

H. 2020
A. 2020

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMERICA


Facultad de Ciencias
Humanas y de la Salud

OFIC 0210/ FCHS/2020
Ambato, 20 de Enero de 2020

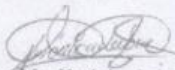
Dr.
Luis Alberto Rivadeneira Vásconez
RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA ANGEL POLIVIO CHÁVEZ DEL
CANTÓN GUARANDA
Presente.-


De mi consideración:

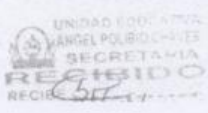
Permitame ser la portadora de un saludo cordial y afectuoso, en representación de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud de la Universidad Tecnológica Indoamérica, y a la vez conocedora de su alto espíritu de colaboración, me permito solicitarle se sirva autorizar la aplicación de los instrumentos para recolección de información "FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE LOS OCTAVOS AÑOS DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA ANGEL POLIVIO CHÁVEZ DEL CANTÓN GUARANDA", autorizado para su ejecución para la señorita Gualpa Sánchez Mishel Estefanía, los datos recabados se manejarán con total confidencialidad. El informe de resultados y su interpretación se entregará a usted con la intención de que la información sea beneficiosa para su institución.

Por la atención que se sirva dar a la presente anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,

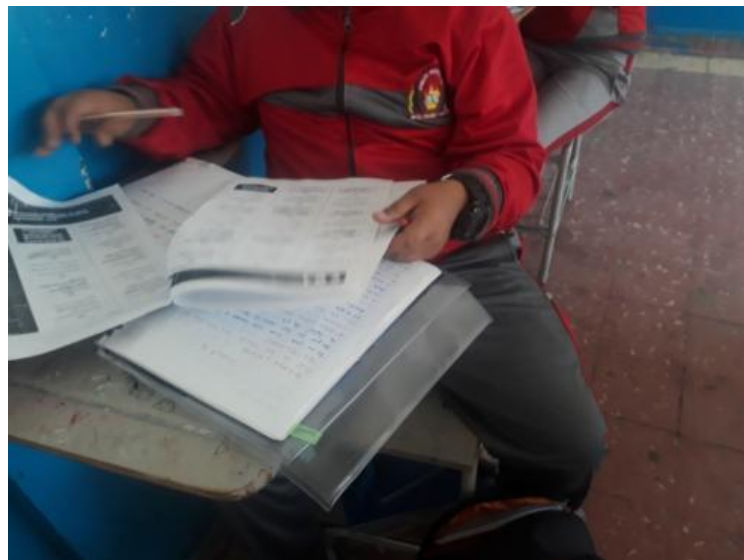
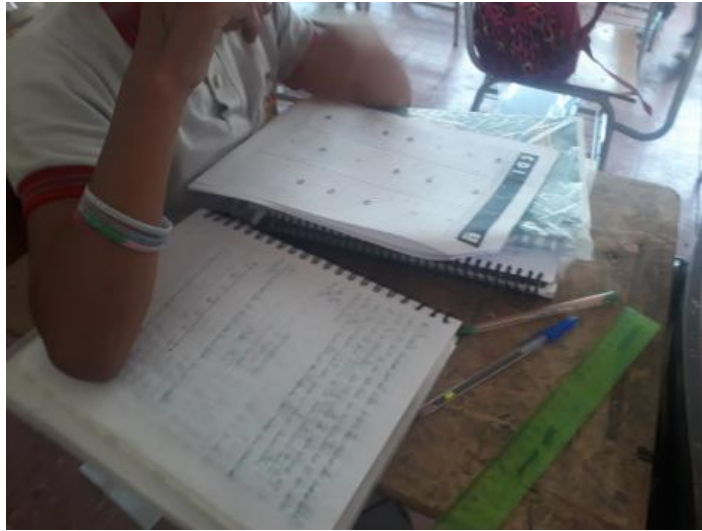

Mg. Verónica Labre
DECANA (E) FCHS




UNIDAD EDUCATIVA
ANGEL POLIBIO CHÁVEZ
SECRETARÍA
RECIBIDO
RECIBIDO

Fotos de la aplicación de los Test







Ps.Cl. Sandra Ortiz M