

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

TÍTULO:

**RELACIÓN ENTRE EL CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y EL NIVEL DE LA
DEPRESION EN LOS ESTUDIANTES DEL III,IV Y V CICLO DE LA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD
CATOLICA LOS ÀNGELES DE CHIMBOTE FILIAL – TUMBES, EN EL AÑO
2014**

Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología

AUTORA:

Bachiller Saavedra Rueda Jazmín

ASESORA:

Lic. Laidy Mabel Irazábal Álamo

TUMBES – PERÚ

-2015-

JURADO DE TESIS

PRESIDENTE : Psic. Mg. Pedro Fred Infante Sanjinés
SECRETARIO : Psic. Lic. Guillermo Zeta Rodríguez
MIEMBRO : Psic. Elizabeth Bravo Barreto

Presidente

Secretario

Miembro

ASESOR DE TESIS

Asesora

Lic. Laidy Mabel Irazábal Álamo

AGRADECIMIENTOS

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios,
Por estar conmigo en cada paso que doy, por
Fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y
Por haber puesto en mí camino a aquellas
Personas que han sido mi soporte y de estudio.

Agradecer hoy y siempre a mi familia Por
El Esfuerzo realizado por ello el Apoyo en
Mis estudios, de ser así No Hubiese sido
Posible, ya que me Brindan el Apoyo, la
Alegría y me Dan La fortaleza Necesaria
Para seguir Adelante quienes han Sabido
Formarme con buenos sentimientos,
Hábitos Y valores, lo cual me ha Ayudado
A salir Adelante buscando Siempre el
Mejor camino.

A mis maestros, gracias por su tiempo, por su apoyo
Así como por la sabiduría que me transmitieron
En el desarrollo de mi formación profesional, por
Haber guiado el desarrollo de este trabajo y llegar
A la culminación del mismo.

DEDICATORIA:

A mi madre y padre por su apoyo

Constante e incondicional y a

Mis hermanos.

ÍNDICE

1. TÍTULO	4
2. PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
2.1. Planteamiento del problema.....	6
2.1.1. Caracterización del problema.	6
2.1.2. Enunciado del problema.	8
2.2 Justificación de la investigación.....	8
2.3 Objetivos de la investigación.....	9
2.3.1 Objetivo general.....	9
2.3.2 Objetivos específicos.....	9
2.4 Sistemas de Hipótesis.....	10
2.4.1 Hipotesis general.....	10
2.4.2 Hipotesis específicas.....	10
3. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	11
3.1 Antecedentes.	12
3.2. Bases teóricas.....	15
3.2.1 Familia.....	15
3.2.1.1 Definición.....	15
3.2.1.2 Tipos de familia.....	21
3.2.1.3 Funciones de familia.....	22

3.3 Clima social familiar.....	22
3.3.1	
Definición.....	22
3.3.1.1 Características del clima social familiar	23
3.3.1.2 Componente del clima social familiar.....	24
3.3.1.3 Modelo de educación de los hijos.....	25
3.3.1.4 Estilo de educación familiar y sus funciones psicológicas	27
3.4 Depresión.....	28
3.4.1 Definición.....	28
3.4.1.1 Tipos de depresión.....	34
3.4.1.2 Síntomas de la depresión	38
3.4.1.3 Causas de la depresión.....	40
3.4.1.4 Las consecuencias de la depresión	42
3.4.1.5 Enfoques teóricos y explicativos de la depresión.....	43
4. METODOLOGÍA	63
4.1 Tipo y nivel de la investigación.....	64
4.2 Diseño de la investigación.....	64
4.3 Población.....	64
4.4 Muestra.....	64
4.5 Definición y operacionalización de las variables.....	65

4.6 Instrumentos.....	66
4.7 Procedimiento.....	70
4.8 Analisis de datos.....	70
5.Resultados	71
6.Analisis de resultados.....	81
VII.Conclusiones	84
VIII.Recomendaciones.....	87
IX.Referencias bibliográficas	89
X.Anexos	94

INDICE DE TABLAS

	Pág.	
Tabla 01:	Correlación entre el clima social familiar y el nivel de depresión en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014	72
Tabla 02:	Nivel del clima social familiar en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de Psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – tumbes, 2014	73
Tabla 03:	Nivel de la dimensión relaciones del clima social familiar en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014	74
Tabla 04:	Nivel de la dimensión desarrollo del clima social familiar en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014	75
Tabla 05:	Nivel de la dimensión estabilidad del clima social familiar en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de	76

la universidad “Católica los Ángeles de
Chimbote” – Tumbes, 2014

Tabla 06:	Nivel de depresión en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014	77
Tabla 07:	Correlación entre la dimensión de relaciones del clima social familiar y de depresión en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014	78
Tabla 08:	Correlación entre la dimensión de desarrollo del clima social familiar y de depresión en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014	79
Tabla 09:	Correlación entre la dimensión de estabilidad del clima social familiar y de depresión en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela	80

profesional de psicología de la universidad
“Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes,
2014

INDICE DE GRAFICOS

	Pág.
Figura 02: Frecuencia Porcentual de Clima Social Familiar (FES) en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014.	74
Figura 03: Frecuencia Porcentual de la dimensión de relaciones del Clima Social Familiar (FES) en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014.	75
Figura 04: Frecuencia Porcentual de la dimensión de desarrollo del Clima Social Familiar (FES) en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014.	76
Figura 05: Frecuencia Porcentual de la dimensión de estabilidad del Clima Social Familiar (FES) en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014	77
Figura 06: Frecuencia Porcentual de la dimensión de estabilidad del Clima Social Familiar (FES) en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014	78

RESUMEN

El presente estudio es de tipo cuantitativo de nivel descriptivo en el que se buscó identificar la existencia de relación entre el clima social familiar y el nivel de depresión en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes. Se utilizó como instrumentos la Escala del Clima Social Familiar (FES) de R.H. Moos y E.J. Trickeet y la escala de ZUNG. Se describió el clima social familiar general, sus dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad. En los resultados obtenidos se observa que un porcentaje significativo del 89.53% de los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, con depresión se ubican entre el dentro de límites normales y promedio del clima social familiar. En cuanto a las dimensiones, el 60.5% de los estudiantes se ubican en el nivel promedio de la dimensión relaciones. El 59.3% de los estudiantes se ubican en el nivel promedio de la dimensión desarrollo. El 41.9% de los estudiantes se ubican en el nivel promedio de la dimensión se ubican en los nivel bajo de la dimensión estabilidad, con respecto a la correlación entre el nivel de depresión y las dimensiones de relaciones, desarrollo y estabilidad del clima social familiar de los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, no existe correlación.

Palabras claves: Clima social familiar, depresión.

ABSTRACT

The present study is quantitative descriptive level where we tried to identify the existence of relationship between family social climate and the level of depression in students of III, IV and V level vocational school of psychology at the university " Angels Catholic Chimbote "- Tumbes. Scale of Family Social Climate (FES) of RH was used as instruments. Moos and E. J. Trickett and scale of ZUNG. Relations, development and stability: the family social climate generally described dimensions. In the results shows that a significant percentage of 89.53% of the students of III, IV and V level vocational school of psychology at the university "Catholic Angels of Chimbote" - Tumbes, with depression are among the inside normal limits and average family social climate. As for size, 60.5% of students are located at the average level of the dimension relations. 59.3% of students are placed in the average level of the development dimension. 41.9% of students are placed in the average level of the dimension are located in low dimension stability with respect to the correlation between the level of depression and dimensions of relationships, development and stability of family social climate students of III, IV and V level vocational school of psychology at the university "Angels Catholic Chimbote" - Tumbes, there is no correlation.

Keywords: family social climate, depression.

INTRODUCCIÓN

La depresión o melancolía, como lo definía Hipócrates (460 – 377 a. C), se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población de distintos países y es reconocido mundialmente como un importante problema de Salud Pública. Hoy en día es la cuarta causa más importante de morbilidad a nivel mundial, 121 millones de personas sufren de depresión, siendo la mujer la que presenta mayores índices, con una prevalencia de hasta dos veces más alta que la de los hombres. Es un problema que crece y se extiende en nuestro actual estilo de vida y cultura, sobre todo en los países desarrollados y urbanizados.

La depresión es una enfermedad que afecta al organismo, al estado de ánimo, a la manera de pensar y concebir la realidad, interfiere en la vida cotidiana del estudiante, en el día a día, causando dolor y sufrimiento no sólo a quienes lo padecen, sino también a quienes lo rodean, como es su entorno familiar y social que lo rodean.

Es por esto, que los estudiantes universitarios constituyen una población de alto riesgo,

sobre todo aquellos que ingresan por primera vez a la educación superior; estudiar lejos de casa, conocer y establecer nuevas amistades, asumir retos y responsabilidades que antes no existían, las evaluaciones, los profesores, en fin, la universidad constituye una fuente generadora de constante estrés.

La familia es la célula básica de la sociedad compuesta por personas adultas que educan a los menores de edad brindándoles pautas y recursos para crecer y explorar el mundo desde la infancia con la finalidad de poder ser autónomos e interactuar en el mundo a medida que se hagan adultos.

La adolescencia es un momento de importantes cambios y que coincide con un momento también especial en la vida de los padres esto hace que sea un periodo de singular inestabilidad en la dinámica familiar; no obstante se debe tomar dicha etapa de manera natural y sin una visión catastrófica. Cuando dicha etapa está influenciada por situaciones que crean inestabilidad al adolescente como el divorcio, la violencia familiar, entre otros puede desencadenar síntomas de ansiedad, inseguridad y/o depresión en diversos niveles (Barna, Concha, Florenzano, Gonzales, Horwitz, Maddaleno, Romero, Salazar, Segovia, Valdés, Ventuini, Villaseca y Ringeleng, 1986).

Revisión de literatura: Se expone el planteamiento del problema, los antecedentes, las bases teóricas de las variables: clima social familiar y la depresión.

Metodología: En esta parte se describe el tipo, diseño del estudio, población, se definen y operacionalizan las variables, asimismo las técnicas e instrumentos de medición, como los procedimientos empleados.

Resultados y análisis de resultados: se refieren a la presentación de los resultados y su correspondiente análisis y discusión, contrastando con las bases teóricas y antecedentes de la investigación.

Conclusiones y recomendaciones: En las conclusiones se exponen en síntesis, los resultados que se obtuvieron en la investigación y en las recomendaciones se exponen las políticas, estrategias y medidas de acción a tomar por la institución y que podrían ayudar en la solución del problema que se estudió.

Referencias: Se consideran las fuentes de información que se consultó para la realización del informe de investigación.

En los Anexos. Se presentan los instrumentos utilizados en la investigación de la Población en estudio: Las escalas de clima social familiar (FES) de R.H. Moos y la Escala de Zung.

1. TÍTULO

RELACION ENTRE EL CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y EL NIVEL DE DEPRESION EN LOS ESTUDIANTES DE III, IV Y V CICLO DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD “CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE” FILIAL TUMBES –TUMBES, 2014.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1.-Planteamiento Del Problema

2.1.1 caracterización del problema:

La presencia de los trastornos depresivos es una característica común que podemos encontrar en la sociedad actual y sobre todo ligada a estilos de vida de alta exigencia, autoestima baja, componentes neurobiológicos, entre otros, que favorecen su aparición. La depresión es uno de los trastornos emocionales más frecuentes, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. Los seres humanos estamos propensos a la depresión pero los más vulnerables son los estudiantes, debido a su juventud y por la transición de la adolescencia a la adultez con las características propias de su desarrollo personal y emocional; debido a que en el transcurso de su formación profesional están sometidos a exigencias, estrés, frustraciones, desadaptación, sentimientos de 'pérdida' por la separación de su familia, violencia familiar, desintegración familiar, problemas económicos familiares, entre otros. Que pueden desencadenar la depresión si no son resueltas adecuadamente.

Villa, Robles, Gutiérrez, Martínez, Valadez y Cabrera (2009) en su investigación estudiaron la magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para el intento de suicidio, con la finalidad de identificar factores de riesgo personal y familiar. La muestra estuvo conformada por pacientes atendidos en un centro especializado en toxicología por intento de suicidio, mediante una encuesta estructurada se investigaron características personales, familiares y redes de apoyo. De los 25 casos y 25 controles incidentes, los factores asociados ajustados por edad, ser estudiante y tabaquismo fueron violencia intrafamiliar, desintegración familiar, eventos críticos, baja autoestima, ansiedad y disfunción familiar; siendo los principales

factores de riesgo para intento de suicidio, la disfunción familiar (violencia intrafamiliar, desintegradas, disfuncionales) y los rasgos psicopatológicos (depresión, ansiedad, baja autoestima). Esta investigación permite observar de forma clara cómo la dinámica familiar es un factor clave para la presencia de intento de suicidio y es importante corroborarla con el presente estudio.

González, Ramos, Caballero y Wagner (2008) realizaron un estudio de tipo transversal y ex post facto para identificar correlatos de depresión, ideación e intento suicida en jóvenes universitarios. Participaron 508 hombres y 428 mujeres estudiantes en el Centro Histórico de la Ciudad de México, cuya edad promedio fue de 23 años que los estudiantes con depresión y/o ideación suicida tienen más conflictos con padre/madre, reportan que sus padres discuten por problemas económicos, tienen menor autoestima, son impulsivos y usan respuestas de afrontamiento agresivas. La prevalencia de intento suicida fue en hombres: 7% y mujeres: 17%., los y las estudiantes impulsivos presentan más riesgo con antecedente de intento suicida. En hombres, el afrontamiento agresivo también se asocia con un riesgo mayor, mientras que, en las mujeres, el tener conflictos con padre/madre presenta riesgo mayor, así como que sus padres discutan por problemas económicos. Se concluye que esta investigación sólo describe las variables que indica, sin embargo se revela a través de los resultados del cuestionario cierta asociación con la comunicación entre padres e hijos como parte de la funcionalidad familiar.

Este trastorno emocional influye de manera negativa; porque la pérdida de interés en el estudio, en su vida personal, sentimientos autodestructivos como atentar contra su integridad física, de tal forma que su capacidad intelectual se ve deteriorada y con pensamientos erróneos por lo cual los jóvenes están propensos a no solo a abandonar

los estudios si no también su núcleo familiar los cuales infieren en su normal desarrollo emocional, personal y familiar.

2.1.2 Enunciado del Problema:

Debido a la situación problemática descrita anteriormente, se planteó la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación entre el clima social familiar y el nivel de depresión en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014?

2.2 Justificación de la investigación

La depresión se ha convertido en uno de los trastornos mentales más importante de los últimos tiempos, no solo por el alarmante aumento de su frecuencia sino también, por la implicancia que tiene en el sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas. Bajo este escenario los estudiantes universitarios, constituyen un grupo de alto riesgo, ya que la mayoría transita entre dos etapas del ciclo vital; la adolescencia y la adultez temprana, lo que trae consigo una serie de cambios que aumentan el nivel de estrés a tal punto que puede alterar el bienestar de la salud mental. En nuestro contexto, debido a factores psicosociales, la relación ,la cohesión y la adaptabilidad familiar se ve alterada, lo cual crea un desbalance en la vida del estudiante y en muchas ocasiones dicho desbalance no es controlado con asertividad .

La relevancia de esta investigación se justifica desde el punto de vista familiar ya que los resultados de los estudios contribuirán a mejorar el clima social familiar; los resultados de la investigación se consideran

para tomar medidas preventivas. Quienes se beneficiarán son los alumnos, padres de familia a través de las escuelas de familia, los docentes en talleres de información y charlas, etc.

Gracias a los hallazgos que encontraremos a través de la presente investigación se podrán desarrollar programas y planes de intervención que incluyan a profesionales y familiares que permitan afrontar y prevenir casos de depresión en el clima social familiar .

Esta intervención servirá para mejorar la calidad de vida del estudiante frente al clima social familiar utilizando el Modelo Cognitivo-Conductual (MCC) de Beck.

2.3 Objetivos de la investigación

2.3.1. Objetivo general:

Identificar la relación entre el clima social familiar y el nivel de depresión en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014.

2.3.2. Objetivos específicos:

- Identificar el clima social familiar en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014.
- Determinar el nivel de depresión en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014.
- Determinar los niveles de las dimensiones: Relaciones, Estabilidad y desarrollo del clima social familiar y el nivel de depresión en los

estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014.

- Establecer la relación entre las dimensiones: relaciones, estabilidad y desarrollo del clima social familiar y el nivel de depresión en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014.

2.4 Hipótesis

2.4.1 Hipótesis General

- Ha Si existe relación significativa entre el clima social familiar y el nivel de depresión en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014.
- H0 No existe relación significativa entre el clima social familiar y el nivel de depresión en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014.

2.4.2 Hipótesis específicas

- Existe relación significativa entre los niveles de la dimensión Relaciones del clima social familiar y el nivel de depresión en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014.
- Existe relación significativa entre la relación de la dimensión estabilidad del clima social familiar y el nivel de depresión en los estudiantes de III,

IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” –Tumbes, 2014.

- Existe relación significativa entre la dimensión desarrollo del clima social familiar y el nivel de depresión en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” –Tumbes, 2014.

3. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

3.1 Antecedentes

Villa, Robles, Gutiérrez, Martínez, Valadez y Cabrera (2009) en su investigación titulada la magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para el intento de suicidio, con la finalidad de identificar factores de riesgo personal y familiar. La muestra estuvo conformada por pacientes atendidos en un centro especializado en toxicología de la ciudad de México ,por intento de suicidio, mediante una encuesta estructurada se investigaron características personales, familiares y redes de apoyo. De los 25 casos y 25 controles incidentes, los factores asociados ajustados por edad, ser estudiante y tabaquismo fueron violencia intrafamiliar, desintegración familiar, eventos críticos, baja autoestima, ansiedad y disfunción familiar; siendo los principales factores de riesgo para intento de suicidio, la disfunción familiar (violencia intrafamiliar, desintegradas, disfuncionales) y los rasgos psicopatológicos (depresión, ansiedad, baja autoestima). Esta investigación permite observar de forma clara cómo la dinámica familiar es un factor clave para la presencia de intento de suicidio y es importante corroborarla con el presente estudio.

González, Ramos, Caballero y Wagner (2008) realizaron un estudio de tipo transversal y ex post facto para identificar correlatos de depresión, ideación e intento suicida en jóvenes universitarios. Participaron 508 estudiantes en el Centro Histórico de la Ciudad de

México, cuya edad promedio fue de 23 años que los estudiantes con depresión y/o ideación suicida tienen más conflictos con padre/madre, reportan que sus padres discuten por problemas económicos, tienen menor autoestima, son impulsivos y usan respuestas de afrontamiento agresivas. La prevalencia de intento suicida fue en hombres: 7% y mujeres: 17%., los y las estudiantes impulsivos presentan más riesgo con antecedente de intento suicida. En hombres, el afrontamiento

agresivo también se asocia con un riesgo mayor, mientras que, en las mujeres, el tener conflictos con padre/madre presenta riesgo mayor, así como que sus padres discutan por problemas económicos.

Se concluye que esta investigación sólo describe las variables que indica, sin embargo se revela a través de los resultados del cuestionario cierta asociación con la comunicación entre padres e hijos como parte de la funcionalidad familiar.

En el estudio realizado por Herman, Ostrander y Tucker (2010), se examinó la relación cohesión familiar, conflictos familiares y depresión en adolescentes afroamericanos y euroamericanos, cuyas edades oscilaban entre los 17 y los 33 años. Se hallaron diferencias entre los dos grupos evaluados, específicamente los bajos niveles de cohesión familiar se asociaron con los síntomas depresivos únicamente en los adolescentes afro americanos. Mientras que la correlación entre conflictos familiares y depresión fue significativa sólo en los adolescentes euro americanos, misma relación que no se mostró con los indicadores de cohesión familiar.

Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jimenez (2009) En la investigación estudio sobre la relación entre la depresión y los conflictos familiares en los jóvenes universitarios que habitan en comunidades rurales y urbanas del Estado de Tlaxcala en la República Mexicana. Se empleó la escala de clima familiar (FES), tomando sólo 3 reactivos de cada una de las 3 sub escalas (Relaciones, Desarrollo y Estabilidad) para evaluar la cohesión familiar, la cual permite tener información sobre las relaciones que mantienen los miembros de la familia, así como el grado de comunicación y el nivel de conflicto, a un nivel de confiabilidad de $\alpha=0.86$, así mismo utilizó el inventario de Depresión de Beck (BDI) para evaluar la intensidad sintomática de la depresión. La muestra se seleccionó de escuelas secundarias de Tlaxcala – México, quedando 244

jóvenes finalmente. Los resultados de la investigación indican existe una relación inversamente proporcional entre los síntomas depresivos y los conflictos familiares, lo que sugiere que, a mayor índice de depresión existe menos cohesión familiar, demostrando que la carencia de apoyo social en el ambiente familiar del jóvenes universitario afecta en su proceso psicosocial.

Cogollo, Gómez, De Arco, Ruíz y Campo (2009) En su establecieron la asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en jóvenes estudiantes de sector de estrato bajo (I) en Cartagena, Colombia. Diseñaron un estudio transversal en el que participaron estudiantes de secundaria. Usaron la disfuncionalidad familiar con el cuestionario de APGAR familiar y síntomas depresivos con importancia clínica con la escala de Zung para depresión. Informaron disfuncionalidad familiar 253 jóvenes (59%) y sólo 174 (41%) tenían síntomas depresivos con importancia clínica. Los autores concluyeron que, en la muestra estudiada, la presencia de disfuncionalidad familiar y la presencia de síntomas depresivos con importancia clínica no guardan asociación significativa.

Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela (2008) realizaron su estudio lima norte sobre la relación entre la depresión y los conflictos familiares, la muestra estuvo conformada por 290 jóvenes (60%) comentan que existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida como efecto de una depresión mayor. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar, hacen que sea disfuncional y existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al joven no le dan el mayor interés por cómo se sienta emocionalmente.

Leyva, Hernández, Nava y López (2010) En la universidad de la Cesar Vallejo de Trujillo realizaron una investigación de depresión y el funcionamiento familiar, en los estudiantes; se incluyeron 252 estudiantes, 134 sexo masculino y 118 del sexo femenino, con edad promedio de 19 años. El estudio fue de tipo observacional, prospectivo y transversal efectuado durante marzo de 2006. Se utilizó la escala de Birleson y el instrumento FACES III teniendo como resultados que la frecuencia de depresión fue de 29.8% siendo mayor en las mujeres (42.2%). En los varones con depresión se observó con más frecuencia la familia rígidamente dispersa mientras que en los estudiantes sin depresión fueron más comunes las familias flexiblemente aglutinadas, las estructuralmente aglutinadas y las rígidamente aglutinadas. Los autores afirman que existe una asociación entre el tipo de familia rígidamente dispersa y la depresión, por la calidad del estudio no se puede encontrar una relación causa- efecto.

Los instrumentos utilizados fueron la Escala de clima social en familia FES, y el cuestionario de depresión Zung. Con un diseño descriptivo correlacional. Los resultados obtenidos indican que existe una correlación de -0.41^* siendo negativa y significativa (0.05). De la población investigada, el 26% presentó un clima familiar malo, un 33% inferior al promedio, el 90.6% señaló un nivel de depresión media. Se concluye que las características socio ambientales de la familia tales como: conflicto, autonomía, intelectual- cultural y la moralidad religiosa son factores determinantes para el establecimiento o disminución de la depresión.

3.2 Bases teóricas

3.2.1 Familia

3.2.1.1 Definiciones

La Organización de las Naciones Unidas, ONU (1994), citado por Zavala (2001), refiere “La familia es una entidad universal y tal vez el concepto más básico de la vida social; sin embargo, las familias se manifiestan de muy diversas maneras y con distintas funciones. El concepto del papel de la familia varía según las sociedades y las culturas. No existe una imagen única ni puede existir una definición universalmente aplicable, es así que en lugar de referirnos a una familia, parece más adecuado hablar de "familias", ya que sus formas varían de una región a otra y a través de los tiempos, con arreglo a los cambios sociales, políticos y económicos”.

Eguiluz (2003), manifiesta “Podemos considerar a la familia como un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento; cada parte del sistema se comporta como una unidad diferenciada, al mismo tiempo que influye y es influida por otras que forman el sistema. La familia es un sistema relacional que conecta al individuo con el grupo amplio, llamado Sociedad.”

Ministerio de Salud del Perú (2003) menciona a la familia como el ámbito privilegiado donde la persona nace, crece, se forma y se desarrolla. Se fundamenta en la unión entre hombre y mujer, en el amor entre ellos y en la manifestación del mismo hacia los hijos. Es el ámbito donde la persona se sabe amada, y es capaz de amar. La familia es pues la base de toda comunidad de personas, amor y vida, donde todos sus miembros están llamados al desarrollo humano pleno. La familia es la

institución fundamental para la vida de toda sociedad. Por eso en el campo de la salud la familia se constituye en la unidad básica de salud.

Lafosse (1996) define la familia como un grupo de personas unidas por los lazos del matrimonio, la sangre o la adopción; constituyendo una sola unidad doméstica, interactuando y comunicándose entre ellas en sus funciones sociales respectivas de marido y mujer, madre y padre, hijo e hija, hermano y hermana, creando y manteniendo una cultura común.

Gil (2007) señala que la familia debe asegurar la creación de vínculos afectivos, que funjan como precursores de otros; de manera que la unidad familiar otorga la fuerza y sentido a sus miembros desde su interior, pero que a la vez los relaciona y pone en contacto con el exterior. Pero ¿qué significado tiene para los adolescentes la familia?, y ¿qué significado tienen papá y mamá? De acuerdo con diversas teorías cognitivas, los seres humanos tienden a cambiar su forma de pensamiento de acuerdo con la grado de madurez que adquieren a través de los años, siendo capaces de elaborar conceptos cada vez más complejos (Inhelder & Piaget, 1996). Desde una perspectiva psicológica es necesario tomar en cuenta el mundo de significados ligado a la experiencia de cada sujeto, así como su edad y nivel de maduración. Bajo esta visión, es posible entonces pensar que el sentido y significado que los adolescentes tienen de los conceptos afines a la familia, tales como padre y madre, sufren un cambio importante de acuerdo con la fase de la adolescencia en que se encuentren. La adolescencia es una etapa compleja del desarrollo, en la que la tarea esencial es la consolidación de la identidad, lo que conlleva una cierta vulnerabilidad para la aparición de conflictos entre padres e hijos adolescentes (Santrock, 2004). los adolescentes sienten y piensan con respecto a sus familias es parte importante de la comprensión de dicha etapa, y un gran paso para que la familia atraviese esta fase de forma menos tumultuosa,

a través de una visión más amplia desde las propias palabras del adolescente. Así pues, la construcción del conocimiento científico en el campo de la psicología requiere de investigaciones que sustenten los cambios que se producen en el ser humano, por ejemplo los de la transición adolescente de la que se ha hablado; sin embargo, para que ello sea posible, es necesaria la elaboración y aplicación de nuevos instrumentos que permitan conocer y evaluar los significados psicológicos que los adolescentes otorgan a la familia, así como los elementos que se asocian a ella, o sea, el papá y la mamá, ya que cada uno de ellos es parte central de la misma. De este modo, considerando la posición que ocupa la familia en la sociedad como pilar fundamental en la formación de individuos que hagan frente a los desafíos que implican subsistir en la compleja red de sistemas y organizaciones del mundo actual, la presente investigación aborda aspectos sobresalientes del sentido y significado que ésta tiene en los adolescentes, a partir de una técnica que permite obtener un reflejo claro de la visión que predomina en esta etapa de la vida, con lo que se busca actualizar las bases teóricas y profundizar sobre las características particulares que se otorgan al contexto familiar en las diferentes sub etapas de la adolescencia. El propósito es identificar los cambios que suceden en el pensamiento adolescente en sus diferentes momentos, ya que ha de entenderse que las necesidades que ocupan a esta población varían considerablemente de las de los adultos. La familia es un grupo de potencia natural en la cual se establecen recíprocas dependencias y vínculos afectivos entre sus miembros. Posee estructura jerárquica dinámica y funcionamiento sistémico. Tiene carácter de subsistema abierto en relación con el sistema social, en tanto, se encuentra en interacción recíproca y constante con otros grupos e instituciones sociales.

La necesidad de vivir en familia que tiene el ser humano se acrecienta ante el carácter eminentemente psicológico que tiene la relación niño-adulto durante todo el proceso en el cual crece y deviene la personalidad. Los adultos que se ocupan del cuidado del niño y que constituyen su familia, garantizan que se produzcan los procesos psicológicos que intervienen en el desarrollo de la personalidad, así como en la identidad del yo, la socialización y la autonomía, entre otros.

La familia enfrenta también problemas en el respeto de los límites, de los espacios y de la autoridad personal, en la utilización de métodos y procedimientos educativos inadecuados para la socialización de los más jóvenes y otros más cercanos a estilos de vida y de relación interpersonal, de la subjetividad grupal, que deben ser atendidos socialmente a través de técnicas de orientación familiar que incluye la terapia para hogares con disfunciones severas, la preparación de los jóvenes para la relación de parejas y para la vida familiar en general.

El estudio psicológico de la familia presenta un conjunto de complejidades y problemas cuyas soluciones y respuestas han de alcanzarse en el camino de la investigación científica y la reflexión teórica. La Psicología Marxista, si bien no resuelve todas estas interrogantes a partir de una comprensión materialista dialéctica de los procesos de desarrollo de la actividad, la psiquis y la personalidad del ser humano, integra un sistema de principios y categorías básicos que permite analizar e interpretar las particularidades de la familia, de su funcionamiento, desarrollo e interacciones en la sociedad.

Se observa la relación entre familia y sociedad y el condicionamiento social de la forma de ser y existir de la familia, se rescata el enfoque histórico de Engels. Cada momento histórico ha condicionado las relaciones en el interior de la familia. No podemos estudiar el fenómeno familia si no estudiamos lo cultural, lo histórico, las condiciones

económicas en que la familia se desenvuelve, la tendencia histórico-cultural evalúa el individuo, la familia y la sociedad. Es una perspectiva que nos permite hacer un análisis más amplio de la teoría La familia Es una unidad social, compuesta por un conjunto de personas unidas por vínculos consanguíneos, afectivos y cohabitacionales y que a los efectos de las normas sociales vigentes deben procurarse ayuda mutua, compartir los recursos, comunicarse entre sí, procurarse el bien propio, así como contribuir al de su comunidad.

Bajo el término de familia se pueden clasificar toda una serie de grupos humanos de disímiles características definidas por variables estructurales (número de miembros, vínculos generacionales, número de hijos o tamaño de la prole, edad, sexo) y variables sociopsicológicas (normas, valores, ideología, hábitos de vida, comunicación, roles, límites, espacios).

La familia es un objeto de estudio bidimensional, su funcionamiento opera en dos niveles: en calidad de institución social, cuya vida y forma está determinada por la sociedad donde se inserta, y como unidad psicológica particular como microsistema con una especificidad propia que la hace única e irrepetible, portadora de un sistema peculiar de códigos, puntos de interacción y estilos comunicativos.

El compromiso familiar es más entre personas que social, pero como institución y grupo la familia conserva su vigor, continúa cumpliendo importantes funciones para con la sociedad y para con sus miembros, constituye un bastión indiscutible para la conservación de nuestra identidad cultural, por supuesto, reclama respeto, atención y una participación más activa en la toma de decisiones de todo lo que directamente le concierne.

Minuchin y Fishman (1985) describen a la familia como el grupo natural que elabora pautas de interacción en el tiempo y que tiende a la conservación y la evolución. Es el grupo celular de la sociedad, una institución que ha existido a lo largo de la historia, ha compartido siempre las mismas funciones entre ellas la crianza de los hijos, la supervivencia y la común unión de los miembros de ésta. No es una entidad estática sino que está en un cambio continuo igual que sus contextos sociales.

La familia es el marco que contiene a los miembros que crecen en ella. Se la concibe como un sistema abierto, como una totalidad. Cada uno de los miembros está íntimamente relacionado y, por lo tanto, la conducta de cada uno influirá en los demás.

Hurlock (1994) refiere a la familia como una atmósfera psicológica donde el adolescente se desarrolla y tiene un efecto notable sobre su adaptación en lo personal y social; va a influir de forma directa en sus pautas de conducta y características. Si el clima hogareño es feliz, el joven reaccionará frente a personas y cosas de manera positiva. Si es conflictivo, llevará los negativos aprendidos en el hogar a situaciones extrañas y reaccionará ante ellas conforme al temperamento que es habitual. En forma indirecta el clima hogareño influye en el adolescente por el efecto que produce en sus actitudes.

Minuchin (1990) afirma que la familia es un sistema donde existen jerarquías y diferenciaciones; y, que en su estructura, hay tres componentes fundamentales:

Los límites, las alianzas (o las coaliciones) y el poder (o liderazgo).

3.2.1.2. Tipos de Familia:

Saavedra (2006) citado por Morales (2010), existen varias formas de organización familiar y de parentesco, entre ellas se han distinguido los siguientes tipos de familias:

a. **La familia nuclear o elemental:** es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

b. **La familia extensa o consanguínea:** se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

c. **La familia monoparental:** es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.

d. **La familia de madre soltera:** Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de

familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.

e. La familia de padres separados: Familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad.

3.2.1.3. Funciones de la Familia:

Dugui y otros (1995), citado por Morales (2010) consideran entre las funciones que cumple la familia las siguientes:

Asegurar la satisfacción de las necesidades biológicas del niño y complementar sus inmaduras capacidades de un modo apropiado en cada fase de su desarrollo evolutivo.

Enmarcar, dirigir y analizar los impulsos del niño con miras a que se llegue a ser individuo integrado, maduro y estable.

Enseñarle los roles básicos, así como el valor de las instituciones sociales y los modos de comportarse propios de la sociedad en que vive, constituyéndose en el sistema social primario.

Transmitirle las técnicas adaptativas de la cultura, incluido el lenguaje
La familia en la sociedad tiene importantes tareas, que tienen relación directa con la preservación de la vida humana como su desarrollo y bienestar.

3.3. Clima social Familia

3.3.1Definiciones:

Moos (1985), citado por Torres (2013), considera que el clima social familiar es la apreciación de las características socio-ambientales de la

familia, la misma que es descrita en función de las relaciones interpersonales de los miembros de la familia, los aspectos del desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica. Por otro lado, Rodríguez y Vera (1998), citado por Vinueza (2010), asumen la definición del clima social familiar como el resultado de sentimientos, actitudes, normas y formas de comunicarse que lo caracterizan cuando los componentes de la familia se encuentran reunidos.

Galli (1989) citado por Morales (2010), considera que la manera cómo los padres educan a sus hijos, crean el clima familiar dependiendo del tono del ambiente familiar penetrado de gravedad y cordura, la armonía conyugal, el cuadro de valores que los cónyuges aceptan, la serenidad del hogar doméstico y la fijación de actitudes que declaran después relativamente estables durante la vida.

3.3.1.1. Características del Clima Social Familiar:

Guelly (1989) y Rodríguez y Torrente (2003), citado por Morales (2010), refiere que el clima social familiar tiene las siguientes características:

- Para que exista un buen clima familiar los padres deben estar siempre en comunicación con los demás miembros de la familia.

- Deben mostrar tranquilidad y estabilidad con su comportamiento hacia el niño.

- Los hijos deben siempre respetar a sus padres.

- La madre debe tener una autoridad bien establecida no mostrarse ansiosa.

- No proteger a los hijos de manera excesiva, no permitir la crisis económica aguda recaigan en las familias, no hay conflictos graves entre los padres y si los hubiera esto no los exponen delante de los hijos.

3.3.1.2. Componentes del Clima Social Familiar:

Moos y Trickett(1993), citado por Zavala (2001), refieren que el clima social en la familia está conformado por tres dimensiones: Relaciones, Desarrollo y Estabilidad, las cuáles a su vez están conformadas por áreas, las cuáles se muestran a continuación:

Relaciones:

Para Moos (1985) relaciones, es la dimensión que evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. La comunicación afecta más a padres e hijos, crea el verdadero clima de una familia. No puede existir amistad, unidad o armonía familiar, sino existe una sana comunicación entre los miembros del hogar. Está integrado por tres áreas siguientes:

Cohesión: Es el grado en que los miembros del grupo familiar están compenetrados y se apoyan entre sí.

Expresividad: Es el grado en que se permite expresarse con libertad a los miembros de familia comunicando sus sentimientos, opiniones y valoraciones respecto a esto.

Conflicto: Se define como el grado en que se expresa abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.

Desarrollo:

Para Moos (1985) el desarrollo evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser permitidos o no por la vida en común. Esta dimensión comprende las

áreas de autonomía, actuación, intelectual-cultural, social-recreativa y moralidad-religiosidad.

Autonomía: es el grado en el que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son independientes y toman sus propias decisiones.

Área de Actuación: Se define como el grado en el que las actividades (tal como el colegio o el trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competición.

Área Intelectual- Cultural: Es el grado de interés en las actividades de tipo político-intelectuales, culturales y sociales.

Área Social-Recreativo: Mide el grado de participación en diversas actividades de esparcimiento.

Área de Moralidad- Religiosidad: Mide la importancia que se le da a las prácticas y valores de tipo Ético y religioso.

Estabilidad:

Para Moos (1985), la estabilidad proporciona informaciones sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros. Lo forman dos áreas: organización y control.

Área Organización: Mide la importancia que se le da en el hogar a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.

Área Control: Se define como la forma en el que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

3.3.1.3 Modelos de educación de los hijos

Gonzales (2006) refiere la existencia de 5 modelos de educación de los hijos, los cuáles se muestran a continuación:

1. Modelo hiperprotector: los padres le resuelven la vida a los hijos evitándoles convertirse en adultos responsables, para superar esta situación disfuncional es necesario dar responsabilidades y enfatizar la cooperación, así como reconocer los logros.

2. Modelo democrático–permisivo: no priva la razón, sino la argumentación, los hijos no consiguen tener madurez, se vuelven demandantes y agresivos. La salida a esta situación es imponer reglas y seguirlas, ser congruente entre lo que se dice y se hace, que todos respeten el orden y si hay modificaciones que hacer, será de acuerdo a los logros y no a las argucias argumentativas.

3. Modelo sacrificante: hay un miembro que se dice altruista y el otro egoísta y sacrificado. Ser altruista es ser explotado y se cree merecedor del reconocimiento, entonces se exagera en el sacrificio, la solución es insistir en los tratos arriba de la mesa y en que cada quien consiga con trabajo lo que necesite, que las relaciones sean recíprocas e independientes.

4. Modelo intermitente: se actúa con hiper protección y luego democráticamente, permisividad y luego con sacrificio por inseguridad en las acciones y posiciones. Revalorizar y descalificar la posibilidad de cambiar, se percibe y se construye como un caos. Cualquier intento de solución no da frutos porque se abandona antes de tiempo, por dudar de ella.

La respuesta es ser firme y creer en la alternativa que se eligió para tener paz en la familia. Poner límites claros y reglas, acatar los acuerdos por un tiempo para evaluar los resultados.

5. Modelo delegante: no hay un sistema autónomo de vida, se cohabita con padres o familia de origen de los cónyuges o se intercambia frecuentemente comida o ayuda en tareas domésticas, crianza de hijos.

Hay problemas económicos constantemente, de salud, trabajo, padres ausentes, no se les da la emancipación y consiguiente responsabilidad, chocan estilos de comunicación y crianza, valores, educación, es una guerra sin cuartel que produce desorientación general.

Las reglas las imponen los dueños de la casa, los mayores, aunque resulten injustas, anacrónicas o insatisfactorias; por comodidad o porque no hay otra opción, los padres de los niños se convierten en hermanos mayores, los hijos gozan de mayor autonomía y más impunidad en sus acciones. La solución radica en que cada quien se responsabilice de sus acciones y viva lejos y respetuosamente sin depender de favores.

6. Modelo autoritario: los padres o uno de ellos, ejercen todo el poder sobre los hijos, que aceptan los dictámenes, se controlan los deseos, hasta los pensamientos, son intrusos en las necesidades, se condena el derroche, se exalta la parsimonia y la sencillez, altas expectativas del padre, la madre se alía con los hijos: esposa-hija, hermana de sufrimiento, se confabula, pero se someten finalmente, se exige gran esfuerzo, pero no bastan los resultados. Los hijos temen y no se desarrollan, mienten para ser aceptados y corren peligro al buscar salidas a su situación.

3.3.1.4 Estilos de Educación Familiar y su Función Psicológica

Buendía (1999) establece que la familia desempeña un papel protagonista porque moldea las características del individuo y en función de los estilos educativos sociales, se diferencian cuatro dimensiones.

1. Grado de Control. Es ejercido para influir sobre su comportamiento inculcándoles determinados estándares, los padres pueden establecer dos tipos de control: el extremo o étero control y el interno o autocontrol y que además este puede manifestarse de forma consistente o congruente donde las normas son estables, e inconsistentes o incongruentes en el que los padres hacen uso arbitrario del poder.

2. Comunicación Padres - Hijos. Los padres altamente comunicativos son aquellos que utilizan el razonamiento para explicar las razones de su acción y animan al niño a expresar su argumento y así modificar su comportamiento y los padres con bajo nivel de comunicación no acostumbran a consultar a sus hijos en la toma de decisiones que los afecta.

3. Exigencia de Madurez. Los padres que exigen altos niveles de madurez a sus hijos son aquellos que los presionan y animan a desempeñar al máximo sus potencialidades y además fomentan su autonomía y la toma de decisiones, en el otro extremo se encuentran los padres que no plantean metas o exigencias a sus hijos, subestimando las competencias de estos.

4. Afecto en la Relación. Los padres afectuosos son los que expresan interés y afecto explícito hacia sus hijos y todo lo que implica su bienestar físico y emocional, están pendientes de sus estados emocionales y son sensibles a sus necesidades.

3.4. La depresión

3.4.1 Definición

La historia de la evolución del concepto “depresión” se puede resumir en etapas esenciales: a comienzos del siglo XIX se introduce en el campo científico moderno y resurge de forma progresiva en el transcurso de los últimos veinte años del siglo XX. En una segunda etapa se da menos importancia a los síntomas manifiestos y se da mayor importancia a los conflictos intrapsíquicos que los determinan (enfoque psicoanalítico). A través de diversos estudios se observa que las perturbaciones psicopatológicas adolescentes, no desaparecen de manera espontánea, sino que progresan y se estructuran como una patología definida en la edad adulta, en ausencia de intervenciones oportunas (Casullo, 2005).

Se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. La mayoría de nosotros se siente de esta manera una que otra vez durante períodos cortos.

Partimos de la base que la depresión no es un problema actual, sino que ha existido desde siempre considerándosela como un [estado](#) de ánimo pasajero en donde las personas que padecían este mal se les trataba de curar incluso con hierbas o se pensaba, (por los síntomas presentados ; cansancio falta de energía etc.), que eran flojos y que por tal no querían realizar ninguna actividad; hasta que Hipócrates comenzó a analizar este "estado de ánimo pasajero", el cual encontró y concluyó a ésta como una enfermedad la cual provenía de uno de los cuatro humores corporales (bilis negra) y fue a partir de entonces que se comenzó a dar más importancia a este trastorno.

A partir de entonces el término depresión fue evolucionando dando paso a que muchos investigadores interesados en la enfermedad formularan, de acuerdo a las características y síntomas en que se presentaba, su

propia definición y explicación acerca del por qué se originaba este trastorno, una de las cuales es el desamparo aprendido, en donde se verá que esta teoría explica a nivel psicológico por qué se puede presentar una depresión cuando la persona se encuentra en determinadas circunstancias que aparecen en el ritmo de su vida o en la relación con los demás.

Las causas y síntomas que se presentan en una depresión son diversas y enfocadas a muchos aspectos; los diferentes autores que han tratado este tema generalmente sostienen que existen diversos tipos de causas por las cuales se origina una depresión al igual que características y síntomas que van desde factores genéticos, psicológicos, ecológicos y sociales, en donde los genéticos tienen una influencia importante; pero los factores psicológicos se puede decir que son los más importantes por el tipo de depresión grave que originan. Por otra parte también están los ecológicos, a veces el estrés, el ruido y otros factores llevan a un tipo de depresión simple, y por último; se encuentran las causas sociales que de igual forma son especialmente importantes ya que por naturaleza interactuamos socialmente siendo los lazos afectivos muy importantes para nosotros.

Al hablar de depresión es importante considerar qué pasa realmente en el mundo respecto a cifras; cuántas son las personas que padecen esta enfermedad y quiénes la padecen más, son preguntas que nos pueden ayudar a saber qué es y cómo se presenta una depresión para así tomar decisiones y actuar ante ésta.

La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de tiempo prolongado.

Novoa (2002) define la depresión como un estado emocional de abatimiento, tristeza, sentimiento de indignidad y de culpa. La misma que lleva a sentir soledad, pérdida de motivación, retraso motor y fatiga. Ello puede convertirse en trastorno psicótico donde el individuo se queda incapacitado para actuar normalmente.

La Organización Mundial de la Salud publicó la Clasificación Internacional de de Enfermedades versión 10, CIE 10 (1992) donde se explica que, la depresión se caracteriza por la aparición de humor depresivo, perdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, la disminución de la vitalidad y por ende la reducción de actividad, disminución de la atención y concentración, pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad, ideas de culpa o sentimiento de inutilidad, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas, trastornos del sueño y pérdida de apetito. Así mismo indica que existen tres formas de depresión: Leve, moderada y grave; y la presentación clínica puede ser distinta en cada tipo y en cada individuo pues existen síntomas enmascarados a través de la irritabilidad, comportamiento histriónico, consumo excesivo de alcohol y síntomas obsesivos preexistentes.

La depresión en la adolescencia ha sido objeto de creciente interés en las últimas décadas, más aún, dicho trastorno ha sido asociado con una serie de factores mediante los cuales se pretende explicar (Milne y Lancaster, 2001). Por ejemplo, se ha encontrado que los desajustes emocionales del adolescente son, en gran medida, el resultado de contradicciones familiares (Sánchez, 2007). En el estudio llevado a cabo por Rice, Harold, Shelton y Thapar (2006), se evaluó la relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes de 16 años de edad. A través de la Subescala de Ambiente Familiar y el Cuestionario de Humor Depresivo, aplicados en dos periodos con un intervalo de tres años, encontraron una relación estadísticamente significativa entre los

síntomas depresivos y los conflictos familiares, particularmente en los adolescentes que tenían padres o algún familiar cercano que fuese depresivo.

Según Novoa (2002) la depresión es una de las enfermedades más comunes a la que están sujetas las personas. La depresión puede ser un signo, síndrome o trastorno. Como signo la depresión se desarrolla en forma de aspecto triste (disforia) mientras que la depresión como síntoma es más intensa y prolongada e interfiere en la adaptación del individuo y algunos síntomas son el exceso en el dormir, el cambio en los hábitos alimenticios, incluso la conducta delictiva (como el hurto) pueden ser signos de depresión. Otro síntoma común de la depresión es una obsesión con la muerte, que puede tomar la forma ya sea de pensamientos suicidas o temores acerca de la muerte y del mismo hecho de morir.

Lara, Acevedo y López (2005), indican que la depresión, puede ser entendida como un estado de ánimo, como la presencia de sintomatología depresiva y como trastorno clínico. Para Lara (2006), la depresión es uno de los estados psicológicos desagradables que afecta a la mayoría de las personas en alguna época de su vida; este estado puede ser transitorio o prolongarse más allá de meses o años. Además de que ante la diversa problemática que genera en los individuos, se ha reconocido en países con diversas culturas como el problema de salud mental más común.

En cambio la depresión, indica Martín, en general aparece en el sujeto a partir de la experiencia reiterada y generalizada de su incapacidad para influir en el medio ambiente de manera conforme con sus deseos. Esta experiencia de incapacidad da lugar a la “expectativa de incontrolabilidad”, es decir, a una autovaloración negativa de sí mismo, en virtud de la cual el sujeto tiende a sobrevalorar las dificultades y

desistir de sus esfuerzos voluntarios para conseguir sus proyectos o resistir las agresiones y amenazas que le vienen del exterior.

Estrada (1990), indica que la familia es en esencia un sistema vivo, que se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas como el biológico, el psicológico, el social y el ecológico. Además, señala, que la familia atraviesa por un ciclo donde despliega sus funciones: nacer, crecer, reproducirse y morir, las cuales pueden encontrarse dentro de un marco de salud y normalidad o bien adquirir ciertas características de enfermedad o patología.

De tal manera que, agrega el autor, al pasar por este ciclo se pueden presentar problemáticas en la comunicación, desempeño e interacción de los integrantes, como resultado pueden surgir en los miembros, no en todos, ni con la misma intensidad, síntomas depresivos, sobre todo esto, es particularmente característico de familias con adolescentes, pueden presentar estos síntomas el propio adolescente o alguno de los padres.

Por su parte Sentín (2002), dentro de su trabajo psicológico con estudiantes deprimidos, señala que los alumnos deprimidos se desarrollan dentro de una estructura familiar en conflicto o con la vivencia por parte del sujeto de una situación conflictiva en su estructura familiar y, a veces, aunque no siempre, escolar. De manera general, puntualiza que los conflictos típicos de la estructura familiar en esta población son:

Infidelidad de uno de los cónyuges que generalmente suele ser el padre.
Dificultades más o menos graves y/o más o menos manifiestas de relación en la pareja.

Rigidismo moral, especialmente en el terreno de la sexualidad, a veces acompañado de un cierto fanatismo religioso o político por parte de los padres.

La condición de ser único de un sexo dentro de los hermanos. Ser un solo hombre entre mujeres o una sola mujer entre hombres.

El hecho de que un miembro de la familia (normalmente el padre) sea un triunfador en los negocios o en la carrera, acompañado con una fuerte carga de autoritarismo paternalista que hace que los hijos tengan una imagen de padre perfecto.

Considerando estos aspectos, se destaca la importancia del adecuado funcionamiento de la familia como factor preventivo ante las diversas problemáticas que los adolescentes enfrentan en el transcurso de esta etapa; es decir, si la familia ha dotado con los recursos necesarios al adolescente, le será más fácil tomar decisiones acertadas y favorables para él, así como, elaborar un proyecto de vida sano.

De lo anterior se puede reconocer la importancia que desempeña el papel de la familia en el desarrollo de los individuos. Su papel se destaca sobre todo en la adolescencia, que es la etapa de la vida en que se transforma la visión del mundo, se adquieren valores, metas e ideales, de manera favorable para los individuos. Esto se logra si se ha contado con el apoyo, la comprensión, el cariño incondicional manifiesto y la guía adecuada por parte de la familia, pero en particular por parte de los padres.

Esto porque como hemos visto, la depresión, además del inmenso sufrimiento que representa para quien la padece, tiene consecuencias importantes sobre la salud física (síntomas somáticos, depresión del sistema inmunológico, enfermedades crónicas diversas), produce desarmonía familiar, es responsable sobre todo, de conductas destructivas autoinfligidas, entre las que se encuentran los intentos de suicidio, así como accidentes en el hogar. Además, al presentarse una sintomatología depresiva, muchos adolescentes pueden buscar refugio

en las drogas, como una medida para evadir su realidad, negarla o enfrentarla.

La depresión se trata de un trastorno psíquico, habitualmente recurrente, que causa una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo (tristeza) a menudo acompañado de ansiedad, en el que pueden darse, además, otros síntomas psíquicos de inhibición, sensación de vacío y desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño (insomnio tardío) agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio, etc. así como síntomas somáticos diversos.

Hollon y Beck (1979), definen la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva.

Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.

Para algunos autores, los síntomas de la depresión en el adolescente son: aburrimiento, fatiga, nerviosismo, falta de concentración, llamadas de atención, conducta sexual anárquica, hipocondría y agresividad (Weiner, H.; Glaser, D.; Malmquist, C.P.) Toolan, M. (1996) sin embargo, se centra más en trastornos del comportamiento: desobediencias, faltas injustificadas a clase, cólera, fugas injustificadas, auto destructividad, tendencias masoquistas y predisposición a los accidentes, conceptos (agresividad, problemas escolares e inestabilidad) que ya citaba Bakwin, H. en 1956. De todos modos, existe un infra diagnóstico de la depresión en la adolescencia, debido a la interpretación de la variabilidad de los estados de ánimo como cambios hormonales propios de esta etapa.

Las enfermedades depresivas pertenecen a uno de los cuadros clínicos considerados como de los más graves e importantes a nivel mundial. Afectan, en sus diferentes formas de manifestaciones, hasta a un 20% de la población. Dañan al pensamiento, a los sentimientos, al cuerpo, a las relaciones sociales; en definitiva, perjudican a la vida entera. A pesar de su enorme significación, con frecuencia la depresión queda sin diagnosticar, o si se hace, se trata de forma insuficiente. Esto causa un gran sufrimiento y una pérdida de calidad de vida, tanto de los afectados como de sus familiares. En años anteriores ha quedado patente que la depresión es una enfermedad crónica consecuencia del estrés, de ahí la expresión acuñada «depresión por estrés». Representa un factor de riesgo en la aparición de otras enfermedades graves en la población, como son los infartos cardiacos, las apoplejías, la osteoporosis y la diabetes. Una depresión no tratada puede reducir la esperanza de vida de la persona.

La depresión es una enfermedad mental común que se presenta con ánimo en menos, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito, y mala concentración. A menudo, la depresión a menudo se presenta con síntomas de ansiedad. Estos trastornos pueden volverse crónicos o recurrentes y llevar a importantes fallas en la habilidad de un individuo para llevar a cabo sus tareas diarias. En casos severos, puede llevar al suicidio. Se pierden casi un millón de vidas al año por suicidio, lo cual se traduce como 3000 suicidios por día. Por cada suicida, hay 20 o más que intentan terminar con su vida (OMS, 2012).

Los episodios depresivos cursan con síntomas tales como el ánimo en menos, pérdida de interés y placer, y aumento de la fatigabilidad. Según el número y la severidad de los síntomas, puede clasificarse como leve, moderado o severo. Alguien con un episodio leve tendrá alguna

dificultad para seguir adelante con su trabajo y actividades sociales pero no dejara de funcionar completamente. Pero durante un episodio severo, es muy poco probable que la persona pueda continuar con sus actividades sociales, laborales o domesticas.

3.4.1.1Tipos de la depresión:

- **Depresión severa:**

Es una seria enfermedad cuyos síntomas incluyen humor deprimido, disminución en el nivel de energía y en el interés por la vida, molestias físicas, cambios en los patrones de alimentación y sueño, y pensamiento y movimientos ya sea lento o agitado.

La depresión severa no es una tristeza pasajera. Si no se obtiene tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses o años.

Con frecuencia, la depresión severa comienza entre los 15 y 30 años de edad, pero también puede presentarse en niños y ancianos. Todas las personas, independientemente de su edad, grupo étnico o económico, pueden sufrir de depresión. Más de la mitad de las personas que sufren un episodio de depresión seguirán teniendo episodios hasta una o dos veces al año si no reciben tratamiento. Sin tratamiento, una persona con depresión puede llegar al suicidio.

La depresión severa, conocida también como depresión clínica o depresión unipolar, es solamente un tipo de trastorno depresivo. Otros trastornos depresivos incluyen la distimia (una modalidad crónica pero menos severa que la depresión clínica) y el trastorno bipolar (o maniaco depresión). Las personas que sufren de trastorno bipolar, por lo general sufren de episodios alternados de depresión y manía. Durante los períodos de manía, las personas se encuentran en un estado anímico de "exaltación" anormal o se sienten inusualmente irritables. Estas

personas podrían tener una opinión de ellas mismas o de sus habilidades extremadamente buena aunque poco realista; puede haber también un aumento marcado de energía, pensamientos furtivos y habla muy rápida.

¿Existen distintos tipos de depresión?

Los signos y síntomas de la depresión suelen variar en relación a parámetros como cantidad, duración, severidad y persistencia. Debido a que los distintos tipos de depresión requieren de distintos tratamientos es importante realizar una evaluación para saber qué tipo de depresión te afecta. También hay algunas diferencias en relación a como cada persona experimenta la depresión según su edad, sexo y cultura. Los médicos suelen usar distintos nombres o etiquetas para referirse a los tipos de depresión. Algunos clínicos hablan de depresiones neuróticas, reactivas o leves para referirse a depresiones de naturaleza psicológica que se tratan mayoritariamente con psicoterapia. Por otra parte, los profesionales de la salud mental también hablan de depresiones somáticas o psicóticas para referirse a aquellos cuadros en los que hay un desequilibrio químico y que, por tanto, requieren de la administración de medicación. Frecuentemente las personas con depresión tienden alternar entre fases de estabilidad del estado de ánimo y fases de depresión. En algunos casos ocurre que en lugar de transitar por fases depresivas, la persona pasa por un periodo de euforia (un estado de ánimo positivo exagerado), irritabilidad y agitación que se conoce como fase “maníaca” o “hipomaniaca”. En aquellos casos en los que no hay fases de manía o hipomanía hablamos de depresión unipolar, mientras que si existe una historia de estas fases, hablaremos de depresión bipolar.

1. Episodio depresivo:

Un episodio depresivo puede tener una duración de un mínimo de dos semanas, hasta años, y los síntomas pueden variar a lo largo del tiempo. Un tercio de las personas afectadas por depresión, experimentará un único episodio depresivo durante toda su vida. Los profesionales de la salud se refieren a estos episodios como “episodios depresivos unipolares”.

2. Trastorno depresivo recurrente:

Este trastorno se caracteriza por la aparición de varios episodios repetidos de depresión y comienza por lo general durante la adolescencia o la adultez joven. Las personas que sufren de este tipo de depresión experimentan fases de estado de ánimo normal entre las fases depresivas que pueden durar meses o años. Este tipo de depresión causa muchos problemas en la funcionalidad del paciente y también se clasifica dentro de los episodios unipolares puesto que no hay fases de manía o hipomanía.

3. Distimia:

Los síntomas de distimia son más leves y menos característicos que los síntomas de un episodio depresivo o del trastorno depresivo recurrente. A pesar de esto, los síntomas suelen ser persistentes y tienden a presentarse durante largos periodos de tiempo siendo necesarios al menos dos años para diagnosticar este trastorno; este tipo de depresión es llamado también “depresión crónica”. Se trata de un tipo unipolar y si bien altera la funcionalidad del paciente, no es tan incapacitante. Muchas veces, las personas que padecen una distimia cumplen en determinado momento criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo: en el caso de recibir ambos diagnósticos hablamos de una depresión dual.

4. Depresión Bipolar Tipo I:

Este tipo de depresión ocurre durante el curso de un Trastorno Bipolar, antiguamente llamado trastorno maníaco-depresivo y es menos frecuente que la depresión unipolar. El curso se caracteriza por alternar entre fases depresivas, fases de estado de ánimo normal o eutímicas y fases maníacas. Estas últimas se caracterizan por un exceso de afecto positivo, hiperactividad, y una reducción de la necesidad de sueño. La manía afecta el pensamiento, el juicio y el comportamiento social causando problemas serios. Es frecuente que durante un episodio maníaco la persona se involucre en conductas sexuales de riesgo o compras compulsivas y que luego de estos episodios tenga lugar una fase depresiva. Las personas que sufren este trastorno suelen describirlo como “pasar de estar en la cima del mundo, a ser el más desafortunado y desgraciado de un momento a otro”. Cuando hay un diagnóstico de trastorno bipolar, suele ser más difícil distinguir una depresión bipolar de una unipolar.

5. Depresión Bipolar Tipo II:

Este trastorno se caracteriza por presentar episodios o fases de hipomanía entre un episodio depresivo y otro. Durante un episodio hipomaníaco la persona se siente eufórica (aunque en menor grado que durante un episodio maniaco) y por eso los familiares y la propia persona pueden confundir estos episodios con el estado anímico normal o un estado alegre.

6. Cuadro ansioso depresivo:

En algunos casos, si bien la depresión es el diagnóstico principal, pueden coexistir también síntomas de ansiedad o incluso trastornos de ansiedad. En los cuadros ansioso-depresivos hay una combinación de síntomas depresivos y síntomas de ansiedad.

7. Episodio depresivo con síntomas psicóticos:

Un tipo especial de depresión es la llamada depresión psicótica o delirante. Los síntomas psicóticos incluyen ver u oír cosas o personas que no están presentes (alucinaciones) y/o tener ideas o pensamientos falsos (delirios). Las personas afectadas por este tipo de depresión pueden tener ideas delirantes de distinto contenido. En la mayoría de los casos, este diagnóstico requiere que el paciente ingrese en una unidad de psiquiatría. Los episodios psicóticos también pueden ser unipolares o bipolares.

8. Depresión atípica:

Este tipo de depresión se caracteriza por un estado de ánimo hipersensible y muy cambiante, el aumento del apetito, del sueño y las crisis de ansiedad son frecuentes. Se trata de un tipo de depresión moderada y puede ser bipolar.

9. Trastorno Depresivo Patrón Estacional:

Este tipo de depresión ocurre durante los cambios de clima o estacionales, como por ejemplo al comienzo del invierno o el otoño. Cuando las fases depresivas acaban la persona suele volver a su estado anímico y funcionamiento normal.

10. Trastorno Depresivo Recurrente Breve:

Este tipo de depresión afecta generalmente a la gente joven y se caracteriza por episodios breves de estado de ánimo depresivo o mixto, que tienen una duración aproximada de menos de 2 semanas.

11. Trastorno Premenstrual:

El síndrome de depresión severa, irritabilidad, y tensión que precede a la menstruación se conoce como trastorno disfórico premenstrual. Este

trastorno suele afectar a un porcentaje mínimo de las mujeres (entre un 3 y un 8%) y su diagnóstico depende de la presencia de algunos síntomas típicos de la depresión severa, que aparecen durante la mayoría de ciclos menstruales, y que empeoran aproximadamente una semana antes del período menstrual y desaparecen después

3.4.1.2 Síntomas de la depresión:

Los síntomas de depresión abarcan:

- Estado de ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces.
- Pérdida de placer en actividades habituales.
- Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño.
- Cansancio y falta de energía.
- Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa.
- Dificultad para concentrarse.
- Movimientos lentos o rápidos.
- Inactividad y retraimiento de las actividades usuales.
- Sentimientos de desesperanza y abandono.
- Pensamientos repetitivos de muerte o suicidio.
- Dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento.

a). Los síntomas principales que la definen son:

Tristeza patológica: Se diferencia de la tristeza, que puede ser un estado de ánimo normal como la alegría, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual. Aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo. Es una sensación muy profunda, arrasadora. Tanto, que el paciente se siente "en baja", tal como si hubiera perdido el sabor, el placer

de vivir. Se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa. Un dato tremendo: el 15% de los deprimidos termina suicidándose.

Desgano y anhedonia: el sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le procura placer

Ansiedad: es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante. Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por lo contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida; quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables, agresivas.

Insomnio: al paciente le cuesta conciliar el sueño y, además, se despierta temprano y de mal talante. En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse la hipersomnia (exceso de horas de sueño).

Alteraciones del pensamiento: imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.

Alteraciones somáticas: por lo común surgen dolores crónicos o erráticos así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.

Alteraciones del comportamiento: el paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto

por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.

Modificaciones del apetito y del peso: la mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso.

Pérdida del placer: en lo sexual, se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el contento en el trabajo, en el deporte y en los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.

Culpa excesiva: siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios.

Pensamiento suicida: los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.

Disminución de la energía: se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.

3.4.1.3 Causas de la depresión:

No existe una sola causa para la depresión. La depresión puede estar causada por uno o varios factores. Algunas personas tienen mayor probabilidad de tener depresión que otras. Hay diferentes razones que intentan explicar esta predisposición:

- **Herencia:** Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin

embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad.

Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

- **Factores Bioquímicos:** Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores.
Además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo. Lo que aún no se sabe es si el "desequilibrio bioquímico" de la depresión tienen un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental.
- **Situaciones estresantes:** Muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica.
- **Estacionalidad - Trastorno afectivo estacional (SAD):** Se ha observado que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días

se hacen más cortos. Es posible que la reducción de la cantidad de horas de luz afecte el equilibrio de ciertos compuestos químicos en el cerebro, dando lugar a síntomas de depresión.

- **Personalidad:** Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión. Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo.

3.4.1.4 Las consecuencias de la depresión

- 1.- Mala apariencia y descuido personal
- 2.- Alteración del sistema inmunológico, con lo que hay una mayor disposición a contraer enfermedades.
- 3.- Retiro social
- 4.- Problemas en la escuela o trabajo
- 5.- Abuso de alcohol, drogas, chocolates, comida.

La depresión se caracteriza por dejarnos sin ganas, sin ilusión, sin fuerzas y sin esperanza, por lo que es fácil adivinar las consecuencias de atravesar un estado depresivo por un tiempo prolongado. En los casos más graves, una persona con depresión puede llegar hasta el [intento de suicido](#), por lo que no estamos hablando de un simple periodo de tristeza.

Esa desilusión, pero también esa falta de autoestima, ese creer que no valemos nada y ese dejarnos abandonar pueden hacer que nos aislemos socialmente, lo que puede empeorar el sentimiento de soledad que suele ir asociado a la depresión. Desde perder amigos, parejas rotas, relaciones familiares destrozadas hasta quedarnos sin trabajo y con un montón de problemas económicos, es el abanico de consecuencias que puede dejar una depresión.

Además, la depresión se deja notar también en el plano físico. A los dolores de cabeza, a los dolores musculares o al cansancio se le suman los efectos secundarios de los antidepresivos, cuando finalmente nos ponemos en tratamiento. Además, la depresión debilita nuestro sistema inmunitario, por lo que también está asociada a numerosas enfermedades, infecciones y hasta problemas cardiovasculares.

3.4.1.5 Enfoques teóricos y explicativos de la depresión. A lo largo de la historia se han desarrollado tres modelos claves para explicar la depresión: Modelo psicodinámico, modelo cognitivo y modelo del procesamiento de información. A continuación se describen brevemente estos modelos:

b.1 Modelo psicodinámico. Los estudios sobre la depresión inician desde la antigua Grecia donde Hipócrates resaltó el concepto de melancolía y lo asoció con el individuo reprimido, años más tarde (1915) Freud plantearía en la publicación *Duelo y Melancolía* las diferencias entre la pérdida consciente que es real y evidencia duelo, y la pérdida inconsciente relacionada con la melancolía. Estos conceptos básicos permiten saber en qué momento se está frente a un estado de depresión por una pérdida evidente y la persona entra en duelo natural, y en qué momento los signos de tristeza entre otros se basan en una disminución de amor propio que se transforma en melancolía (Ávila, 1990 y Pelayo, 2009).

Ávila (1990, p. 42) comenta que Freud esbozó los siguientes conceptos para explicar la dinámica de la Melancolía: Ambivalencia, la pérdida supone sentimientos de amor (desea continuar con la unión Libido- Objeto) y odio (desea la pérdida del Objeto, e incluso puede ser el causante de la pérdida,

desligando Libido de Objeto). El Odio recae sobre su Yo (como sustitución de Objeto) "calumniándolo, humillándolo, haciéndolo sufrir".

Identificación del YO con el objeto: "... El amor por el Objeto es sustituido por la Identificación, la predisposición a la melancolía dependerá en parte del predominio de una elección de objeto de tipo narcisista. Siendo así e daría la regresión de la carga de objeto a la fase oral de la libido. En conclusión, la melancolía resulta del cruce entre el proceso del duelo y el proceso de la regresión de la elección de objeto narcisista al narcisismo..." Retroceso a la fase sádica: "... Por influjo de la ambivalencia expresada el odio recae sobre el objeto sustitutivo (el Yo) haciéndolo sufrir y cifrando en ello el goce, goce referido a la venganza hacia el objeto amado, por el cual la melancolía se ofrece como refugio para que el paciente no tenga que exteriorizar su hostilidad.

El intento de suicidio es en consecuencia explicable para Freud en el contexto del sadismo, como un retorno de la carga de objeto hacia sí, lo que le hace posible tratarse a sí mismo como objeto. El Yo queda entonces bajo el dominio del Objeto..."

Los propuesto por Freud fue utilizado por los psicoanalistas modernos y ellos planean hipótesis sobre el patología oral, patología del Súper-Yo, patología del narcisismo y baja autoestima como base de la depresión (Ávila, 1990).

b.2 Modelo cognitivo.Beck (citado por Mendoza, 2001) se apoyó en el enfoque clínico y experimental que facilitaron el desarrollo del modelo y el estilo de la terapia, basándose en tres conceptos psicológicos que explican la depresión: Concepto de triada cognitiva: Son tres patrones que influyen en la percepción de sí mismo, la percepción del futuro y de la experiencia propia, haciendo que la visión sea pesimista y negativa. Esto ocasiona en el individuo signos físicos como la apatía, el desgano y los refuerza a adoptar una conducta negativa.

Organización estructural del pensamiento depresivo: Cada persona tiene patrones cognitivos estables para interpretar las situaciones que se presenten, en el caso de los depresivos se distorsionan los conceptos y crean esquemas inadecuados e incluso llegan a ser dominantes.

Errores en el procesamiento de información: Los errores sistemáticos en el pensamiento del deprimido hacen que valide sus conceptos negativos y son: La interferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización y pensamiento absolutista.

b.3. Modelo de procesamiento de información.

Este enfoque toma parte del estilo cognitivo y en lugar de apoyar la dirección que le da Beck a la influencia de un concepto con el otro (como estímulo la cognición, y la respuesta como emoción); indica que la influencia va en doble sentido puesto que las emociones también pueden perturbar la cognición en la memoria, toma de decisiones, etc.

Ruíz y Gonzales (1996) estudiaron la relación entre la depresión, memoria implícita y el

Procesamiento de información llegando a la aproximación de que existe menor congruencia entre el estado de ánimo y la memoria implícita, pues hay más tendencia a asociarse con la memoria explícita. Teniendo en cuenta que la memoria implícita es aquella que almacena información recopilada en un episodio específico y su manifestación no requiere que el sujeto se esfuerce por evocar o recuperar lo aprendido, mientras que la memoria explícita es la que sí necesita recuperación consciente de experiencias aprendidas.

c. Modelo tetradimensional de depresión de Alonso Fernández. Alonso Fernández (citado por Pelayo, 2009, p. 29) refiere que “la depresión como estado clínico representa una alteración de la estructura vital, que puede ir introduciéndose simultáneamente en las vertientes psíquica y somática del

ser humano, originando así una sintomatología depresiva. Esta alteración puede tener la misma intensidad en ambas vertientes, o bien manifestarse más intensamente en una de ellas...” La estructura vital se compone de cuatro dimensiones: Anímica, impulsiva, comunicacional y de los ritmos, todas ellas involucran signos físicos como psicológicos y el modelo propuesto como tetra dimensional es la sistematización del cuadro depresivo en base a la alteración de dichas dimensiones.

Pelayo (2009) y Alonso Fernandez (1998) explican la sintomatología depresiva según el modelo tetra dimensional agrupando determinadas características por cada dimensión:

c.1 Dimensión I: Humor depresivo. Se compone de rasgos psicológicos como baja autoestima y sufrimiento por vivir, pesimismo, amargura, pérdida de alegría, sentimientos de culpa y desesperanza; e indicadores corporales como rigidez, pesadez, dolores de cabeza, extremidades, espalda, etc.

c.2 Dimensión II: Anergia. La evidencia de la falta de motivación e impulso que va desde el aburrimiento, apatía hasta la petrificación afectiva. Entre los indicadores psicológicos están los pensamientos irracionales repetitivos y oscuros, la dificultad para concentrarse y la pérdida del deseo sexual; mientras que los indicadores físicos pueden ser falta de expresión corporal y gestual, disminución en su actividad e incluso síntomas gastrointestinales (nauseas, vómitos, estreñimiento, etc.)

c.3 Dimensión III: Discomunicación. Es la incapacidad para ponerse en contacto con el entorno, siendo las características psicológicas el ensimismamiento del sujeto, dificultad para entender lo que ve y escucha, dificultad para comprender e incluso una actitud de desconfianza ante los demás; así también en la parte física se observa descuido en su aspecto personal, hasta alteraciones a nivel sensorial.

c.4 Dimensión IV: Ritmopatía. Son las alteraciones de los ritmos humanos como explica Alonso Fernández, trastornos del sueño como insomnio, pesadillas nocturnas inclusive sensación de no haber descansado bien al dormir. En la vertiente psicológica se presentan estancamiento en el pasado y falta de planes futuros; además es evidente el cambio de emociones respecto a los que haces diarios y el empeoramiento matutino. En el aspecto fisiológico aparece trastornos del apetito sea por aumento o disminución.

d. Depresión en la adolescencia. De acuerdo a las investigaciones de Callabed y cols. (1997) la depresión en adolescentes puede ser un estado de ánimo negativo, que varía cualitativa y cuantitativamente, que se presenta en los adolescentes normales, así como también puede ser síntoma de un trastorno en pacientes psiquiátricos.

La depresión puede ser una respuesta transitoria a muchas situaciones y factores de estrés, comentan Callabed y cols. (1997).

Este estado es común en los adolescentes como consecuencia del proceso normal de maduración, el estrés asociado a él, la influencia de las hormonas sexuales y los conflictos de independencia con los padres. También puede ser una reacción a un suceso perturbador, como la muerte de un amigo o pariente, la ruptura con la novia o novio o el fracaso en la escuela.

Callabed y cols. (1997) encontraron que las niñas adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los niños. Entre los factores de riesgo se encuentran eventos de la vida generadores de estrés, en particular la pérdida de un padre por muerte o por divorcio, maltrato infantil (físico y/o sexual), atención inestable, falta de habilidades sociales, enfermedad crónica y antecedentes familiares de depresión.

A menudo es difícil diagnosticar la verdadera depresión en adolescentes debido a que su comportamiento normal se caracteriza por variaciones del estado de ánimo. Por otra parte, la depresión persistente, el rendimiento escolar inestable, las relaciones caóticas con familiares y amigos, el consumo de sustancias adictivas y otros comportamientos negativos pueden indicar un episodio depresivo serio. Estos síntomas pueden ser fáciles de reconocer pero la depresión en los adolescentes, con frecuencia, se manifiesta de formas muy diferentes a estos síntomas clásicos.

Beck y Burns (1978, citados por Novoa, 2002) estudian la depresión infantil y descubren que los niños y adolescentes deprimidos tienen baja autoestima, tienden a la autocrítica, se sienten desgraciados, cobijan ideas de suicidio, pesimismo del futuro, van perdiendo la capacidad de decidir y de esperanza, se aíslan y pierden la oportunidad de recibir estímulos positivos.

Alfonso (1996, citado por Bassas y Tomás, 1996) comenta sobre la importancia de que los profesionales como los pediatras, maestros, etc.; puedan observar y detectar las características particulares de la depresión en esta etapa de la vida; entre los indicadores están, una baja autoestima, los miedos, el bloqueo emocional, la dificultad para tomar decisiones .

Cummings y Davis (citados por Alvarez y cols., 2009), argumentan que los contextos familiares hostiles, incongruentes y con patrones de educación autoritarios, se desarrollan con diversos ajustes emocionales y cognitivos relacionados a la depresión. Sin embargo existen investigaciones que indican resultados contrarios, Zapata y cols. (2007) estudiaron la relación entre depresión y disfunción familiar en la adolescencia, encontrando que de la muestra (747 adolescentes mexicanos), el 33% tenía familia disfuncional y de la misma muestra sólo el 4% tenía indicadores de depresión; lo que indica que el riesgo relativo para la depresión en presencia de disfunción familiar no fue significativo y se discute que pueden existir factores socioculturales que influyen en el adolescente y que crean una

actitud de resiliencia para hacer frente al contexto familiar que vive y no caer en depresión.

Los antecedentes familiares son de suma importancia, no sólo por el aspecto genético (padres depresivos, hijos depresivos), sino también por los factores ambientales y socioculturales. De ahí la importancia de la presente investigación.

Tal y como se argumenta en las investigaciones expuestas, los indicadores de problemas Psicológicos en los adolescentes se basan en diversos factores, siendo el contexto familiar el más predisponente. Si existe una funcionalidad familiar adecuada, los padres pueden proyectar en los hijos un buen proceso de toma de decisiones, mejor actitud hacia la vida y mayor responsabilidad en su comportamiento; por el contrario si el nivel de comunicación no es óptimo, la familia suele estar distante y tiende a ser rígida frente a los cambios, será más difícil que el adolescente se ajuste esta etapa y pueda superar las crisis que se le presenten.

a. Funcionalidad familiar. Polaino – Lorente y Martínez (1998, citado por Camacho, 2002) refiere que es la capacidad de la familia para enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro;

Todo basado en tres dimensiones centrales del comportamiento familiar: Cohesión familiar, adaptabilidad familiar y comunicación familiar

Olson, Sprenkle y Russell (1979, citados por Zarate, 2003) definen las siguientes dimensiones y niveles:

Cohesión familiar: Vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí, en base al reconocimiento de que todos forman parte de una institución llamada familia. Esta cohesión familiar se puede percibir como: Dispersa, conectada, aglutinada y separada.

Adaptabilidad familiar: Es la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar, la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo. Esta dimensión se puede percibir en 4 niveles: Caótica, estructurada, rígida y flexible.

Comunicación familiar: Es un proceso interactivo que tiene gran importancia en la forma en cómo interactúan los miembros y en qué medida se facilita la adaptación y la cohesión en la familia.

Niveles de funcionalidad familiar: La correlación entre los 4 niveles de cohesión y los 4 niveles de adaptabilidad familiar dan lugar a 16 tipos de familia agrupadas en 3 niveles de funcionamiento familiar. El rango balanceado o equilibrado: Es el más idóneo y en base a los niveles de cohesión y adaptabilidad se tiene los siguientes tipos de familia: Separada – flexible, conectada- flexible, separada - estructurada y conectada - estructurada.

El rango medio o moderado: Donde existe cierta polarización en la cohesión o la adaptabilidad familiar. Los tipos de familia son los siguientes: Separada – caótica, conectada – caótica, dispersa - flexible, aglutinada - flexible, dispersa – estructurada, aglutinada – estructurada, separada - rígida y conectada - rígida.

El rango extremo: Es el nivel menos adecuado y los tipos de familia son: Dispersa – caótica, aglutinada – caótica, dispersa – rígida y aglutinada – rígida.

b. Depresión. De acuerdo a los fundamentos del CIE -10, el Instituto Especializado en Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (2002), postula en el estudio epidemiológico metropolitano en salud mental, que la depresión es un estado de ánimo disfórico frente a determinado evento desencadenante, estado de ánimo que puede convertirse en síntoma

de un trastorno psiquiátrico. Dicho estado de ánimo evidencia: Tristeza, soledad, baja autoestima, miedos, bloqueo emocional, dificultad para tomar decisiones, y un sentimiento generalizado de indefensión y ansiedad.

Todas estas manifestaciones físicas y psicológicas se agrupan en 4 dimensiones según el modelo tetra dimensional de depresión (Alonso Fernández, 1998): Humor depresivo, anergia, discomunicación y ritmopatía.

3.4.1.6 Terapias para la depresión

El considerar a la depresión como una enfermedad ha sido un paso muy importante para considerar de gran importancia su tratamiento, y de acuerdo al tipo de depresión y los síntomas que se presentan, el terapeuta debe tomar en cuenta para utilizar la terapia adecuada que lleve a la solución del problema. En el tratamiento de la enfermedad debe existir un compromiso del terapeuta así como del paciente para la recuperación de éste último.

La terapia cognitiva se ha ligado principalmente al tratamiento de la depresión, pero no es éste el único problema al que se ha aplicado, ha extendido sus horizontes teóricos y terapéuticos en diversas direcciones." "las formulaciones contemporáneas de la teoría cognitiva sugieren que la gente que llega a deprimirse mantiene elementos vulnerables cognitivos negativos, preexistentes y relativamente estables que la predisponen a la depresión".

El modelo cognitivo sugiere que los distintos síntomas afectivos, conductuales y emocionales de la depresión son las consecuencias naturales de las cogniciones negativas.

Reconociéndose que cuando una persona experimenta un estado de ánimo deprimido, hay una mayor accesibilidad a los pensamientos negativos. Cuando hay baja motivación o una inactividad física, se eleva

la probabilidad de que el individuo pueda experimentar más cogniciones negativas, que a su vez agravarán aún más la experiencia.

Se han propuesto varias teorías para explicar la etiología de la depresión. Entre ellos podemos citar a : Aaron T. Beck y Brian F. Shaw, quienes presentan un trabajo sobre la base cognitiva de la depresión.³ Discuten la tríada central cognitiva que en ella ocurre; describen la patogénesis de la depresión y destacan el papel que juega la primitiva organización cognitiva en el desarrollo y mantenimiento de la misma.

Dichos autores muestran como los errores que se originan en el proceso de información como ser la excesiva generalización y el pensamiento dicotómico perpetúan la tríada cognitiva y la emociones depresivas. Explican además como las distorsiones cognitivas precipitan los otros fenómenos de la depresión, incluso la tristeza y soledad, pérdida de motivación, el retraso motor y la fatiga.

Son tres los motivos que La teoría de Beck -1963,1967,1976- (2) considera por los que las personas se deprimen

1. Los individuos deprimidos muestran una consideración negativa de sí mismo; una marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuada e inútil y atribuyen sus experiencias desagradables a un defecto físico, moral o mental. Tienden a rechazarse a sí mismos, ya que cree que los demás lo rechazarán.
- 2) Una consideración negativa del mundo. Se sienten derrotado socialmente. Consideran al mundo como haciéndole enormes exigencias y presentándole obstáculos que interfieren con el logro de los objetivos de su vida.
- 3) Una consideración negativa del futuro. El deprimido prevé que sus problemas y experiencias comunes continuarán indefinidamente Tienden a deformar sus experiencias, malinterpretan acontecimientos concretos e irrelevantes tomándolos como fracaso, privación o rechazo

personal. Exageran o generalizan excesivamente cualquier situación por más sencilla que sea, tienden también a hacer predicciones indiscriminadas y negativas del futuro. Acentúan los hechos negativos hasta casi excluir los acontecimientos positivos.

Terapia Cognoscitiva de Beck (1967)

Se propone un tratamiento cognitivo-conductual de las depresiones, cuya finalidad es modificar las premisas que integran la tríada cognitiva y corregir los errores lógicos que se cometen a la hora de procesar la información.

Beck piensa que la depresión se origina en patrones negativos del pensamiento que el individuo desarrolla acerca de sí mismo. Realiza de los hechos una interpretación en forma distorsionada, muy autocrítica e inconveniente. Tiene expectativas poco realistas, exagera sus fracasos, hace generalizaciones negativas absolutas sobre su persona (con pocas evidencias), registra solo la retroalimentación negativa proveniente del mundo exterior e interpreta como fracaso todo aquello que no sea un éxito rotundo.

Sería esta espiral descendente de ideas negativas y de distorsiones cognoscitivas la que constituye la esencia de la depresión.

- Los factores cognitivos parecen tener una importancia etiológica central en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas de la depresión. La persona con inclinación hacia la depresión ha adquirido unas actitudes concretas acerca de sí mismo, de su ambiente y de su futuro. A esto es lo que se le conoce con el nombre de "tríada cognitiva de la depresión"

Entre los conceptos que son importantes en la patogénesis de la depresión están los conceptos de cómo se considera el individuo a sí mismo (conceptos negativos), hacia sus consecuencias ambientales y hacia su futuro.

Beck (1979) identifica las siguientes distorsiones cognitivas en la depresión:

1. Inferencia arbitraria: Se refiere al proceso de obtener conclusiones en ausencia de evidencia suficiente que la apoye o cuando la evidencia es contraria a esa conclusión.
2. Abstracción selectiva: Consiste en centrarse en un detalle de la situación, ignorando otros aspectos de la situación ("visión túnel") y llegando a una conclusión general a partir de ese detalle.
3. Sobregeneralización: Consiste en sacar una conclusión general y aplicarla a hechos particulares que son diferentes o no relacionarlos entre sí.
4. Maximización y minimización: Se trata de centrarse excesivamente en los errores y deficiencias personales y no tener lo suficientemente en cuenta (en proporción a los errores) los aciertos y habilidades personales.
5. Personalización: Se refiere a la tendencia del paciente a relacionar acontecimientos externos (normalmente evaluados como negativos) como relacionados o referentes a él mismo sin que exista evidencia suficiente para ello.
6. Polarización: Se refiere a la tendencia a clasificar la experiencia en términos extremos y opuestos sin tener en cuenta la evidencia de categorías intermedias. El paciente suele clasificarse en los extremos negativos.

Para el tratamiento de las depresiones más comunes, las reactivas, se han formulado tres teorías en la [psicoterapia](#) conductual.

Baja proporción de reforzamiento. La depresión se debe a una baja proporción del reforzamiento positivo seguido de respuestas específicas, (porque existen pocos acontecimientos reforzadores en el ambiente del paciente) y porque éste no suele tener respuestas gratificantes (posiblemente por falta de habilidades sociales). Los síntomas cognitivos y verbales de la depresión son consecuencia de la ausencia de respuestas

que crea esta pérdida de reforzamiento. Es decir, el individuo deja de hacer más esfuerzos para obtener los resultados deseados porque los anteriores fracasaron. La terapia se dirige a identificar [fuentes](#) potenciales de reforzamiento en el ambiente del paciente y a desarrollar [métodos](#) para aumentar su disponibilidad ([entrenamiento](#) en habilidades sociales).

Pérdida de control: indefensión aprendida. Una persona se deprime cuando cree que su conducta tiene poca o ninguna influencia sobre el resultado de los acontecimientos, es decir, no tiene ningún control. La terapéutica incluye:

Cambiar la posibilidad de acontecimientos provocadores de depresión con cambios ambientales.

Reevaluar las metas y las [normas](#) del paciente para que se vuelva más realista y reducir la posibilidad de que insista en el fracaso (pueden utilizarse varios tipos de terapias cognitivas para ello).

Desarrollar expectativas de control, por ejemplo, resaltando la variedad de habilidades sociales y comunicativas relevantes del paciente, aumentando el repertorio de actividades generales de modo que existan más oportunidades de resultados positivos y proporcionar [estrategias](#) de autocontrol eficaces.

Modificar atributos poco realistas de los fracasos, resaltando las circunstancias que impiden el resultado deseado.

Modificar atributos poco realistas de éxito, resaltando las cualidades personales relevantes (fomento de la autoestima).

Distorsiones cognitivas. El estado depresivo surge de distorsiones cognitivas basadas en un conjunto de pensamientos negativos respecto a la visión del individuo de sí mismo, del mundo y del futuro. La terapia está dirigida a la variedad creciente de actividades del paciente, identificando los pensamientos automáticos que siguen a la [percepción](#) de una dificultad, generando pensamientos alternativos (no depresivos) de índole más realista y adaptable, poniendo a prueba la credibilidad de estas

alternativas y modificando los supuestos inadaptados que parecen caracterizar los pensamientos automáticos que conducen a las respuestas depresivas.

Beck (1976) ha especificado alguno de los Supuestos personales que suelen predisponer o hacer vulnerable a las personas a la depresión:

1. Para ser feliz, debo tener éxito en todo lo que me proponga.
2. Para ser feliz, debo obtener la aceptación y aprobación de todo el mundo en todas las ocasiones.
3. Si cometo un error, significa que soy un inepto.
4. No puedo vivir sin ti.
5. Si alguien se [muestra](#) en desacuerdo conmigo significa que no le gusto.
6. Mi [valor](#) personal depende de lo que otros piensen de mí.

La terapia cognitiva se enfoca básicamente en los siguientes pasos:

- a. Detección y [análisis](#) de pensamientos automáticos negativos
- b. Reconocimiento de la conexión entre cognición, reacción emocional y conducta.
- c. Examen de la evidencia, a favor o en contra, de los pensamientos automáticos.
- d. Sustitución de pensamientos automáticos, no apoyados por un mínimo de evidencia por interpretaciones basadas en hechos reales.
- e. Identificación y asunciones basadas en hechos reales que predisponen a la utilización de un [sistema](#) de pensamiento deformado.

El fin de esta terapia, es encontrar el [equilibrio](#) de la persona deprimida en su medio social, su medio real, para la incorporación total y positiva en ésta.

Esta terapia puede ser utilizada para depresiones leves dentro de las cuales se encuentran las encubiertas y las ansiosas, por ejemplo.

En la terapia cognitiva se pone atención a la exploración y modificación de la [estructura](#) cognitiva de los pacientes; consiste en disminuir el

sufrimiento del paciente mediante la sustitución de las [estructuras](#) cognitivas irracionales y las disfunciones por otras cogniciones más racionales y funcionales.

La terapia cognitiva debe desarrollarse en una estructura de [tiempo](#) limitado, durante las primeras sesiones conviene que el paciente y el terapeuta trabajen juntos en la confección de una lista de problemas que incluya temas centrales a la alteración depresiva y las sesiones posteriores se orientan en [torno](#) a la solución de dichas dificultades; el paciente debe registrar las actividades diarias para que le muestren que en su vida hay más aspectos positivos de los que pensaba.

La terapia consiste básicamente en la asignación de tareas graduales que logren inducir, poco a poco una percepción de [dominio](#) frente a la posición de desvalimiento, el trabajar juntos, [cliente](#)-terapeuta, en la elaboración del [programa](#) de intervención, incluyendo la estructura de las sesiones, las asignaciones en las mismas, así como la [estrategia](#) terapéutica para especificar claramente [la meta](#) a conseguir en cada momento y cada vez un poco más difíciles.

El análisis de los [registros](#) semanales ayudará al terapeuta a desarrollar estrategias que mejoren el funcionamiento adaptativo del depresivo.

Cuando una actividad resulta difícil debe dividirse en elementos pequeños. Así el paciente irá realizando las actividades más fáciles hasta avanzar progresivamente y llegar a otras más complejas.

La terapia cognitiva intenta modificar la valoración errónea que tiene el paciente mediante la capacidad de análisis de los propios pensamientos, [imágenes](#) o asunciones que aparecen sin [lógica](#) alguna y se aceptan.

Es recomendable que el paciente aprenda a hacerse las siguientes preguntas:

1. ¿En qué evidencia objetiva se basan mis pensamientos automáticos?

2. ¿Existe alguna otra forma de valorar los datos objetivos de que dispongo?
3. Incluso en el caso de que lo que pienso sea verdad ¿Es la situación tan mala como parece?
4. ¿Qué es lo más productivo que puedo hacer?

Terapia conductual.

Dentro de ésta se propone que las emociones y conductas disfuncionales puedan modificarse alternando los pensamientos o creencias personales a través de un proceso terapéutico que enfatice el buen uso, (adaptativo) del razonamiento y el control racional de la conducta. Es entonces una combinación de lo cognitivo con lo conductual, para que en conjunto sea más efectiva en relación a la terapia en la depresión.

Este modelo parte prácticamente de las siguientes premisas basadas en el modelo de [aprendizaje](#) social que postula Bandura:

1. El organismo humano responde a las representaciones cognitivas del ambiente.
2. Estas representaciones cognitivas se aprenden al igual que la conducta observable.
3. La mayor parte del aprendizaje humano esta mediada cognoscitivamente.
4. Los pensamientos, emociones y conductas están interrelacionadas causalmente.

A su vez algunas características de las terapias conductuales son:

- 1) La clara operacionalización de los [procesos](#) terapéuticos en un modelo altamente estructurado.
- 2) Su compromiso con la validación empírica de las [técnicas](#) terapéuticas a través de [la investigación](#) científica.

En una relación con la terapia cognitiva, la terapia cognitivo-conductual, postula que la depresión es [producto](#) de distorsiones cognitivas que surgen cuando la persona evalúa sus experiencias negativamente reflejándose,

esto es su autoimagen, su percepción del mundo y del futuro, así mismo propone una vinculación estrecha entre los pensamientos, la conducta y las emociones.

Los esquemas o conceptos negativos aprendidos desde temprano suelen desarrollarse a través de las experiencias negativas que fomentan reglas rígidas para guiar la conducta e influyen disfuncionalmente el contenido del pensamiento del individuo. Esto se relaciona con las causas de las depresiones psicóticas que se encuentran dentro de las depresiones graves, por lo cual la terapia cognitivo- conductual puede ser una alternativa efectiva para la recuperación del paciente con este tipo de depresiones.

Ya que el enfermo mantiene un pensamiento pesimista y de autodesprecio así como pesimismo y derrotismo causado normalmente por interpretaciones como:

- 1) "Debo ser aceptado por todos siempre"
- 2) ser exitoso en todo siempre"
- 3) ser amable, perfecto, etc., siempre"

Es necesario entonces poner un mayor énfasis en la terapia cognitiva de la depresión en este caso, además de un interés en la activación y modificación en la conducta de éste. En relación con la terapia del aprendizaje social de Bandura (1969), se dice que el individuo no responde directamente a los estímulos ambientales, sino que evalúa e interpreta los mismos por medio de representaciones mentales, de esta forma la persona procesa la información de su ambiente a través de sus "filtros cognitivos", y el interpretarlos de manera errónea es lo que conduce, en muchas ocasiones, a un desorden cognoscitivo o depresión, y de igual forma se puede cambiar el pensamiento e interpretación de los hechos de la vida real del individuo aplicando los estímulos adecuados para su mejoramiento.

De tal manera la terapia conductual postula que:

1. Toda conducta incluyendo las cogniciones, es aprendida.
2. La terapia debe enfatizar la ejecución conductual y todo aquello que puede evaluarse empíricamente (por ejemplo las cogniciones se detectan a través de verbalizaciones).
3. El rol del terapeuta es uno y dirigido a activar al paciente en su recuperación a través de la asignación de tareas y [el aprendizaje](#) de destrezas de ayuda propia que lo capacitarán para la resolución de sus problemas.

En esta terapia, también la persona aprenderá a observarse más objetivamente y a debatir sus pensamientos por medio de [experimentos](#) y registros de conductas y cogniciones, además se utiliza el [método](#) inductivo en el cual las creencias abstractas son inferidas a partir de instancias concretas y en donde se utilizan básicamente los siguientes puntos:

Se hace énfasis en que el paciente valide empíricamente sus creencias por medio de la confrontación objetiva en la realidad externa a través de conductas. De esta forma Beck y col. (1979) citados en Bacot (1991), sugirieron las siguientes etapas en el tratamiento:

Fase I.- En esta, la actividad conductual de cliente será el foco de atención, hay que lograr la reactividad por medio de la asignación de tareas estructuradas que la persona llevará a cabo por su cuenta donde el terapeuta le ayudará en la estructuración y [evaluación](#) de estas. Así las tareas asignadas [irán](#) aumentando el grado de dificultad, hasta lograr concluir la: entonces, la evaluación de pequeños éxitos que aumentará la motivación confrontará la idea depresiva de incompetencia.

La [programación](#) de un itinerario de actividades puede, también, ayudar a eliminar la indecisión del paciente, en donde se programan actividades diarias en donde el paciente se puede dar cuenta que realmente es capaz de realizar cualquier cosa. Al momento de evaluar cada actividad el

terapeuta hará énfasis en los [eventos](#) que producen placer o sensación de dominio, sirviéndole para confrontar la idea distorsionada que acarrea el enfermo depresivo.

La fase de actividad conductual será el primer paso para eliminar la inactividad que es básicamente romper con la indecisión de actuar y de validar empíricamente las anticipaciones negativas, alterar el plano cognitivo evaluando los resultados conductuales positivos y medir una mejoría en el efecto.

Fase II.- Cuando la persona ha comenzado a disminuir su inactividad depresiva, con un alivio sintomático; se avanza hacia la fase terapéutica dirigida más directamente a sus cogniciones, en donde se evaluarán las formas en que construye su realidad. Sus creencias son tratadas como inferencias subjetivas y no como hechos reales objetivos sobre la realidad y se le ayuda a identificarlos, -observar su influencia en forma de autoverbalizaciones, -distanciarse de la certidumbre con que se acogen y -evaluar su validez real.

Entonces el paciente aprenderá a evaluar sus opciones racionalmente; para analizar las perspectivas alternas, en el auto [registro](#) de pensamientos anotará posibles "respuestas racionales" que le puedan ayudar a contra argumentar su pensamiento depresivo y cuánto cree en estas alternativas racionales, lo cual lo lleva a que valide sus ideas depresivas en el mundo real incorporándose gradualmente a este de manera, racional realizando actividades y tomando decisiones que antes asumía.

Fase III.- En este momento ya que el paciente haya desarrollado un repertorio de estrategias cognitivas y conductuales para contraatacar sus ideas depresivas el tratamiento se dirige hacia la identificación y el [debate](#) de las asunciones o premisas subyacentes a la actividad consciente que sustentan y sirven de base filosófica para el sistema depresivo (Beck y col., 1979; Harroson y col. 1984) esto a través de un proceso inductivo.

En el modelo cognitivo-conductual, la búsqueda e identificación se hace colaboralmente entre paciente y terapeuta y el debate lógico lo lleva a cabo el paciente con la guía terapéutica, luego de haber probado empíricamente la validez de dichas creencias básicas.

Con la evidencia que ha logrado en el proceso terapéutico el paciente puede convencerse del proceso depresivo que estas premisas rígidas han facilitado al darse cuenta de la invalidez no pueden ser cumplidas, podrá entonces abandonarlas adoptando otras creencias más razonables.

Así la terapia lo fortalecerá cognitivamente para enfrentarse a futuras situaciones difíciles.

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y nivel de la investigación

El presente estudio pertenece al tipo cuantitativo. En cuanto al nivel de la investigación este será descriptivo simple ya que buscara describir el clima social familiar en el que viven las personas adultas con depresión.

4.2 Diseño de la investigación

Estudio no experimental, transeccional, descriptivo. No experimental porque la investigación se realiza sin manipular deliberadamente la variable, transeccional porque que se recolectaron los datos en un solo momento y en un tiempo único y correlacional porque describe relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado. (Hernández, Fernández y Baptista 2006).

4.3 Población:

Está conformada por 86 estudiantes del III, IV y V ciclo de la universidad Católica los Ángeles de Chimbote _ Tumbes, 2014.

4.4 Muestra:

El muestreo es no probabilístico del tipo intencional o por conveniencia debido a que los sujetos están disponibles y en base a un conocimiento previo de la población se toma como muestra al total de la población: 86 estudiantes del III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad Católica los Ángeles de Chimbote _ Tumbes, 2014.

Criterios de inclusión:

- Estudiantes que aceptaron participar en el estudio.
- Estudiantes de ambos sexos.
- Estudiantes con facultades físicas y mentales para brindar información.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes que no quisieron participar en la encuesta.
- Estudiantes que no contestaron a la totalidad de los ítems de la prueba.
- Estudiantes que no asistieron a la encuesta.

4.5 Definición y Operacionalización de la variable.

Clima social familiar.

Definición Conceptual (D.C): Entendido como la percepción que se tiene del ambiente familiar, producto de las interacciones entre los miembros del grupo familiar, en el que se considera la comunicación, la libre expresión, la interacción conflictiva que la caracteriza, la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, la organización familiar y el control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros. (Moos, 1996) (Citado por Calderón y De la Torre, 2006).

Escala de Autoevaluación para la depresión de Zung

Definición Conceptual: La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (O.M.S.)

Definición Operacional:

Variables de Caracterización	Indicadores	Valores finales	Tipo de Variable
Clima Social Familiar Clima social familiar (FES) de R.H. Moos y E. J. Trickett, (García M. 2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Grado de comunicación, libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza - Importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados o no, por la vida en común - Proporcionar información sobre la estructura, organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros. 	Muy buena: 56 a + Buena: 46 - 55 Media: 36 - 45 Mala: 26 - 35 Muy mala: 0 – 2	Ordinal
Variable de Interés			
Depresión Dr. W. Zung, destinada para medir cuantitativamente la depresión,	El uso de la escala en cualquier clase de pacientes que manifiesten síntomas físicos sin base orgánica aparente, puede descubrir y medir la llamadas "depresiones ocultas. Es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente.	Controles normales 25-43 Depresiones (hospitalizados) 63-90 Depresiones ambulatorias 50-78 Reacciones de ansiedad 40-68 Desordenes de personalidad 42-68 Depresiones Situacionales 38-68	Ordinal

4.6 Técnicas e Instrumentos

Técnicas: Para el estudio se hará uso de la técnica de la encuesta.

1. Instrumentos: Se utilizarán los siguientes: la Escala de Clima Social Familiar (FES) de R.H. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickett y la Escala de Depresión de ZUNG el cuál se presenta a continuación.

Instrumento 01: Escala de Clima Social Familiar FES

Nombre Original: Escala de Clima Social Familiar (FES)

Autores: RH. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickeet

Adaptación: TEA Ediciones S.A., Madrid, España, 1984

Estandarización para Lima: César Ruíz Alva y Eva Guerra Turín.

Administración: Individual y Colectiva

Duración: Variable (20 minutos Aproximadamente)

Significación: Evalúa las características socio ambientales y las Relaciones personales en familia.

Tipificación: Baremos para la forma individual o grupal,

Elaborado con muestras para Lima Metropolitana.

Dimensiones que mide: Relaciones (Áreas: Cohesión, Expresividad, Conflicto), Desarrollo (Áreas: Autonomía, Actuación, Intelectual-cultural, Social - Recreativo y Moralidad- Religiosidad), Estabilidad (Áreas: Control y Organización).

Componentes que mide la Escala de Clima Social Familiar

Está conformado por tres dimensiones: Relaciones, Desarrollo y Estabilidad, las cuáles a su vez están conformadas por áreas, las cuáles se muestran a continuación:

1) Relaciones: Mide el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Conformado por las siguientes áreas:

Cohesión: Es el grado en que los miembros del grupo familiar están compenetrados y se apoyan entre sí.

Expresividad: Es el grado en que se permite expresarse con libertad a los miembros de familia comunicando sus sentimientos y opiniones y valoraciones respecto a esto.

Conflicto: se define como el grado en que se expresa abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.

2) Desarrollo: Evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados o no, por la vida en común

Autonomía: es el grado en el que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son independientes y toman sus propias decisiones.

Área de Actuación: Se define como el grado en el que las actividades (tal como el colegio o el trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competición.

Área Intelectual- Cultural: Es el grado de interés en las actividades de tipo político-intelectuales, culturales y sociales.

Área Social - Reacreativo: Mide el grado de participación en diversas actividades de esparcimiento.

Área de Moralidad- Religiosidad: Mide la importancia que se le da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

3) Estabilidad: Proporciona información sobre la estructura y organización de la familia.

Área Organización: Mide la importancia que se le da en el hogar a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.

Área Control: Se define como la forma en el que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

Criterios de Calificación:

Verdadero V = 1 Falso F = 0

Validez de la Escala FES

La validez de la prueba se determinó correlacionando con la prueba de Bell específicamente el área de Ajuste en el hogar (con adolescentes los coeficientes fueron: en área de Cohesión 0.57, Conflicto 0.60, Organización 0.51). Con adultos los coeficientes fueron 0.60, 0.59, 0.57, para las mismas áreas y Expresividad 0.53, en el análisis a nivel del grupo familiar. También se probó el FES con la Escala TAMAI (Área Familiar) y a nivel individual los coeficientes en Cohesión son de 0.62, Expresividad de 0.53 y Conflicto 0.59. Ambos trabajos demuestran la validez de la Escala FES. (La muestra individual fue de 100 jóvenes y de 77 familias).

Confiabilidad de la Escala FES

Para la estandarización para Lima, se usó el método de Consistencia Interna los coeficientes (la fiabilidad van de 0.88 a 0.91 con una media de 0.89 para el examen individual, siendo las áreas Cohesión, Intelectual-cultural, Expresión y Autonomía, las más altas. (La muestra usada para este estudio de confiabilidad fue de 139 jóvenes con promedio de edad de 17 años).

Instrumento 2: Escala de Autoevaluación para la depresión de Zung

Ficha técnica:

Nombre:	Test Zung: Escala de Autoevaluación de Depresión
Autor:	William W.K Zung
Autores de Baremación:	Ahumada Rondón Angells Danitza de los Milagros. Córdova Córdova Greys Yuliana. Marchán Pariñas Irwin Joel

Montero Chunga Madeleine

Sthéfanny.

Saavedra Castillo Karla.

Torres Surita Irma.

Objeto de medición: Grado de depresión del sujeto

Administración: Individual y colectiva.

Rango de Aplicación: Adolescentes y adultos.

Ámbito de Aplicación: Clínico. Duración: 10 minutos aproximadamente cada escala. Descripción: Consta 20 ítems de elección múltiple que indican trastorno depresión. Materiales: Manual, cuestionario de depresión.

Normas: EL Zung es un test estandarizado en Piura que tiene normas elaboradas en percentiles, en rasgos de edad de 16 a 28 años, para la evaluación para la medición de la depresión.

Fiabilidad: Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice α de Cronbach entre 0,79 y 0,92) 6,20.

Validez: Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80 3, 6, 18, 20. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico 3,21.

La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

Muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

4.7. Procedimiento:

En primer lugar se acudió a la universidad católica los Ángeles de Chimbote, para realizar las encuestas a los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología; en donde se procedió a realizar; de manera voluntaria aceptaron colaborar con el estudio.

En el proceso de la aplicación incluyo la presentación del investigador, así como la explicación de los objetivos de la investigación.

4.8. Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó por medio de análisis estadísticos descriptivos como son el uso de tablas de distribución de frecuencias porcentuales; así como la prueba de correlación de Pearson, para examinar la significancia estadística en el análisis relacional de las variables.

El procesamiento de la información se realizó utilizando el software estadístico SPSS versión 21 para Windows y el programa informático Microsoft Office Excel 2010.

V. RESULTADOS

TABLA 01.

Correlación entre el clima social familiar y el nivel de depresión en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014

Tipos de Prueba			Depresión General
Pearson	clima social	Coefficiente de correlación	,032
		Sig. (2-tailed)	,767
		N	86

Fuente: Clima social familiar y el nivel de depresión en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote”

En la tabla 01 se observa que no existe una relación significativa ($p < 0,01$) entre el clima social familiar y depresión de los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote”.

TABLA 02

Nivel del clima social familiar en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de Psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – tumbes, 2014

NIVEL	PUNTAJE	F	%
Muy Alto	56 a +	1	1.2
Alto	46 - 55	8	9.3
Promedio	36 - 45	51	59.3
Bajo	26 - 35	16	18.6
Muy Bajo	0 - 25	10	11.6
	TOTAL	86	100%

Fuente: Ídem tabla 2

En la Tabla 02 se observa que el 51% de los estudiantes con clima social familiar se ubican en el nivel promedio, seguido por el 18.6% que se ubican en el nivel bajo, el 11.6% se ubica en el nivel muy bajo y en el nivel alto presenta un 9.3% seguido del 1.2% en el nivel muy alto.

Figura 02

Frecuencia Porcentual de Clima Social Familiar (FES) en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014

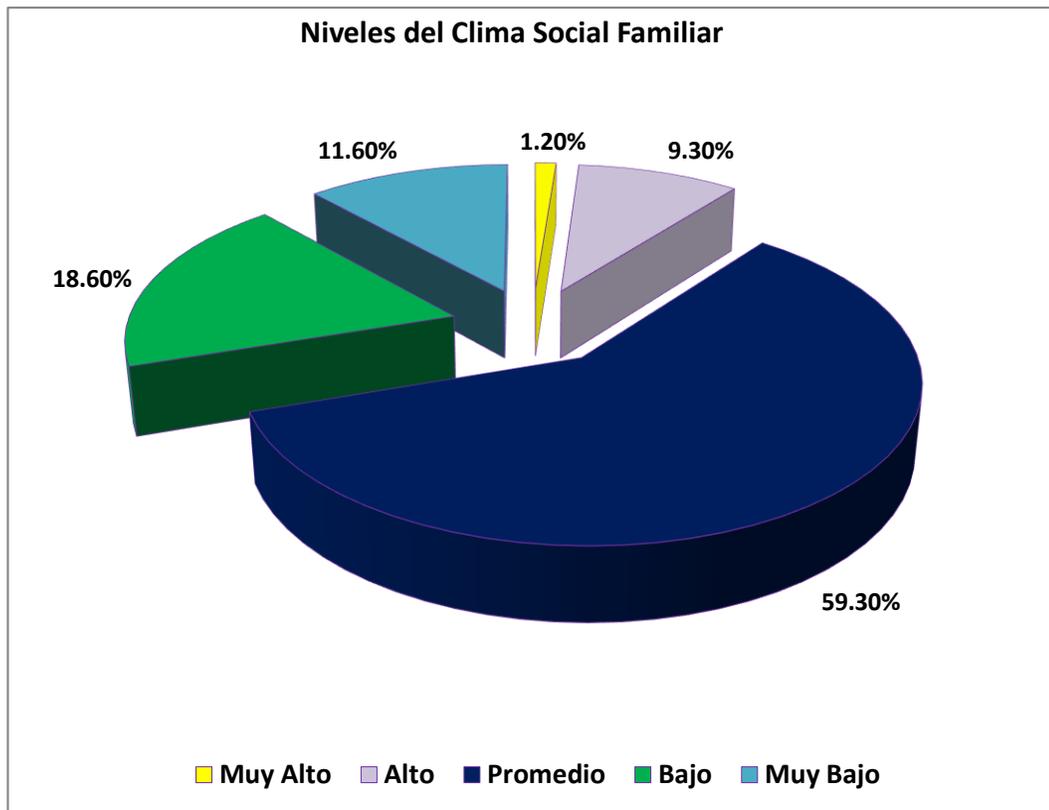


TABLA 03

Nivel de la dimensión relaciones del clima social familiar en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014

NIVEL	PUNTAJE	F	%
Muy Alto	19 a +	1	1.2
Alto	16 - 18	2	2.3
Promedio	12 - 15	52	60.5
Bajo	9 - 11	21	24.4
Muy Bajo	0 - 8	10	11.6
TOTAL		86	100%

Fuente: Ídem tabla 3

En la Tabla 03 se observa que el 60.5% de los estudiantes con clima social familiar se ubican en el nivel promedio, seguido por el 24.4% que se ubican en el nivel bajo, el 11.6% se ubica en el nivel muy bajo y en el nivel alto presenta un 2.3% seguido del 1.2% en el nivel muy alto.

Figura 03

Frecuencia Porcentual de la dimensión de relaciones del Clima Social Familiar (FES) en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014

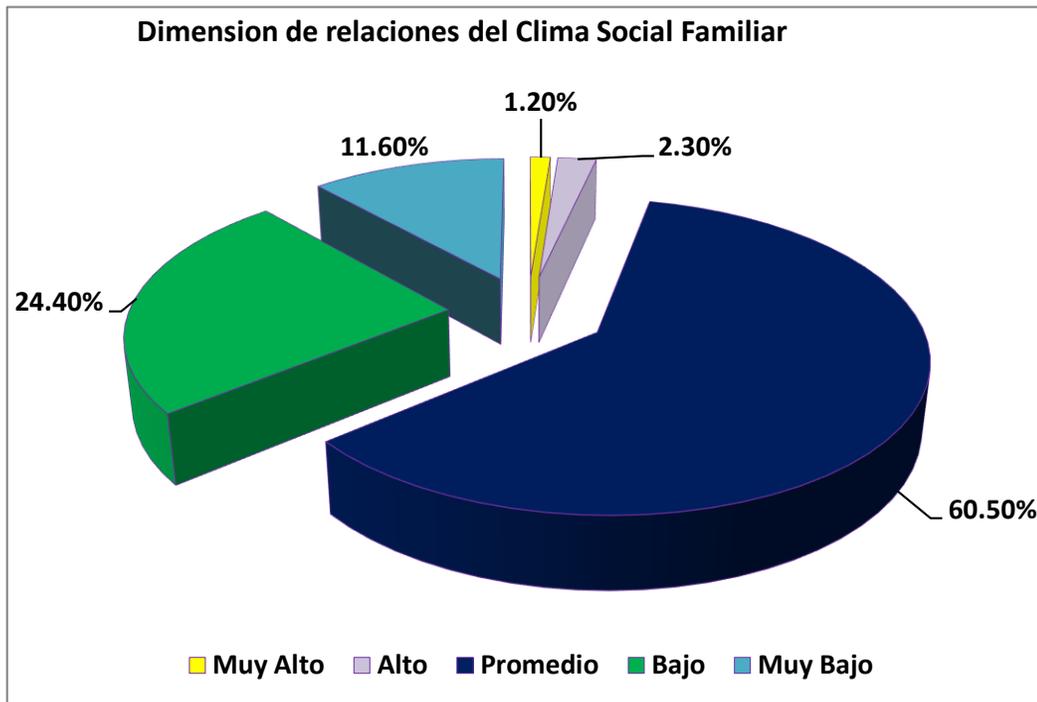


TABLA 04

Nivel de la dimensión desarrollo del clima social familiar en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014

NIVEL	PUNTAJE	F	%
Muy Alto	30 a +	0	0
Alto	24 - 29	13	15.1
Promedio	17 - 23	51	59.3
Bajo	10 - 16	22	25.6
Muy Bajo	0 - 9	0	0
TOTAL		86	100%

Fuente: Ídem tabla 4

En la Tabla 04 se observa que el 59% de los estudiantes con clima social familiar se ubican en el nivel promedio, seguido por el 25.6% que se ubican en el nivel bajo, el 15.1% se ubica en el nivel alto.

Figura 04

Frecuencia Porcentual de la dimensión de desarrollo del Clima Social Familiar (FES) en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014.

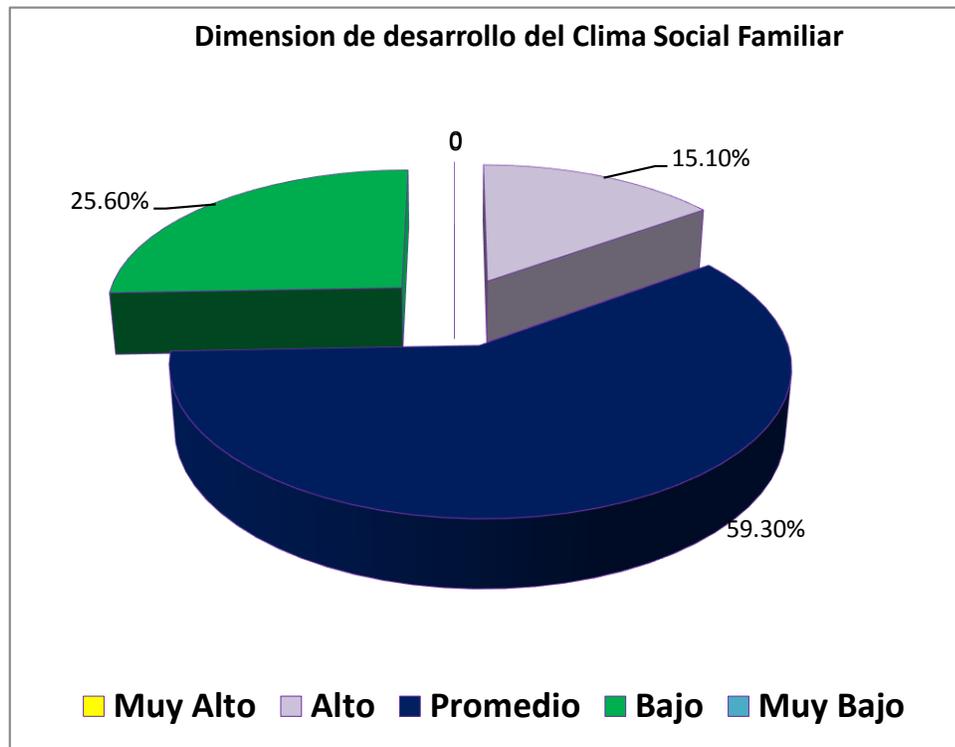


TABLA 05

Nivel de la dimensión estabilidad del clima social familiar en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014

NIVEL	PUNTAJE	F	%
Muy Alto	12 a +	1	1.2
Alto	10 - 11	9	10.5
Promedio	7 – 9	34	39.5
Bajo	3 – 6	36	41.9
Muy Bajo	0 – 2	6	7.0
TOTAL		86	100%

Fuente: Ídem tabla 5

En la Tabla 05 se observa que el 39.5% de los estudiantes con clima social familiar se ubican en el nivel promedio, seguido por el 41.9% que se ubican en el nivel bajo, el 10.5% se ubica en el nivel alto y en el nivel muy bajo presenta un 7% seguido del 1.2% en el nivel muy alto.

Figura 05

Frecuencia Porcentual de la dimensión de estabilidad del Clima Social Familiar (FES) en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014

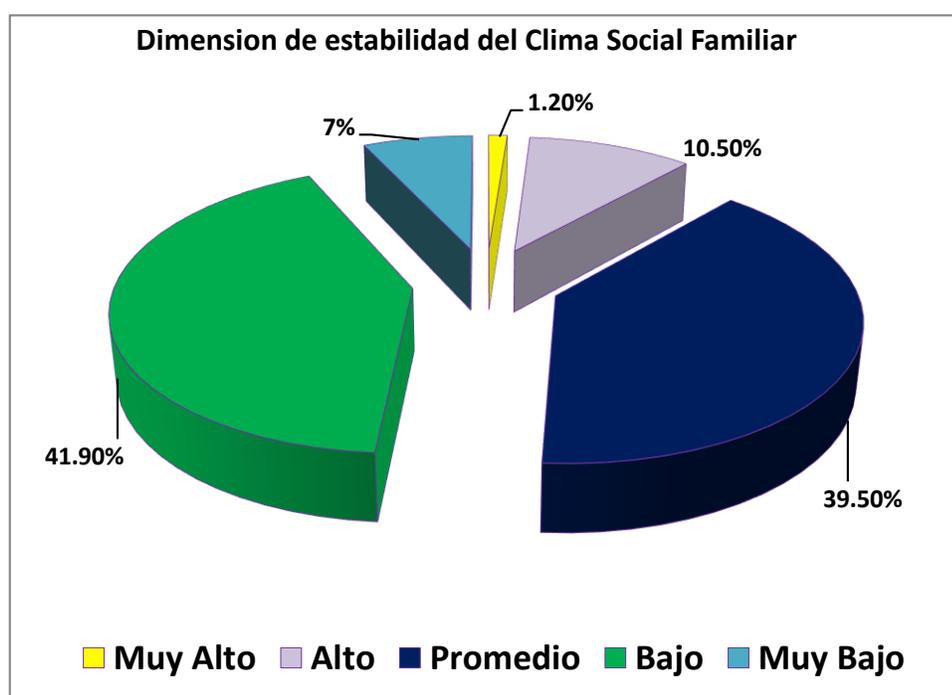


TABLA 06

Nivel de depresión en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014

NIVEL	PUNTAJE	F	%
dentro de límites normales	< 50	77	89.53
Depresión leve	50-59	7	8.14
Depresión moderada	60-69	2	2.33
Depresión intensa	70 o más	0	0
TOTAL		86	100%

Fuente: Ídem tabla 6

En la Tabla 06 se observa que el 89.53% de los estudiantes se ubican en el nivel dentro de límites normales, a la vez el 8.14% que se ubican en el nivel leve y seguido del 2.33% en el nivel moderada.

Figura 06

Frecuencia Porcentual de la dimensión de estabilidad del Clima Social Familiar (FES) en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014

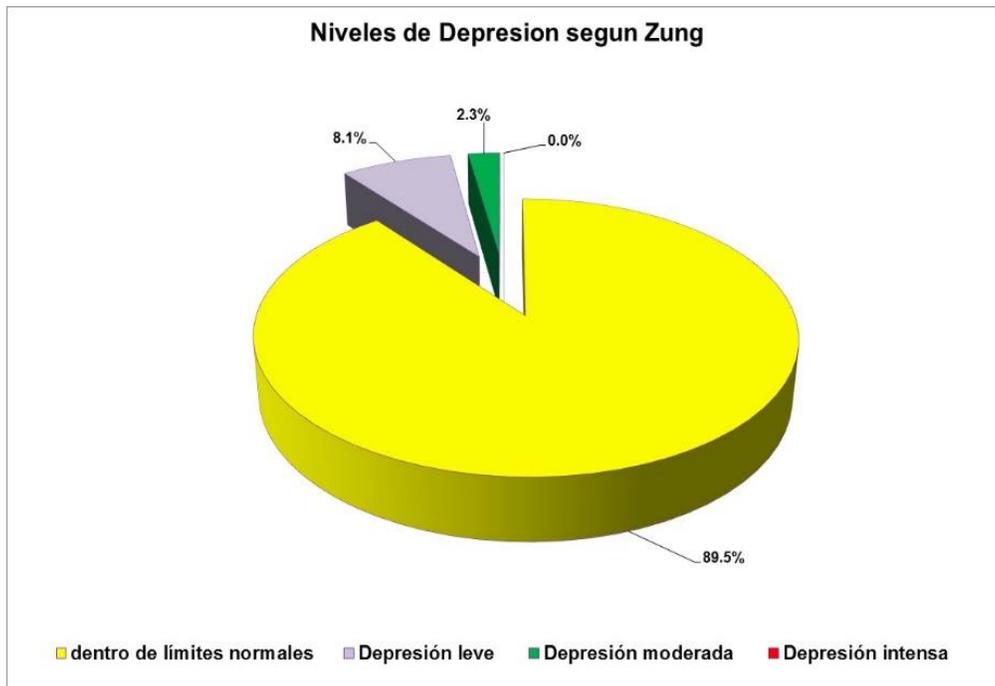


TABLA 07

Correlación entre la dimensión de relaciones del clima social familiar y de depresión en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014

Tipos de Prueba			Depresión General
Pearson	clima social	Coefficiente de correlación	,090
		Sig. (2-tailed)	,412
		N	86

Fuente: Ídem tabla 7

En la tabla 07 se observa que no existe una relación significativa ($p < 0,01$) entre dimensión de relaciones del clima social familiar y depresión de los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote”

TABLA 08

Correlación entre la dimensión de desarrollo del clima social familiar y de depresión en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014

Tipos de Prueba			Depresión General
Pearson	clima social	Coefficiente de correlación	-,014
		Sig. (2-tailed)	,898
		N	86

Fuente: Ídem tabla 8

En la tabla 08 se observa que no existe una relación significativa ($p < 0,01$) entre dimensión de desarrollo del clima social familiar y depresión de los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote”

TABLA 09

Correlación entre la dimensión de estabilidad del clima social familiar y de depresión en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, 2014

Tipos de Prueba			Depresión General
Pearson	clima social	Coefficiente de correlación	-,050
		Sig. (2-tailed)	,648
		N	86

Fuente: Ídem tabla 9

En la tabla 09 se observa que no existe una relación significativa ($p < 0,01$) entre dimensión de estabilidad del clima social familiar y depresión de los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote”

VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

El objetivo de esta investigación consistió en identificar si existe relación entre el clima social familiar y depresión de los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote”, los resultados evidencian que no existe significativa relación entre estas dos variables clima social familiar y depresión, (tabla N°01), esto también se pudo evidenciar en la investigación de Catro y Tantalén (2012), Entre los resultados se encontró que no existe correlación significativa entre la variable de clima social familiar y depresión.

Esta investigación también consistió en determinar el clima social familiar de estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología y el nivel de depresión de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes, los resultados dan evidencia de la existencia de un promedio alto clima social familiar en la mayoría de estas personas (68,60% se ubican entre el nivel promedio y alto); lo que indica que en sus hogares hay una buena comunicación y en ella se fomenta el desarrollo personal de manera integral y se tiene una estabilidad familiar adecuada. Entonces, la explicación de esta depresión por la que atraviesan escaparía del factor familiar; es decir, los factores que habrían incidido en su depresión serían, otros, y no los familiares a diferencia de la investigación Calderón y Cueva (2008), Los resultados obtenidos indican que la población investigada, el 26% presentó un clima familiar malo, un 33% inferior al promedio, el 90.6% señaló un nivel de depresión media. Se concluye que las características socio ambientales de la familia tales como: conflicto, autonomía, intelectual- cultural y la moralidad religiosidad son factores determinantes para el establecimiento o disminución de la depresión.

En cuanto a las dimensiones, se encontró que en Relaciones la mayoría de los estudiantes se ubican en el nivel promedio alto es decir, los hogares de la mayoría

presentan cierto grado de cohesión familiar, los integrantes suelen expresarse con relativa libertad sus sentimientos, opiniones y valoraciones y los dan a conocer aunque no plenamente. Con cierta dificultad expresan su cólera, agresividad y conflicto. Aunque si hay un grupo significativo que si lo manifiestan con notoriedad. Sin embargo, hay otro número de estudiantes, no menos importante por su número.

Que perciben a sus familias como ambientes cerrados, como ambientes que no estimulan esta libertad de comunicación. Donde sienten que no se les brinda una atención adecuada.

En la dimensión Desarrollo el mayor porcentaje se encuentra entre el nivel alto y promedio. Es decir, se evidenciaría mayormente que en el hogar de estos estudiantes el aliento por la autonomía de cada uno, por las actividades familiares y participación en actividades de esparcimiento es notoria. Sin embargo, hay un grupo de estudiantes (25,6%) que no perciben que sus hogares promuevan a plenitud lo descrito. Sólo lo hacen de manera parcial y esporádica.

Con respecto a la dimensión Estabilidad, el mayor porcentaje se encuentra entre el nivel bajo, lo que estaría señalando que los estudiantes aprecian que su ambiente familiar carece de una adecuada organización y estructura al planificar las Actividades y responsabilidades de la familia.

Al analizar los niveles del clima social familiar en esta investigación, se encontró que también es cierto que no se identificó relación entre las tres dimensiones del clima social familiar (relaciones, desarrollo y estabilidad) con el nivel de Depresión de los estudiantes en la investigación, es decir; los hogares que cuentan con una adecuada cohesión entre sus integrantes, que posibilitan libertad para expresarse y comunicar sus sentimientos, opiniones y valoraciones, que saben entrar al diálogo y evitar el conflicto entre ellos, los familiares que dan

importancia al desarrollo personal; que incentivan la autonomía entre los miembros.

VII.CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- Se evidencia que no existe una relación significativa entre el clima social familiar y el nivel de depresión de los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote”.
- El clima social familiar general de la mayoría de los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote”, es promedio.
- La depresión general de la mayoría de los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” está dentro de límites normales.
- El clima social familiar en la dimensión relaciones de la mayoría de los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote”, es promedio.
- El clima social familiar en la dimensión desarrollo de la desarrollo de los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote”, es promedio.
- El clima social familiar en la dimensión de la estabilidad de los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote”, es bajo.

- No existe una relación significativa entre dimensión de relaciones del clima social familiar y el nivel de depresión de los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote”.
- No existe una relación significativa entre dimensión de desarrollo del clima social familiar y el nivel de depresión de los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote”.
- No existe una relación significativa entre dimensión de estabilidad del clima social familiar y el nivel de depresión de los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote”.

VIII.RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- ❖ Se recomienda a la universidad realizar charlas, talleres, escuela de familias para la prevención de la depresión y de los problemas familiares, que afectan a los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela de psicología de la universidad “católica los Ángeles de Chimbote”.

- ❖ Informar a los docentes sobre los resultados obtenidos en la presente investigación con la finalidad de que conozcan la importancia de la relación del clima social familiar y el nivel de depresión en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela de psicología de la universidad “católica los Ángeles de Chimbote”.

- ❖ Coordinar con la familia para realizar estrategias de intervención para incrementar el clima social familiar de los estudiantes.

- ❖ Seguir realizando investigaciones relacionadas a los estudiantes de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote.

- ❖ Coordinar con la escuela de psicología, con la oficina de tutoría y consejería para ampliar el nivel de intervención con los estudiantes para así mejorar el estado emocional de ellos.

IX.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cogollo, Z., Gómez, E., De Arco, O., Ruíz, I. y Campo-Arias, A. (2009) Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartegena- Colombia. Consultado el 02 de Febrero 2010 en Revista Colombiana de Psiquiatría 38 (4), 637 – 344.
<http://revista.psiquiatria.org.co/ResNumerosRecientes.asp?Anno=2009>

2. González, C., Ramos, L., Caballero, M., y Wagner, F. (2008) Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. Consultado el 10 de Febrero 2010 en Revista Psicothema 15(4), 524-532. <http://www.psicothema.com/pdf/1102.pdf>

3. Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffin, N. y Jiménez, L. (2009) La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 9(2), 205 – 216. Recuperado el 21 de octubre 2009 de la base de datos ProQuest. Consultado el 22 de agosto 2009 en Revista Anales de Psicología de la Universidad de Murcia, España 6(1), 37-58.
<http://revistas.um.es/analesps/search/results>

4. Cogollo, Z., Gómez, E., De Arco, O., Ruíz, I. y Campo-Arias, A. (2009) Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartegena- Colombia. Consultado el 02 de Febrero 2010 en Revista Colombiana de Psiquiatría 38 (4), 637 – 344. <http://revista.psiquiatria.org.co/ResNumerosRecientes.asp?Anno=2009>

5. Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela, (2008) la relación entre la depresión y los conflictos familiares. Consultado el 30 de Enero del 2010 en Revista peruana de jóvenes 71 (3) 11 – 18 <http://www.scielo.cl/cgi-bin/wxis.exe/iah/>
6. Leyva, Hernández, Nava, y López, (2010) Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Consultado el 12 de enero 2010 en Revista médica de la universidad de cesar Vallejo-trujillo Seguro Social 45(3) 225 – 232 http://edumed.imss.gob.mx:8080/srv_med_bus
7. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2562/1/arenas_as.pdf
8. Villa, A., Robles, M., Gutiérrez, E., Martínez, M., Valadez, F. y Cabrera, C. (2009) Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para intento de suicidio. Consultado el 14 enero 2010 en Revista médica Instituto Mexicano Seguro Social 47(6) 643 – 646 http://edumed.imss.gob.mx:8080/srv_med_bus/portaPdf.jsp?art_cve=A666.pdf
9. Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffin, N. y Jiménez, L. (2009) La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 9(2), 205 – 216. Recuperado el 21 de octubre 2009 de la base de datos ProQuest.
10. <http://es.scribd.com/doc/156053109/Tesis-Clima-Social-Familiar-y-Depresion-en-Residentes-Julio-12#scribd>
11. <http://www.bdigital.unal.edu.co/6947/1/458553.2012.pdf>

12. <https://www.google.com.pe/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF8#q=cuestionario+zung+depresion&revi d=75168660>
13. <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
14. <http://www.bdigital.unal.edu.co/6947/1/458553.2012.pdf>
15. http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/revista_tematica_psicologia_2011/resumenes_tesis_2011.pdf
16. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Tesis_Digitales/recursospsicosociales.pdf
17. AMBROSIO T. (2007). Conducta Tipo A y habilidades sociales en estudiantes del primer al quinto año de Psicología de una Universidad Nacional de Lima. Tesis para optar el grado de Licenciatura en Psicología. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal.
18. <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/psicologia.htm>
19. Jalil CA. Ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad CES. Medellín; 2005. 2.
20. Miranda C, et al. Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. Revista Colombiana de Psiquiatría 2006 sep;29(3).
21. Lewinsohn P, Rohde P, Seeley J, Klein D, Gotlib I. Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: Predictors of recurrence in young adults. Am J Psychiatry. 2005; 157 (10): 1584-97.

22. Arrivillaga M, Cortes C, Goicochea V, Lozano T. Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psicológica*. 2004; 3 (1): 17-26.
23. Álvarez M, Ramírez B, Silva A, Coffin N, Jiménez L. La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *Rev Int Psicol Ter Psicol*. 2009; 9 (2): 205-16.
24. Guavita P, Sanabria P. Prevalencia de sintomatología depresiva en una población estudiantil de la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*. 2006; 54 (2): 76-85.
25. Schwenk, T.L., Davis, L., & Wimsatt, L.A. (2010). Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA*, 304(11), 1181-1190.
26. <http://www.monografias.com/trabajos42/depresion-psicologia/depresion-psicologia.shtml>
27. http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis_alma_garcia.pdf
28. http://www.depression.ch/documents/depressionen_es_neu.pdf
29. Anagnostopoulos D., Soumaki E. (2012). The impact of socio-economic crisis on mental health of children and adolescents. Editorial. *Psychiatriki* 23: 15-16
30. <http://ifightdepression.com/es/index.php?id=6722>
31. http://www.depression.psicomag.com/signos_y_sinto.php

32. Zung, W. (1965). Self-report depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70

X. ANEXOS

A continuación se presenta en este impreso, una serie de frases. Las mismas que Ud. Tiene que leer y decir si le parecen verdaderos o falsos en relación con su familia.

Si Ud. Cree que respecto a su familia, la frase es verdadera o casi siempre verdadera marcará en la hoja de Respuesta una (X) en el espacio correspondiente a la V (Verdadero) si cree que es falsa o casi siempre falsa, marcará una (X) en el espacio correspondiente a la F (falso).

Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa marque la respuesta que corresponda a la mayoría.

Siga el orden de la numeración que tienen las frases aquí en la hoja de respuestas para evitar equivocaciones. La fecha le recordará que tiene que pasar a otra línea en la hoja de respuesta.

Recuerde que se pretende conocer lo que piensa Ud. Sobre su familia, no intente reflejar la opinión de los demás miembros de esta.

(NO ESCRIBA NADA EN ESTE IMPRESO)

.....

1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.
2. Los miembros de la familia guardan a menudo, sus sentimientos para sí mismos.
3. En nuestra familia peleamos mucho.
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales en familia.

7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a las diversas actividades de la iglesia.
9. Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado.
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.
11. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos pasando el rato.
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos.
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.
16. Casi nunca asistimos a reuniones culturales (exposiciones, conferencias, etc)
17. Frecuentemente vienen amistades a visitarnos a casa.
18. En mi casa no rezamos en familia.
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.
21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.
22. En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todos.
23. En la casa a veces nos molestamos tanto que a veces golpeamos o rompemos algo.
24. En mi familia cada uno decide por sus propias cosas.

25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.
27. Alguno de mi familia practica habitualmente algún deporte.
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Semana Santa, Santa Rosa de Lima, etc.
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.
31. En mi familia estamos fuertemente unidos.
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales.
33. Los miembros de mi familia, casi nunca expresamos nuestra cólera.
34. Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere.
35. Nosotros aceptamos que haya competencia y “que gane el mejor”
36. Nos interesan poco las actividades culturales.
37. Vamos con frecuencia al cine, excursiones, paseos.
38. No creemos en el cielo o en el infierno.
39. En mi familia la puntualidad es muy importante.
40. En la casa las cosas se hacen de una forma establecida.
41. Cuando hay que hacer algo en la casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.
42. En la casa, si alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.
43. Las personas de mi familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.

44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez mejor un poco mejor.
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales
47. En mi casa casi todos tenemos una o dos aficiones.
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.
50. En mi casa se dan mucha importancia a cumplir las normas.
51. Las personas de mi familia nos apoyamos unas a otras.
52. En mi familia, cuando uno se queja, siempre hay otro que se siente afectado.
53. En mi familia a veces nos peleamos y nos vamos a las manos.
54. Generalmente, en mi familia cada persona solo confía en si misma cuando surge un problema.
55. En la casa nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las notas en el colegio.
56. Algunos de nosotros toca algún instrumento musical.
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera de trabajo o del colegio.
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.
59. En la casa nos aseguramos de que nuestros dormitorios queden limpios y ordenados.
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.

61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.
62. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.
63. Si en mi familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.
64. Las personas de mi familia reaccionan firmemente unos a otros al defender sus propios derechos.
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a la biblioteca o leemos obras literarias.
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursillo o clases particulares por afición o por interés.
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que es bueno o malo.
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.
70. En mi familia cada uno tiene libertad para lo que quiera.
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros.
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.
74. En mi casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás.
75. “Primero es el trabajo, luego es la diversión” es una norma en mi familia.
76. En mi casa ver televisión es más importante que leer.
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.

78. En mi casa, leer la Biblia es algo importante.
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.
80. En mi casa las normas son muy rígidas y tienen que cumplirse.
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio.
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literaria.
87. Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar radio.
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.
89. En mi casa generalmente la mesa se recoge inmediatamente después de comer.
90. En mi familia, uno no puede salirse con la suya.

(COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES)

ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN LA FAMILIA (FES)

Nombre y Apellidos:.....

Edad:.....Sexo: Masculino () Femenino () Fecha de Hoy/...../.....

Institución Educativa:.....Grado/ Nivel:.....

N° de hermanos:.....Lugar que ocupa entre hermanos: 1 2 3 4 5 6 ()

Vive: Con ambos padres () solo con uno de los padres () Otros:.....

La familia es natural de:.....

.....

.....

V 1 F	V 11 F	V 21 F	V 31 F	V 41 F	V 51 F	V 61 F	V 71 F	V 81 F
V 2 F	V 12 F	V 22 F	V 32 F	V 42 F	V 52 F	V 62 F	V 72 F	V 82 F
V 3 F	V 13 F	V 23 F	V 33 F	V 43 F	V 53 F	V 63 F	V 73 F	V 83 F
V 4 F	V 14 F	V 24 F	V 34 F	V 44 F	V 54 F	V 64 F	V 74 F	V 84 F
V 5 F	V 15 F	V 25 F	V 35 F	V 45 F	V 55 F	V 65 F	V 75 F	V 85 F
V 6 F	V 16 F	V 26 F	V 36 F	V 46 F	V 56 F	V 66 F	V 76 F	V 86 F
V 7 F	V 17 F	V 27 F	V 37 F	V 47 F	V 57 F	V 67 F	V 77 F	V 87 F
V 8 F	V 18 F	V 28 F	V 38 F	V 48 F	V 58 F	V 68 F	V 78 F	V 88 F
V 9 F	V 19 F	V 29 F	V 39 F	V 49 F	V 59 F	V 69 F	V 79 F	V 89 F
V 10 F	V 20 F	V 30 F	V 40 F	V 50 F	V 60 F	V 70 F	V 80 F	V 90 F

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. D. - POR W. W. K. ZUNG

NOMBRES: _____ Edad: ____ Sexo: ____ Religión: _____

Grado: ____ Sección: _____ Fecha: ____/____/____ Fecha de nacimiento. ____/____/____

Dirección: _____ Teléfono: _____

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento abatido y melancólico.					
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.					
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.					
4	Duermo mal.					
5	Tengo tanto apetito como antes.					
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.					
7	Noto que estoy perdiendo peso.					
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.					
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.					
10	Me canso sin motivo.					
11	Tengo la mente tan clara como antes.					
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.					
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.					
14	Tengo esperanza en el futuro.					
15	Estoy más irritable que antes.					
16	Me es fácil tomar decisiones.					
17	Me siento útil y necesario.					
18	Me satisface mi vida actual.					
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.					
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.					
TOTAL DE PUNTOS						

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. D.
POR W. W. K. ZUNG

NOMBRES: _____ Edad: ____ Sexo: ____ Religión: _____
 Grado: _____ Sección: _____ Fecha: ____/____/____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
 Dirección: _____ Teléfono: _____

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento abatido y melancólico.	1	2	3	4	
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.	4	3	2	1	
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.	1	2	3	4	
4	Duermo mal.	1	2	3	4	
5	Tengo tanto apetito como antes.	4	3	2	1	
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.	4	3	2	1	
7	Noto que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4	
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.	1	2	3	4	
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.	1	2	3	4	
10	Me canso sin motivo.	1	2	3	4	
11	Tengo la mente tan clara como antes.	4	3	2	1	
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	4	3	2	1	
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estarme quieto.	1	2	3	4	
14	Tengo esperanza en el futuro.	4	3	2	1	
15	Estoy mas irritable que antes.	1	2	3	4	
16	Me es fácil tomar decisiones.	4	3	2	1	
17	Me siento útil y necesario.	4	3	2	1	
18	Me satisface mi vida actual.	4	3	2	1	
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.	1	2	3	4	
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.	4	3	2	1	
TOTAL DE PUNTOS						