



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**INFLUENCIA DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
EN LA DEPRESIÓN**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO
EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

ROSALÍA HERNÁNDEZ CORTÉS

PROYECTO PAPIIT IN301207

JURADO DE EXAMEN

**TUTORA: DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ
COMITÉ: LIC. MIGUEL ANGEL MARTÍNEZ BAROJAS
LIC. EDUARDO A. CONTRERAS RAMIREZ
MTRO. EDGAR PÉREZ ORTEGA
LIC. JOEL SÁNCHEZ MONTERUBIO**



MÉXICO, D. F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Por que estoy orgullosa de ser parte de la mejor comunidad universitaria del país y por ser mi *Alma Mater*.

A la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Por la formación profesional que me brindó.

Al Proyecto PAPIIT IN301207

Por haber financiado la realización de esta investigación.

A mi asesora

La Dra. Mirna García Méndez por su apoyo, enseñanzas, por orientarme y por que es un ejemplo a seguir.

A mi familia

Mamá, Papá, Cris y Logan por su apoyo incondicional y por que cada día comprendo más por que los elegí a ustedes para compartir mi vida.

A la Dra. Josefina Shirasago

Por acompañarme en el reencuentro conmigo misma y ayudarme a dominar mis propios dragones; si no nos hubieramos encontrado en el momento preciso probablemente no estaría aquí, GRACIAS.

A mis amigas

Norma y Sandra por apoyarme en este largo proceso, por sus consejos y sobretodo por su amistad. Las quiero mucho.

A Jorge

Por que “si el invierno viene frío quiero estar junto a tí...”

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	2
CAPITULO 1	
FAMILIA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	
1.1 Familia.....	4
1.1.2 Tipos de familias.....	8
1.2 Funcionamiento familiar.....	13
1.2.1 Teoría de la Oscilación.....	17
1.2.2 Modelo Estructural.....	18
1.2.3 Modelo Circumplejo.....	20
1.2.4 Modelo Transversal.....	22
1.2.5 Modelo de sistemas abiertos y cerrados.....	23
CAPITULO 2	
DEPRESION	
2.1 Depresión.....	26
2.2 Teoría cognitiva de la depresión.....	32
CAPITULO 3	
METODO	
3.1 Método.....	38
3.1.1 Resultados.....	41
3.1.2 Discusión.....	45
Referencias.....	48
Anexos.....	50

RESUMEN

La familia es el grupo primario para las personas, es donde aprenden los valores, reglas y límites a seguir. De esta manera, las familias como las sociedades y los individuos, pueden y deben cambiar para adecuarse a las circunstancias variables de su contexto (Minuchin, Lee y Simon, 1998). Estos cambios se relacionan con su funcionamiento familiar, el cual ocurre en un continuo a través del tiempo (Hoffman, 1992), en el que influyen múltiples factores, por lo que cuando las relaciones familiares son conflictivas, se pueden presentar síntomas depresivos en algún miembro de la familia, lo cual tiene resultados negativos para la persona deprimida y también para la familia. Con el propósito de conocer las diferencias entre el funcionamiento familiar y la presencia de síntomas depresivos se aplicaron a una muestra de 350 participantes, 177 hombres y 173 mujeres de la Cd. de México, dos escalas: Escala de Funcionamiento Familiar (García-Méndez, Rivera, Reyes-Lagunes y Díaz-Loving, 2006) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). (Beck, Steer y Brown, 2006). En cuanto a los resultados se realizó un análisis de varianza simple (ANOVA) para identificar las diferencias entre las dimensiones del funcionamiento familiar y los niveles de los síntomas depresivos.

INTRODUCCION

La familia es el grupo primario para las personas, es donde aprenden los valores, reglas y límites a seguir. Es un grupo de personas unidas emocionalmente y/o por lazos de sangre, que han vivido juntos el tiempo suficiente como para haber desarrollado patrones de interacción e historias que justifican y explican tales patrones; en sus interacciones modeladas con el otro, los miembros de la familia se construyen entre sí. De esta manera, las familias como las sociedades y los individuos, pueden y deben cambiar para adecuarse a las circunstancias variables de su contexto (Minuchin, Lee y Simon, 1998). Estos cambios se relacionan con su funcionamiento familiar, el cual ocurre en un continuo a través del tiempo (Hoffman, 1992), en el que influyen múltiples factores. Al hablar de funcionamiento familiar se hace referencia a la capacidad de los integrantes de una familia para realizar modificaciones y ajustes pertinentes a sus modos de relación, de acuerdo con sus necesidades internas y externas; es un proceso en el que participa el individuo, la familia y la cultura (McGoldrick y Carter, 2003; García-Méndez, 2007).

Falicov (1991) propone que las familias cambian en su forma y función a lo largo de su ciclo de vida, y lo hacen en una secuencia ordenada de etapas evolutivas, las cuales se dividen aplicando tres criterios: 1) Los cambios en el tamaño de la familia debidos a adiciones o pérdidas de miembros, 2) Los cambios en la composición por edades, y 3) Los cambios en la posición laboral de la persona o las personas que sostienen la familia. Por su parte Minuchin (1985), señala que el estudio del funcionamiento familiar debe estar basado en la concepción de la familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos, el cual tiene tres componentes: en primer lugar, la estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación; en segundo lugar, la familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen una reestructuración; en tercer lugar, la familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

La familia como constructora de la identidad de sus miembros, debe organizarse a sí misma para adecuar las prescripciones socioculturales a la

conducta de sus miembros; cuando esto sucede la familia debe alterar su estructura con el fin de adecuarse mejor a las nuevas necesidades (Minuchin, Lee y Simon, 1998). Minuchin (1985) refiere que el esquema conceptual de una familia normal presenta tres facetas. En primer lugar, una familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que pueda seguir funcionando. En segundo lugar la familia posee una estructura que solo puede observarse en movimiento. Los límites de los subsistemas deben ser firmes, pero lo suficientemente flexibles para permitir una modificación cuando las circunstancias cambian; por lo que cuando dichas características no están presentes, las relaciones familiares se vuelven conflictivas y por lo tanto se pueden presentar síntomas depresivos en algún miembro de la familia, lo cual tiene resultados negativos para la persona deprimida y también para la familia.

El modelo cognitivo de la depresión postula tres conceptos para explicar el sustrato psicológico de la depresión, (Beck, 1983):

1. La Tríada cognitiva. Son tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático.
 - A) Visión negativa del paciente acerca de sí mismo.
 - B) Tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa.
 - C) Visión negativa acerca del futuro.
2. Los esquemas. Se utiliza para explicar por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes.
3. Errores cognitivos. Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria. Estos son: Inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización, pensamiento absolutista, dicotómico.

Debido a las implicaciones de la depresión y el funcionamiento familiar en el ámbito de las relaciones interpersonales, este estudio tiene como propósito identificar las diferencias entre el funcionamiento familiar y la presencia de síntomas depresivos.

1.1 FAMILIA

El papel de la familia y su influencia sobre sus integrantes es sumamente importante para su desarrollo y evolución. La familia desempeña diversas funciones psicosociales, porque involucra un amplia gama de dimensiones como la psicológica, la social, la económica. Se ha demostrado que las experiencias que tienen los niños y adolescentes, principalmente, en sus relaciones familiares son de gran importancia en el desarrollo de su personalidad así como en la formación de la identidad (Horrocks, 1986; Barcelata, 2007; en García-Méndez, 2007).

La familia es considerada como una célula social, cuya membrana protege en el interior a sus individuos y los relaciona al exterior con otros organismos semejantes. Conocer sus estructuras y conceptualizar sus funciones no sólo ayuda a integrar un diagnóstico, sino que ofrece nueva información en el tratamiento, prevención e investigación de los problemas emocionales; la familia puede ser en sí, un elemento de salud o de origen y causa del problema (Estrada, 2002). La familia es un organismo vivo que tiene una historia, un nacimiento y un desarrollo que “confronta diferentes tareas en cada uno de estos pasos: la unión de dos seres con una meta común; el advenimiento de los hijos, el educarlos en sus funciones sexuales y sociales, el soltarlos a tiempo para la formación de nuevas unidades y el quedar la pareja sola nuevamente. Si la familia cumple con estas funciones será una familia sana, y si en alguna de ellas fracasa o se detiene, será un sistema enfermo” (Estrada, 2002 pp.12).

Para Burgués (1926), la familia es una unidad de personalidades en interacción, lo que significa que se trata de algo vivo que cambia y crece. La familia ni depende para su supervivencia de la relación armoniosa entre sus miembros ni se desintegra como resultado del conflicto entre ellos. La familia vive mientras se produzcan interacciones (en López y Escudero, 2003). En este mismo contexto Ruano y Serra (2001) consideran a la familia como un sistema con una

serie de elementos en interacción, donde la conducta de cada miembro familiar influye directa o indirectamente sobre los otros y es influida retroactivamente.

La familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo, es un sistema abierto en transformación que se adapta a las diferentes demandas de las etapas de desarrollo que enfrenta. De esta manera, la familia es un grupo de personas, unidas emocionalmente y/o por lazos de sangre, que han vivido juntos el tiempo suficiente como para haber desarrollado patrones de interacción e historias que justifican y explican tales patrones, en sus interacciones modeladas con el otro, los miembros de la familia se construyen entre sí (Minuchin, 1985; Minuchin, Lee y Simon, 1998). En este escenario, Broderick (1993), menciona que la familia es un ejemplo de sistema social abierto, continuo, que busca metas y se autorregula. Cada sistema familiar está modelado por sus características estructurales (tamaño, complejidad, composición, estadio vital), las características psicobiológicas de sus miembros (edad, sexo, fertilidad, salud, temperamento, etc.), y su posición sociocultural e histórica en el ambiente. Así las familias se diferencian de otros sistemas sociales por el criterio de pertenencia.

Para Minuchin y Fishman (1994), la familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción; las cuales constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia. El terapeuta familiar visualiza a la familia como una totalidad, pero la tiene que ver como algo más que un mero agregado de subsistemas diferenciados: un organismo.

Whitaker (en Minuchin y Fishman, 1994) por su parte considera a la familia como un sistema en que todos los miembros tienen la misma significación. Es preciso cambiarlos individualmente a fin de modificar el conjunto.

Nieto (1994) concibe a la familia como célula básica de la trama social y la define por los tipos de relaciones interpersonales que se establecen entre sus miembros: conyugal, paterno-materna, filial y fraternal. Refiere que la familia es la cuna de la salud o la enfermedad psicológica de sus miembros, la cual depende de las configuraciones e interrelaciones sociopsíquicas que se establecen en su seno y operan al servicio de la adaptación saludable o enfermiza de los mismos.

Por su parte Satir (1986) refiere que sociólogos y antropólogos ven a la familia como una subunidad central en toda sociedad, y la definen como “un grupo compuesto de adultos de ambos sexos, dos de los cuales (los cónyuges) viven bajo el mismo techo y mantienen una relación sexual socialmente aceptada, incluyen a los hijos procreados o adoptados por dichos cónyuges” (pp. 23). El enfoque de Satir (2002), refleja el hecho de que la familia es un sistema; esto es, cada parte de la familia tiene relación con las demás de tal manera que un cambio en una de ellas provoca alteraciones en las restantes.

Ochoa (1995) señala que la terapia familiar sistémica concibe a la familia como un sistema que incluye límites familiares y extrafamiliares. “Un sistema familiar se compone de un conjunto de personas relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo. Con objeto de definir quienes pertenecen a un sistema son necesarios los límites que por una parte funcionan como líneas de demarcación y por otra como lugares de intercambio de comunicación, afecto, apoyo, etc., entre dos sistemas o subsistemas” (pp. 19).

Stierlin (1995), menciona que “la familia evidencia ser el sistema central para el hombre: las principales identificaciones, los más importantes valores y objetivos del hombre, su adaptación social remiten a lo que le sucedió y sucede en su familia” (pp. 21). Es una estructura compleja integrada por un grupo de personas interdependientes que tienen una historia compartida, un vínculo emocional y un dispositivo de estrategias para satisfacer las necesidades

individuales de sus integrantes y del grupo como un todo (Anderson y Sabatelli, 2002; Garcia-Mendez, 2007).

Además, la familia constituye el grupo más importante en relación con el desarrollo psicológico individual, la interacción emocional y el mantenimiento de la autoestima. Para muchos la familia es un grupo en el que se experimentan los amores y odios más intensos, y en el cual se disfruta de las satisfacciones más profundas y se padecen las desilusiones más dolorosas (Ritvo, 2003). A este respecto Giberti (2005) menciona que la realidad de las familias muestra que tanto pueden constituirse en un lugar íntimo y confiable, de amor, compasión, felicidad y crecimiento de sus sujetos, como de miedo e inseguridad, de infelicidad y dolor profundo, hasta peligroso para la salud mental y física de quienes la integran. Puede en ella expresarse lo mejor y lo peor de los sentimientos humanos. Falicov (1991) por su parte refiere que la familia lo es todo menos estática; en el caso ideal, proporciona una variedad de experiencias que fomentan el crecimiento.

Al respecto Minuchin y Fishman (1994) mencionan que la familia está en proceso de cambio continuo, lo mismo que sus contextos sociales; está sometida a las demandas de cambio de dentro y de fuera. De hecho el cambio es la norma y una observación prolongada de cualquier familia revelaría notable flexibilidad, fluctuación constante y, muy probablemente más desequilibrio que equilibrio. Como todos los organismos vivos el sistema familiar tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución, posee una capacidad asombrosa para adaptarse y cambiar, manteniendo sin embargo su continuidad. Así la familia se asume como un sistema dinámico que conforme a sus necesidades internas y a la etapa del ciclo de vida que cursa, realiza ajustes y cambios en su estructura; sino logra realizar dichos cambios lo más probable es que no sobreviva (Hoffman, 1992). Como institución la familia es la fuente de las relaciones más duraderas y el primer sustento social del individuo, con pautas de relación que se mantienen a lo largo de la vida, por lo que es la instancia con mayores recursos para producir cambios (Fishman, 1995; García-Méndez, 2007).

1.1.2 Tipos de familias.

Las familias como las sociedades y los individuos, pueden y deben cambiar para adecuarse a las circunstancias variables de su contexto (Minuchin, Lee y Simon, 1998). Es así que las familias que acuden a terapia tienen configuraciones y estructuras diferentes y esto influye en la forma en la cual reaccionarán frente a los obstáculos según modalidades que les vienen impuestas por su configuración. Esta indicará posibles campos funcionales y posibles eslabones débiles dentro de su ordenamiento estructural; por esto es importante conocer la composición de la familia (Minuchin y Fishman, 1994).

Las familias son subsistemas multi-individuales de extrema complejidad, pero son a su vez subsistemas de unidades más vastas. Las familias tienen subsistemas diferenciados, cada individuo es un subsistema, como lo son las díadas, por ejemplo marido y mujer. Subgrupos más amplios formados por los miembros de la misma generación (el subsistema de los hermanos), el sexo (abuelo, padre, hijo varón) o la tarea (el subsistema parental); las personas se adecuan a estos diferentes subsistemas (Minuchin y Fishman, 1994).

Para estos autores, las configuraciones familiares más comunes en la práctica son:

- 1) Familias de pas de deux. La familia se compone de dos personas solamente.
- 2) Familias de tres generaciones. La familia extensa con varias generaciones que viven en íntima relación.
- 3) Familias con soporte. Cuando son muchos los niños en un hogar, por lo común uno de ellos, y a veces varios de los mayores, reciben responsabilidades parentales.
- 4) Familias acordeón. Familias donde uno de los progenitores permanece alejado por lapsos prolongados.

5) Familias cambiantes. Ciertas familias cambian constantemente de domicilio, o en otras circunstancias, es la composición misma de la familia la que varía.

6) Familias Huéspedes. Un niño huésped es por definición miembro de una familia temporal; no obstante a pesar de esto los lazos padre-hijo se crean a menudo, solo para quebrarse cuando el niño debe mudarse a un nuevo hogar o es devuelto a su familia de origen.

7) Familias Psicosomáticas. La familia parece funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo. Entre las características de estas familias se descubre sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia, la incapacidad para resolver conflictos, enorme preocupación por mantener la paz o evitar los conflictos y una rigidez extrema.

Satir (1991) distingue dos tipos de familias: la familia nutricia y la familia perturbada o conflictiva.

1. Familias perturbadas o conflictivas. En las cuales el clima es frío, el ambiente es muy cortés o tenso y todos se muestran aburridos; no hay muestras amistosas entre los miembros individuales, no existen demostraciones de alegría en la convivencia. La familia parece permanecer junta por obligación, el humor es cáustico, sarcástico e incluso cruel.
2. Familia nutricia. En dicha familia sus miembros tienen la libertad de comunicar lo que sienten, pueden planificar, los padres nutricios aceptan que el cambio es parte de la vida y tratan de aprovecharlo de manera creativa para hacer que sus familias sean aún más nutricias.

Por su parte Giberti (2005) clasifica a las familias en diez categorías, las cuales son las siguientes:

1. Familia original o biológica. Define a los miembros de la familia según la genealogía; es decir, la consanguinidad.
2. Familia nuclear. Formada por un hombre y una mujer con sus hijos.
3. Familia extensa. Formada por el conjunto de ascendientes y descendientes, colaterales y afines de una familia nuclear.

4. Familia compuesta o reconstruida o ensamblada. Se reestructura a partir de varias familias nucleares o miembros de éstas.
5. Familia conjunta o multigeneracional. Se presenta cuando los más jóvenes de la familia incorporan a ella sus propios cónyuges e hijos, Conviviendo simultáneamente varias generaciones en un mismo espacio vital.
6. Familia homosexual. La unión no consensuada entre dos personas del mismo sexo.
7. Familia sin hijos. Vinculación de una persona a otra de distinto sexo, puede establecerse por decisión de ambas partes o por imposibilidad de engendrar, sin que la adopción de una criatura forme parte de su proyecto.
8. Familia posmoderna. Muestra alta desorganización y desintegración manifiesta la crisis con una pérdida de la identidad.
9. Familia desintegrada. Sus miembros no se hayan suficientemente unidos y su identidad ha sufrido un severo deterioro.
10. Familias acogedoras y Familias sustitutas. Categoría creada para hacerse cargo de niños y niñas cuyos padres no están en condiciones de ocuparse de ellos.

Por su parte López y Escudero (2003) mencionan varios tipos de familias siguiendo tres criterios fundamentales: el número de generaciones y la composición, el lugar de residencia y la línea de ascendencia; de acuerdo a dichos criterios las clasifica en dieciséis tipos:

1. La familia extensa. Incluye a individuos de todas las generaciones que tengan representantes vivos.
2. La familia troncal. Es aquella en la que todos los hijos adultos de una pareja dejan el hogar de los padres menos uno, que se casa y vive con sus padres, su cónyuge y sus futuros hijos.
3. La familia conyugal o nuclear. Está constituida por una pareja casada y los hijos habidos de esa unión.

4. La familia mixta (o reconstituida) es una variante de la familia nuclear en la que sigue habiendo dos generaciones únicamente, pero en la que se incluyen la mujer, el marido y los hijos de matrimonios previos.
5. La familia de unión de hecho. Es idéntica a la familia nuclear por lo que respecta a su composición, pero en ella no existe un contrato legal (matrimonial) entre los adultos.
6. La familia de padre único o monoparental. Está constituida por dos generaciones: un adulto (hombre o mujer) que se encuentra solo tras un proceso de divorcio o de separación o la muerte de la pareja. Dicho adulto vive con sus hijos, a los que puede unirles lazos biológicos o no.
7. La comuna familiar. Está formada por mujeres, varones e hijos viviendo juntos, compartiendo derechos y responsabilidades, usando de forma colectiva la propiedad y, en ocasiones, fuera de la relación monogámica tradicional.
8. La familia serie. Está formada por un varón y una mujer que han pasado por una sucesión de matrimonios adquiriendo varios esposos/as y diferentes familias a lo largo de sus vidas, aunque siempre viviendo en una familia nuclear en cada periodo.
9. la familia compuesta. Es una forma de matrimonio polígamo en la que dos o más familias nucleares comparten un mismo marido o una misma mujer.
10. La cohabitación. Es una relación relativamente permanente entre dos personas solteras de diferente sexo que conviven sin vínculos legales.
11. Parejas gay (u homosexuales). Son parejas del mismo sexo que mantienen una relación relativamente permanente y que en muy pocos países pueden tener vínculos legales.
12. La familia matrilocal. Es aquella en la que la nueva pareja vive con los padres de la mujer.
13. La familia patrilocal. Es aquella en la que la nueva pareja vive con los padres del marido.
14. La familia neolocal. Es aquella en la que la nueva pareja vive en un hogar que no es ni el hogar del marido ni el de la mujer.

15. La familia patriarcal. Es aquella en la que la ascendencia, y generalmente la autoridad, está determinada por el padre.

16. La familia matriarcal. Es aquella en que la ascendencia y generalmente la autoridad está determinada por la madre.

El Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2007) hace una clasificación de los hogares familiares y no familiares de acuerdo con el tipo de relación de parentesco con el jefe del hogar. Define el hogar como: Unidad formada por una o más personas, unidas o no por lazos de parentesco, que residen habitualmente en la misma vivienda y se sostienen de un gasto común para la alimentación. Los hogares se clasifican, por tipo, en familiares y no familiares, y al interior de éstos según su clase: familiares, que a su vez se dividen en ampliados, compuestos y nucleares y no familiares, dentro de los que se consideran los unipersonales y los de corresidentes.

- a) Hogar de corresidentes: Formado por dos o más personas sin relaciones de parentesco con el jefe del hogar.
- b) Hogar extenso: Hogar formado por un hogar nuclear con otros parientes y/o con personas sin lazos de parentesco con el jefe del hogar, también puede ser un jefe con otros parientes. Dentro de estos hogares puede haber empleados(as) domésticos(as) o no.
- c) Hogar familiar: Hogar en el que por lo menos uno de los integrantes tiene relación de parentesco con el jefe del hogar. Se clasifican en ampliados, compuestos y nucleares.
- d) Hogar no familiar: Hogar en el que ninguno de los integrantes tiene relación de parentesco con el jefe del hogar. Se clasifican en hogares de corresidentes y unipersonales.
- e) Hogar nuclear: Formado por el jefe y su cónyuge; el jefe y su cónyuge con hijos; o el jefe con hijos; considera a los hijos, independientemente de su estado conyugal, siempre y cuando no

vivan con su cónyuge e hijos; puede haber empleados domésticos y sus familiares.

f) Hogar unipersonal: Formado por una persona.

1.2 Funcionamiento Familiar.

Independientemente de las diferentes clasificaciones de familia, como sistema implica movimiento y cambio, lo que se relaciona con el funcionamiento familiar en el cual se hace referencia a la capacidad de los integrantes de una familia para realizar modificaciones y ajustes pertinentes a sus modos de relación, de acuerdo con sus necesidades internas y externas; es un proceso en el que participa el individuo, la familia y la cultura (McGoldrick y Carter, 2003; García-Méndez, 2007).

Falicov (1991) propone que las familias cambian en su forma y función a lo largo de su ciclo de vida, y lo hacen en una secuencia ordenada de etapas evolutivas, las cuales se dividen aplicando tres criterios: 1) Los cambios en el tamaño de la familia debidos a adiciones o pérdidas de miembros, que dividen la vida familiar en cinco etapas de expansión, estabilidad y contracción (etapa estable: matrimonio sin hijos; de expansión: procreación; estable: crianza de los hijos; de contracción: emancipación de los hijos; estable: nido vacío); 2) Los cambios en la composición por edades, basados en la edad cronológica del hijo mayor desde su infancia hasta su juventud adulta, y 3) Los cambios en la posición laboral de la persona o las personas que sostienen la familia. Menciona que las familias son un sistema dentro del cual las unidades o miembros ocupan dos tipos de posiciones de rol: posiciones por edad (p. ej., niño, adolescente) y por relación (p. ej., marido-esposa, padre-hija). Cuando se producen cambios notables en el contenido de los roles, a consecuencia de cambios de edad o de adiciones o pérdidas de miembros que exijan un reordenamiento de los roles; el funcionamiento familiar también se verá afectado.

A medida que ocurren dichos cambios, Duvall (1957) propone siete etapas del desarrollo de la familia:

Etapas 1. Parejas jóvenes sin hijos. Cuyas tareas de desarrollo familiar son el establecimiento de una satisfacción mutua con el matrimonio, la preparación para el embarazo y la paternidad y la introducción en las respectivas familias de origen.

Etapas 2. Familias con hijos en edad preescolar (0-5años), encargadas del desarrollo de los hijos, de establecer un hogar satisfactorio para los padres y los hijos, de adaptarse a las necesidades e intereses de los hijos que comienzan la educación preescolar.

Etapas 3. Familias con hijos en edad escolar (6-12 años), cuyas tareas son introducirse en la comunidad de familias con hijos en edad escolar de forma constructiva y propiciar la consecución educacional de los hijos.

Etapas 4. Familias con hijos adolescentes (13-18 años), sus tareas son establecer un equilibrio entre libertad y responsabilidad en la maduración y emancipación de los adolescentes y poner en marcha intereses postparentales y carreras que permitan el desarrollo de los padres.

Etapas 5. Familias con hijos en proceso de emancipación (primer adolescente: 19 años), encargadas de propiciar la entrada en el trabajo, universidad, matrimonio de los jóvenes adultos, manteniendo un hogar como base de apoyo.

Etapas 6. Familias con el nido vacío (todos los hijos se han ido), cuyas tareas son la reconstrucción de las relaciones del matrimonio y el mantenimiento de los lazos con los parientes de las generaciones mayores y de las más jóvenes.

Etapas 7. Familias retiradas (marido mayor de 65 años), encargadas de afrontar la aflicción por la muerte de los parientes y la vida solos, de cerrar el hogar familiar o adaptarlo al envejecimiento y de ajustarse para la jubilación.

Por su parte, Minuchin (1985), señala que el terapeuta debe disponer de un esquema conceptual del funcionamiento familiar que lo ayude a analizar a una familia, basado en la concepción de la familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos, el cual tiene tres componentes: en primer lugar, la estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de

transformación; en segundo lugar, la familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen una reestructuración; en tercer lugar, la familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

De acuerdo a Minuchin (1985) la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Para Minuchin, Lee y Simon, (1998), el concepto de estructura familiar incluye cuestiones de pertenencia y lealtad, de proximidad, de exclusión y abandono, de poder, de agresión; tal y como son reflejadas en la formación del subsistema, la permeabilidad de los límites, la afiliación y la coalición. Minuchin (1985), señala que una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales, las cuales regulan la conducta de los miembros de la familia. Son mantenidas por dos sistemas de coacción. El primero es genérico e implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar; el segundo sistema de coacción es idiosincrático e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. La estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian; la familia debe responder a cambios internos y externos y debe ser capaz de transformarse de modo tal que le permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas; cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema (Minuchin, 1985).

Según Minuchin (1985) para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. A este respecto menciona que algunas familias se vuelcan hacia sí mismas para desarrollar su microcosmos, con

un incremento consecuente de comunicación y de preocupación entre los miembros de la familia; con ello, la distancia disminuye y los límites se esfuman. Otras familias se desarrollan con límites muy rígidos; la comunicación entre los subsistemas es difícil, y las funciones protectoras de la familia se ven perjudicadas. De acuerdo a estos dos extremos del funcionamiento; Minuchin (1985), clasifica a las familias en dos tipos: **aglutinada y desligada**. Señala que es posible considerar a todas las familias como pertenecientes a algún punto situado entre un continuum cuyos polos son los dos extremos de límites; por un lado, difusos y por el otro, límites sumamente rígidos. Las familias aglutinadas pueden verse afectadas en el sentido de que el exaltado sentido de pertenencia requiere un importante abandono de la autonomía. Por su parte las familias desligadas pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen desproporcionado sentido de independencia y carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia y de la capacidad de interdependencia y de requerir ayuda cuando la necesitan.

Los miembros de la familia desarrollan estilos preferentes para intercambiar sus verdades sobre el yo y el tú, y la manera en la que nos relacionamos, mantienen algunas de estas <<verdades>> acerca de su idiosincrasia mientras cambian a otras a medida que evolucionan. Los componentes de la familia pueden descubrir maneras alternativas y espontáneas de relacionarse y, cuando esto sucede, la flexibilidad del funcionamiento familiar se incrementa. Sin embargo la mayoría de las veces, los familiares permanecen previsibles el uno para el otro. Existe también un elemento coercitivo en las demandas de lealtad a los roles familiares, ya que el crecimiento o el cambio de algún miembro puede experimentarse como traicionero (Minuchin, Lee y Simon, 1998).

Zuk y Boszormeny (1985) refieren que existe la posibilidad de que haya algún sistema familiar que reduzca y que también aumente la probabilidad de que se presente una patología abierta. En términos de la familia, un sistema patológico es aquel que produce un conflicto continuo; dichos autores toman el

“triángulo” como unidad de estudio de la familia e indican que la flexibilidad es sinónimo de normalidad y la rigidez, de patología.

1.2.1 Teoría de la Oscilación de Breunlin.

Breunlin (1991) afirma que las familias tienen la capacidad de cambio y los síntomas son generados por la incapacidad de éstas para llevar a cabo las transiciones en el ciclo de vida. Una transición señala la necesidad de un cambio en la familia que le permita salir de una etapa previa y empezar a llevar a cabo las tareas de la etapa siguiente. Las transiciones corresponden a los puntos de cambio nodal que entrañan modificaciones en la composición de la familia, pero también incluyen cambios importantes en la autonomía. El incumplimiento de una transición nodal deja a la familia funcionando en la etapa equivocada. Propone la teoría de la oscilación cuya hipótesis sugiere que: “las transiciones no ocurren como funciones escalonadas en las que se dan saltos discontinuos de un nivel de funcionamiento a otro; más bien, se producen a través de una oscilación entre niveles de funcionamiento. Tales oscilaciones son una característica inevitable de toda transición. En las familias normales, las oscilaciones se amortiguan cuando el nivel de funcionamiento superior predomina y reemplaza a un nivel de funcionamiento previo. Los síntomas aparecen y se mantienen cuando una familia, para dar trámite a una transición, estabiliza una oscilación que, entonces, persiste en el tiempo” (pp. 208). Expresa el desarrollo familiar como una función de la competencia individual. Refiere que para que se produzcan cambios evolutivos, es preciso que la pauta global de una familia evolucione constantemente. Esta evolución se orienta hacia una mayor complejidad y diferenciación del sistema familiar, que emergerá a medida que se manifiesten niveles de competencia superiores entre todos los miembros de la familia.

1.2.2 Modelo estructural de Minuchin

Minuchin (1985) refiere que la evaluación de los subsistemas familiares y del funcionamiento de los límites proporciona un rápido cuadro diagnóstico de la familia.

1. Subsistema conyugal. Se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención de construir una familia. Posee tareas específicas, vitales para el funcionamiento de la familia. Las principales cualidades requeridas para la realización de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Deben desarrollar pautas de complementariedad; tanto el esposo como la esposa deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. El sistema conyugal puede fomentar el aprendizaje, la creatividad y el crecimiento; pero también pueden estimularse mutuamente los rasgos negativos. Los cónyuges pueden insistir en mejorar o preservar a su pareja y, a través de ese proceso, descalificarla en lugar de aceptarla. El subsistema conyugal debe llegar a un límite que lo proteja de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas. Si el límite alrededor de los esposos es excesivamente rígido, el sistema puede verse estresado por su aislamiento. Si por el contrario mantienen límites flexibles, otros subgrupos, incluyendo a los hijos y a los parientes políticos, pueden interferir en el funcionamiento de su subsistema.
2. Subsistema parental. Cuando nace el primer hijo se alcanza un nuevo nivel de formación familiar, por tanto el subsistema conyugal debe diferenciarse para desempeñar las tareas de socializar un hijo sin renunciar al mutuo apoyo que caracterizará al subsistema conyugal. Se debe trazar un límite que permita el acceso del niño a ambos padres, y al mismo tiempo, que lo excluya de las relaciones conyugales. A medida que el niño crece, sus requerimientos para el desarrollo, tanto de la autonomía como de la orientación, imponen demandas al subsistema parental que debe modificarse para satisfacerlas. El ser padre es un

proceso extremadamente difícil y difiere según la edad de los niños. La relación de paternidad requiere la capacidad de alimentación, guía y control. Y requiere el uso de la autoridad. Los padres no pueden desempeñar sus funciones ejecutivas a menos que dispongan del poder necesario para hacerlo. “El funcionamiento eficaz requiere que los padres y los hijos acepten el hecho de que el uso diferenciado de autoridad constituye un ingrediente necesario del subsistema parental” (pp.96).

3. Subsistema fraterno. Es el primer laboratorio social donde los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales; los niños se apoyan, aíslan, descargan sus culpas y aprenden mutuamente. Pueden asumir posiciones diferentes en sus relaciones mutuas, y estas posiciones, asumidas tempranamente en el subgrupo fraterno, son significativas en el desarrollo posterior de sus vidas. Los límites del subsistema fraterno deben proteger a los niños de la interferencia adulta, para que puedan ejercer su derecho a la privacidad, tener sus propias áreas de interés y disponer de la libertad de cometer errores en su exploración.

De acuerdo a lo anterior; Minuchin (1985), concluye que el esquema conceptual de una familia normal presenta tres facetas. En primer lugar, una familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que pueda seguir funcionando. En segundo lugar la familia posee una estructura que solo puede observarse en movimiento. Los límites de los subsistemas deben ser firmes, pero lo suficientemente flexibles para permitir una modificación cuando las circunstancias cambian. Finalmente, una familia se adapta al stress de un modo tal que mantiene la continuidad de la familia al mismo tiempo que permite reestructuraciones, Si una familia responde al stress con rigidez, se manifiestan pautas disfuncionales.

La familia como constructora de la identidad de sus miembros, debe organizarse a sí misma para adecuar las prescripciones socioculturales a la conducta de sus miembros; cuando esto sucede la familia debe alterar su estructura con el fin de adecuarse a mejor a las nuevas necesidades. A este respecto se puede decir que la misma estructura familiar que es adaptativa en una determinada etapa, puede ser disfuncional en otra. Las familias son sistemas complejos compuestos por sujetos que necesariamente ven el mundo desde sus propias perspectivas únicas. Tales puntos de vista mantienen a la familia en estado de tensión equilibrada, como en los nudos de una cúpula geodésica (Minuchin, Lee y Simon, 1998).

1.2.3 Modelo Circumplejo de Olson.

Olson (1991), presenta su Modelo Circumplejo para explicar el funcionamiento familiar, del cual derivan dieciséis tipos de sistemas conyugales y familiares para tres dimensiones (cohesión familiar, adaptabilidad familiar y comunicación familiar). Clasifica a las familias en tipos equilibrados, intermedios o extremos y las sitúa en uno de sus cuatro cuadrantes.

La **cohesión familiar** tiene que ver con el grado de separación o conexión de un individuo con respecto a su sistema familiar. Existen cuatro niveles de cohesión: desvinculada (muy baja), separada (baja a moderada), conectada (moderada a alta) y enmarañada (muy alta). Se supone que los niveles centrales son los más viables para el funcionamiento de la familia; por lo general, los niveles extremos (cohesión desvinculada o enmarañada) se consideran problemáticos.

La segunda dimensión, la **adaptabilidad familiar** se enfoca en el grado de flexibilidad y aptitud para el cambio del sistema familiar. Los cuatro niveles de adaptabilidad son: rígida (muy baja), estructurada (baja a moderada), flexible (moderada a alta) y caótica (muy alta). Como en el caso de la cohesión, se supone que los niveles centrales de adaptabilidad (estructurada y flexible) son

más favorables para el funcionamiento del matrimonio y la familia, en tanto que los extremos (rígidos y caóticos) son los que mas problemas ocasionan a las familias a medida que recorren su ciclo vital.

La tercera dimensión es la **comunicación familiar** entre los diversos miembros; estas variables son fundamentales para comprender y tratar los sistemas conyugales y familiares. Las habilidades para la comunicación positiva (p. ej., empatía, escucha reflexiva, comentarios de apoyo) capacitan a las parejas y familias para compartir sus necesidades y preferencias cambiantes, en tanto se relacionen con la cohesión y adaptabilidad. Las habilidades negativas (como son las comunicaciones de doble vínculo, las de doble mensaje y las criticas) reducen al mínimo la capacidad de los cónyuges o miembros de una familia de compartir sus sentimientos, y así restringen su movimiento en las otras dos dimensiones.

La combinación de las dimensiones en el Modelo Circumplejo, nos permite identificar y describir dieciséis tipos distintos de sistemas conyugales y familiares; los cuales son:

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1. Caóticamente desvinculada | 14. Estructuralmente enmarañada |
| 2. Flexiblemente desvinculada | 15. Rígidamente conectada |
| 3. Caóticamente separada | 16. Estructuralmente conectada |
| 4. Flexiblemente separada | |
| 5. Caóticamente enmarañada | |
| 6. Flexiblemente enmarañada | |
| 7. Caóticamente conectada | |
| 8. Flexiblemente conectada | |
| 9. Rígidamente desvinculada | |
| 10. Estructuralmente desvinculada | |
| 11. Rígidamente separada | |
| 12. Estructuralmente separada | |
| 13. Rígidamente enmarañada | |

Algunos sistemas se presentan con mayor frecuencia que otros. Cuanto más centrales sean los tipos, tanto más comunes serán; empero, se supone que las parejas y familias con problemas corresponden más a menudo a los tipos extremos. El Modelo Circumplejo es dinámico, por cuanto presume que los tipos familiares pueden cambiar con el tiempo. Las familias tienen la libertad de moverse en cualquier dirección, conforme a las posibles exigencias de la situación, la etapa del ciclo vital o la socialización de sus miembros (Olson, 1991).

1.2.4 Modelo Transversal.

Por su parte el modelo transversal expone dos dimensiones del funcionamiento familiar: las competencias y los estilos. Las competencias se mueven en un rango que van de óptimas, adecuadas, rango medio y limítrofe, a severamente disfuncional; y los estilos van de centrípetas a centrífugas (Beavers y Hampson, 2000; Beavers y Voeller, 1983; en García-Méndez, 2007). Dichos autores señalan que al combinarse las dos dimensiones se obtienen nueve grupos de familias, de las cuales tres son relativamente funcionales y seis van de problemáticas a las que requieren intervención clínica; las describen de la siguiente manera:

1. Familias óptimas. Se describen como sistemas orientados. Realizan actividades en las que todos participan para producir un resultado compartido, y las causas y efectos son intercambiables, por ejemplo, la disciplina severa empleada como un punto de apoyo para regular conductas agresivas, y las conductas agresivas que conducen a ejercer una disciplina severa. En estas familias la intimidad requerida es generalmente encontrada.

2. Familias adecuadas. Estas familias tienen formas de control más dirigidas, a menudo intentan resolver los problemas de forma directa; aquí la coalición parental es emocionalmente menos retribuida, así como la alegría y la espontaneidad los roles estereotipados, particularmente

los sexuales, son convencionales sin motivación, y es frecuente la depresión en las mujeres.

3., 4. y 5. Estos grupos corresponden a las familias de rango medio centrípetas, centrífugas, y mixtas: dichos grupos son denominados familias disfuncionales de rango medio. Usualmente son funcionales, pero son vulnerables en las relaciones padres-hijos, donde ambos son susceptibles de problemas psicológicos, observándose diferencias de control y poder. El poder se debate entre la disciplina y la negociación, y los roles familiares permiten el rechazo y la invasión del espacio íntimo de los otros.

6. y 7. Estos grupos corresponden a las familias limítrofes centrípetas y centrífugas. Las familias limítrofes se caracterizan por el caos, por un manejo inadecuado de poder, aunque con persistentes esfuerzos por establecer patrones de dominio/sumisión.

8. y 9. Estos grupos se refieren a las familias severamente disfuncionales que tienen serias deficiencias en el dominio de la comunicación y en la coherencia de la misma; consecuentemente, este grupo está muy limitado en sus capacidades adaptativas y de negociación.

Además de esta clasificación mencionan seis conceptos relacionados con el funcionamiento familiar: autonomía, adaptabilidad, centrípeta/centrífuga, inflexibilidad, severamente disfuncional y limítrofe. Indican que la estructura, flexibilidad y capacidades de una familia y sus miembros son representadas en una dimensión, y los estilos empleados en otra; de esta forma, cuando la familia se vuelve más competente y más adaptativa, los estilos excesivamente centrípetos o centrífugos disminuyen.

1.2.5 Modelo de sistemas abiertos y cerrados de Satir.

Satir (2002) distingue dos tipos de sistemas familiares: el abierto y el cerrado. En un sistema familiar cerrado la información de y hacia el exterior es muy limitada, y las respuestas a diversas situaciones se producen de una manera circular y automática que no toma en consideración los cambios de contexto. Opera con base en un grupo de reglas rígidas y fijas, esta sometido al poder, la dependencia neurótica, la obediencia, las privaciones, la conformidad y la culpa; no permite cambio alguno, pues los cambios perturban su equilibrio. Los miembros de los sistemas cerrados permanecen ignorantes, limitados y regidos mediante el temor, el castigo, la culpa y el sometimiento. En un sistema abierto, las respuestas e interacciones reciben influencia de los cambios de contexto o nuevas informaciones. Se caracteriza por su libertad para tomar decisiones y su flexibilidad. La autoestima es fundamental y todos sus miembros experimentan un sentimiento de poderío o de control de su destino. La clave para un sistema abierto y saludable es la capacidad para cambiar con un contexto cambiante y para reconocer este hecho.

Satir (2002) dirige su atención hacia tres áreas básicas del funcionamiento familiar: la autovalía de cada miembro individual de la familia; los patrones de comunicación dentro de la misma, y las reglas familiares.

1. *Autovalía o Autoestima.* Es el valor que cada individuo da a sí mismo, el amor y el respeto que tienen hacia sí y que es independiente de la forma como los demás le perciben. Una persona con baja autoestima experimenta gran ansiedad e incertidumbre sobre sí y se preocupa, de manera innecesaria de lo que los demás piensen de él o ella. Esta dependencia de los demás limita su vida. Considera que la autovalía es el fundamento para la salud mental del individuo y la familia. La mayor parte de los problemas que surgen en terapia individual y familiar tienen que ver, a la larga, con la baja autoestima.

2. *Patrones de comunicación.* Al valorar los patrones de comunicación se obtiene información relevante a la manera como los miembros de la familia experimentan sus relaciones interpersonales, su capacidad para expresar intimidad, la manera como intercambian información, los significados que dan a su comunicación, y en general, la capacidad de los miembros de la familia para

utilizar las palabras de manera adecuada. Refiere que una buena comunicación es un factor fundamental para la vida familiar sana. La comunicación es funcional cuando el interlocutor declara o solicita algo de una manera clara y directa, cuando interpelante e interpelado pueden aclarar y calificar lo que dicen, y cuando la retroalimentación es posible. En una familia disfuncional, las comunicaciones son indirectas, poco claras y rara vez aclaradas. Los comunicadores disfuncionales suelen hacer comentarios incompletos, distorsionados o generalizados de manera inadecuada.

La forma como la familia resuelve su comunicación es un reflejo de la autoestima de los miembros de la familia y proporciona información adicional sobre la falta de armonía y la disfuncionalidad del sistema familiar. En una familia donde existe una baja autoestima generalizada, el temor a exponer las áreas de vulnerabilidad o de experimentar la pérdida del amor, impide una comunicación clara de las emociones o cuestionamientos íntimos. La mayor parte de las familias que se comunican con congruencia también pueden resolver los problemas que surgen.

3. Reglas familiares. Abarcan todas las conductas que los miembros de la familia consideran que deben o no manifestarse en condiciones determinadas. Dichas reglas incluyen las abiertas (hora de acostarse, trabajo de la casa), así como las reglas encubiertas y tácitas que todos los miembros de la familia conocen y nunca mencionan (jamás hablar del alcoholismo del padre, nunca referirse al primer marido de la madre).

Satir (1991) observó que en las familias con problemas la autoestima estaba disminuida; la comunicación era indirecta, vaga y poco sincera; las reglas eran rígidas, inhumanas, fijas e inmutables y finalmente que el enlace con la sociedad era temeroso, aplacador e inculpador; no así en las familias libres de dificultades donde había una autoestima elevada, la comunicación era directa, clara, específica y sincera; las reglas eran flexibles, humanas, adecuadas y sujetas a cambio; y el enlace con la sociedad era abierto y confiado, fundamentado en la elección.

2.1 DEPRESIÓN.

La palabra depresión proviene del latín *deprimere* y significa hundimiento o abatimiento. Lo que se une en la depresión es el plano vital del ser humano. No es un trastorno psíquico puro, sino psicofísico, puesto que engloba rasgos psicopatológicos y alteraciones somáticas (Alonso, 2001).

Mackinnon (1973) refiere que la depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. El individuo deprimido siente que su seguridad está amenazada, que es incapaz de enfrentarse a sus problemas y que otros no pueden ayudarlo. Todas las facetas de la vida, emocionales, cognoscitivas, fisiológicas y sociales, podrán verse afectadas. En los trastornos depresivos; la persona experimenta una disminución general y una pérdida de energía y entusiasmo por la vida; también puede haber delirios de deterioro físico, una expectativa de castigo severo y el suicidio puede ser la única salida de una situación desesperada (Gross, 1998).

Por su parte De la Garza (2004), describe la depresión como una enfermedad caracterizada por un estado de ánimo triste, con pérdida de interés o capacidad para sentir placer por situaciones que antes lo producían, pérdida de confianza en sí mismo y un sentimiento de inutilidad. Refiere que la depresión suele ser episódica. Esto significa que puede desaparecer y regresar entre periodos de total recuperación. Parece ser resultado de una combinación de factores de predisposición genética aunado a factores médicos y psicológicos.

También es importante mencionar que existen distintos tipos de depresión, Alonso (2001) distingue cuatro categorías de la enfermedad depresiva:

1. Depresión endógena. Predisposición hereditaria
2. Depresión Neurótica. El propio carácter neurótico, caracterizado por la inseguridad y por la baja autoestima, propicia la depresión.

3. Depresión situativa. Es el producto de un acontecimiento infortunado o una situación de sufrimiento.

4. Depresión Somatógena. Pueden intervenir trastornos médicos generales, trastornos orgánicos cerebrales y la administración de medicamentos o drogas.

Gross (1998) menciona dos tipos de depresión; la endógena (desde el interior) y reactiva (o exógena, desde el exterior). La primera tiene el propósito de expresar la depresión que surge de trastornos bioquímicos en el cerebro, mientras que la última se consideraba causada por experiencias vitales estresantes. Por su parte Casullo (1998) habla de trastornos endógenos o reactivos, psicóticos o neuróticos, unipolares o bipolares. El término endógeno-reactivo parece aludir a una diferenciación entre depresiones biológicas y a las debidas a factores ambientales; así, la depresión endógena se diferencia de la reactiva por las siguientes características:

- más sintomatología somática,
- mayor tendencia a la recurrencia,
- mejor respuesta a los psicofármacos.

Por su parte la distinción entre depresión neurótica y depresión psicótica subyace en una distribución unimodal basada en la gravedad sintomatológica.

Los trastornos unipolares (episodios de depresión sin episodios maníacos) son más frecuentes que los bipolares. Entre ambos tipos existen diferencias significativas en lo referente al curso del trastorno, la génesis y la respuesta al tratamiento.

Por su parte Sabanés (1990) propone dos tipos de clasificaciones para la depresión, la clásica y la actual.

Clasificación Clásica.

- Depresiones Endógenas. Van de adentro hacia fuera. Se relacionan con una vulneración específica del propio psiquismo del paciente.

- Depresiones Somatógenas. Tienen causas orgánicas demostrables, se sabe que muchas enfermedades orgánicas no psíquicas pueden desencadenar reacciones depresivas.
- Depresiones Psicógenas. Son originadas por causas psíquicas o ambientales, por fuertes tensiones, por componentes psicosociales, etc.

Clasificación Actual.

- Depresiones Secundarias. Son las relacionadas con otras enfermedades médicas o psiquiátricas – como consecuencia de -, es indispensable identificar el trastorno original que las provocó.
- Depresiones primarias. Son las que no están ligadas a otro tipo de enfermedad médica o psiquiátrica, aparecen de manera autónoma. Este tipo de depresión a su vez se subdivide de acuerdo a su sintomatología y su gravedad en: Depresión primaria unipolar, depresión primaria bipolar, depresiones primarias mayores y depresiones primarias menores.

De acuerdo al DSM IV, un episodio consiste en un síndrome bien acotado de características maníacas o depresivas; existen tres tipos generales de episodios:

- depresivo mayor,
- maníaco,
- hipomaníaco,
- mixto.

La presencia o ausencia de estos episodios da lugar a diferentes cuadros o categorías clínicas, en los que es importante determinar la frecuencia y la duración de los síntomas así como el momento de su iniciación. Los criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor son los siguientes:

- A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej. se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej. llanto). En niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según el propio sujeto u observaciones de los demás).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej. un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
 4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día.
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. de una droga o un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej. hipotiroidismo).

- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej. después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

El CIE-10 menciona que en los episodios depresivos típicos ya sean leves, moderados o graves, el paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad.

El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas “somáticos”, como son: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave.

Para Casullo (1998) la depresión hace referencia a un cuadro clínico unitario para cuyo diagnóstico se requiere la presencia de un conjunto complejo de síntomas; el conjunto de síntomas que componen un síndrome depresivo se reduce a cinco grandes núcleos:

- a) Síntomas anímicos: la disforia es el síntoma por excelencia de la depresión; están presentes el abatimiento, la pesadumbre, la infelicidad y la irritabilidad.
- b) Síntomas motivacionales: la apatía, la indiferencia, la disminución de la capacidad de disfrutar son, junto con el estado de ánimo

deprimido, síntomas importantes de un estado depresivo. Este tipo de síntomas constituye lo que se denomina “retardo psicomotor”.

- c) Síntomas cognitivos: la persona deprimida hace una valoración negativa de si misma, de su entorno, de su futuro.
- d) Síntomas físicos: la aparición de cambios físicos es común y suele ser uno de los motivos de consulta mas frecuentes: la pérdida de sueño, la fatiga, la pérdida de del apetito; así como una disminución de la actividad y de los deseos sexuales.
- e) Síntomas vinculares: una de las principales características de las personas deprimidas es el deterioro de sus relaciones con los demás; de hecho un 70% dice haber disminuido su interés por la gente. Estos pacientes normalmente sufren el rechazo de las personas que los rodean, lo que determina que se aíslen más.

Los síntomas mas frecuentes en pacientes con depresión son: insomnio, tristeza, llanto, baja concentración, ideaciones suicidas, fatiga, irritabilidad, retardo psicomotor, anorexia, desesperanza, intentos de suicidio, problemas de la memoria.

Existen diversas teorías que explican la depresión:

1. Teorías biológicas: señalan que existe una cantidad inadecuada, por ejemplo, de los neurotransmisores norepinefrina o serotonina; lo cual consideran es un factor causal de la depresión.
2. Teorías psicológicas:
 - Aportaciones del psicoanálisis: Freud en 1983 formuló algunas hipótesis sobre la melancolía; así mismo diferencia las reacciones depresivas normales (melancolía) de las debidas a la perdida de un ser querido (duelo). Enfatiza la regresión de la libido y la identificación narcisista del yo con los objetos.
 - Los modelos conductuales: basados en la teoría del aprendizaje, enfatizan las ideas originales de Skinner referidas a que la característica central de la depresión es una reducción generalizada de la frecuencia de las conductas. La conducta depresiva puede mantenerse porque origina refuerzo social

positivo por parte del medio en forma de simpatía y atención. Con el paso del tiempo esa conducta puede ser rechazada por saturación de ese medio social.

- Teorías cognitivas: dentro de estas se habla de tres tipos de modelos: cognitivo-sociales, del procesamiento de información y conductuales cognitivos. El modelo mas conocido en términos de procesamiento de la información es el planteado por Beck quien refiere que las alteraciones emocionales aparecen en las personas que tienen una visión negativa y errónea de la realidad. La visión errónea se basa en actitudes disfuncionales poco realistas. Poseen esquemas distorsionados que permanecen latentes en la memoria hasta que se activan frente a sucesos estresantes. (Casullo, 1998). Este modelo sirve de base a esta investigación y se explica a continuación.

2.1.1 Teoría Cognitiva de la Depresión de Beck.

Beck es el pionero de esta teoría, en la cual menciona que el estado de ánimo negativo y la conducta son usualmente el resultado de pensamientos y creencias distorsionadas (Rupke, Blecke & Renfrow, 2006). El modelo cognitivo de la depresión ha surgido a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales, postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión, (Beck, 1983):

1. La Tríada cognitiva. Consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico.

El segundo componente se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. El tercer componente se centra en la visión negativa acerca del

futuro. El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos.

2. Los esquemas. Este concepto se utiliza para explicar por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida. Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia, el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones. Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos periodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos, estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona.

3. Errores cognitivos. Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria.

a. Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta). Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

b. Abstracción selectiva (relativo al estímulo). Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto ignorando otras características relevantes de esa situación.

c. Generalización excesiva (relativo a la respuesta). Proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y aplicarlo tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

d. Maximización y minimización (relativo a la respuesta). Se reflejan en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento y constituyen una distorsión.

e. Personalización (relativo a la respuesta). Es la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

f. Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta). Tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas. Para describirse a sí mismo el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

Beck (1983) refiere que la depresión se debe conceptualizar en términos de modos “primitivos” de organizar la realidad vs. modos “maduros”. Las personas deprimidas tienden a emitir juicios globales respecto a los acontecimientos que afectan su vida, sus contenidos de pensamiento tienen una gran probabilidad de ser extremos, negativos, categóricos, absolutistas, etc. La respuesta emocional, por lo tanto, tiende a ser negativa y extrema.

En cuanto a la predisposición y la aparición de la depresión, la teoría cognitiva propone que “algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activos por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas” (Beck, 1983, p. 23). Por otra parte la depresión puede ser como consecuencia de una anormalidad o una enfermedad física que activa la creencia latente en una persona de que está destinada a una vida de sufrimiento.

Los fenómenos de la depresión se caracterizan por una inversión o distorsión de muchos de los principios acerca de la naturaleza humana que gozan de una aceptación generalizada: el instinto de supervivencia, los impulsos sexuales, la necesidad de sueño y alimento, el principio de placer, e incluso el instinto maternal. Beck (1983) propone un paradigma científico de la depresión, el cual se centra en el paradigma personal del paciente, conceptualiza este paradigma en términos de una “revolución cognitiva”. Específicamente la organización cognitiva del depresivo ha experimentado una

revolución que produce una notable *inversión* en la forma como el paciente construye la realidad. El nuevo paradigma de la depresión afirma:

El paradigma personal del paciente cuando se encuentra en un estado depresivo da lugar a una visión distorsionada de sí mismo y del mundo. Sus ideas y creencias negativas le parecen una representación verídica de la realidad, incluso cuando a otras personas y a él mismo cuando no está deprimido le parezcan inverosímiles. Sus observaciones y las interpretaciones que hace de los fenómenos están moldeadas por su marco de referencia conceptual. Los grandes cambios producidos en su organización cognitiva llevan a un procesamiento de la información inadecuado, como resultado del cual surge una amplia variedad de síntomas. Se utiliza este paradigma científico para comprender y modificar el paradigma personal inadecuado de modo que no vuelva a dar lugar a observaciones e interpretaciones falsas. Propone que cuando el paradigma personal del paciente sea invertido y ajustado a la realidad, la depresión empezará a desaparecer.

En términos metafóricos, Beck (1983) denota que la organización cognitiva del paciente depresivo se ha hecho relativamente autónoma y reproduce mecánicamente un flujo continuo de ideas repetitivas negativas. Estas cogniciones consisten, hasta cierto punto, en construcciones estereotipadas negativas de los eventos externos inmediatos; pero, en la mayor parte de los casos, representan reverberaciones de ideas repetitivas negativas que nada tienen que ver con la situación ambiental real del momento.

La investigación de la estructura familiar y sus implicaciones en la depresión parece obvia. Las actitudes de los padres (dependencia/independencia; sobreprotección/rechazo; calidad de tiempo dedicado; uso de premios/castigos, etc.) lógicamente han de contribuir a moldear el comportamiento de sus hijos y con él, el nivel de aspiraciones, la tolerancia a la frustración, los estilos cognitivos, las atribuciones, etc. que de una u otra forma están implicados en el hecho depresivo (Polaino-Lorente, 1985). Menciona este autor que la multitud de figuras parentales, la permisividad, la minimización de las exposiciones a la frustración, constituyen un buen elenco de factores que coyuntural o sustancialmente pueden ser

relevantes en la etiología de las depresiones familiares, por lo que la cohesión social –especialmente en la familia- puede tener también un papel relevante, las tradiciones se desvanecen muy rápidamente, apenas si existe un modelo comportamental a imitar, por el escaso tiempo de convivencia entre padres e hijos (Polaino-Lorente, 1985). A este respecto Casullo (1998) menciona la importancia de los modelos parentales por sus efectos modeladores y mediadores en la construcción de la identidad de los hijos.

Se han realizado diversos estudios sobre la depresión en el contexto familiar y se han encontrado varios factores familiares y parentales asociados con la depresión; Nomura, Wickramaratne, Wagner y Weissman (2002) señalan que la relación entre las variables familiares como son la “alta discordancia”, baja cohesión y alto control afectivo son factores importantes para presentar alguna patología, incluida la depresión. Así mismo las relaciones familiares negativas contribuyen al desarrollo de la depresión (en Sander y McCarty, 2005).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005), 450 millones de personas sufren de alguna forma de trastorno mental; que afectan al menos a un miembro de cada cuatro familias. Las proyecciones para el periodo comprendido entre 1990 y 2020 indican que la proporción de la carga mundial de morbilidad correspondiente a los trastornos mentales aumentará hasta un 15%. En la actualidad 121 millones de personas sufren de depresión; a nivel mundial la prevalencia de esta enfermedad es hasta dos veces mayor en mujeres que en hombres; así mismo, se observa que dicha enfermedad afecta cada vez más a los jóvenes.

Por su parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2005) el número de personas con algún trastorno mental en América Latina aumentará de 114 millones en 1990 a 176 millones en 2010, siendo la depresión el de principal prevalencia. Se detalla que, en cuanto a la depresión mayor, la frecuencia de la enfermedad es casi el doble en mujeres que en hombres, no siendo este el caso respecto a trastorno bipolar, sin diferencias de prevalencia en función del sexo.

Como se puede observar las consecuencias de la depresión en las personas son negativas debido a que producen diversos síntomas como: tristeza, llanto, inseguridad, baja autoestima, pérdida o aumento de apetito, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, ideaciones suicidas disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, indecisión, pensamientos de muerte, pesadumbre, apatía, indiferencia, pérdida de sueño, desesperanza; lo que conlleva al deterioro de sus relaciones con los demás, rechazo, aislamiento y por consiguiente esto influye de forma negativa en su entorno personal y social.

3.1 MÉTODO

Planteamiento del problema

Cuáles son las diferencias entre el funcionamiento familiar y la depresión, en hombres y mujeres?

Objetivos

Identificar las diferencias entre el funcionamiento familiar y la presencia de síntomas depresivos

Identificar las diferencias de los síntomas depresivos y el funcionamiento familiar en hombres y mujeres.

Hipótesis

Existen diferencias significativas entre el funcionamiento familiar y la presencia de síntomas depresivos.

Las mujeres presentan mayores síntomas depresivos que los hombres.

Variables

Funcionamiento Familiar

Definición Conceptual

Es el conjunto de patrones de relación que se dan entre los integrantes de la familia a lo largo de su ciclo de vida, patrones que les permite hacer uso de los recursos a su alcance para el desempeño de sus funciones a través de los roles establecidos y con la influencia de los ambientes sociales en los que se desenvuelven (García-Méndez, Rivera, Reyes-Lagunes y Díaz-Loving, 2006).

Definición Operacional

El comportamiento de los participantes en los factores que integran el funcionamiento familiar.

Depresión

Definición Conceptual

La depresión es una consecuencia de interpretaciones erróneas de sí mismo y del mundo. Las ideas y creencias negativas de la persona se vuelven una representación verídica de la realidad (Beck, 1983).

Definición Operacional

El comportamiento de los participantes a través de los reactivos que integran el Inventario de Depresión de Beck.

Participantes

Los participantes fueron 350, 177 hombres y 173 mujeres de la Cd. de México, 263 casados, 79 en unión libre y 8 divorciados, con edades de 18 a 77 años, $M = 39$ años, $DE = 10$, los años de escolaridad fue de 3 a 26, $M = 12$, $DE = 4$ lo que corresponde a dos años de estudios de licenciatura. Para los casados y en unión libre, el número de hijos osciló de 1 a 7, $M = 2$ y el tiempo de vivir juntos fue de 1 a 37 años, $M = 15$.

Instrumentos

Escala de funcionamiento familiar, versión corta (García-Méndez, Rivera, Reyes-Lagunes y Díaz-Loving, 2006). Es un instrumento de autoreporte que contiene 22 reactivos con valores *Eigen* mayores a 1 y pesos factoriales mayores a .40 que explican el 51% de la varianza total, con un alpha de Cronbach global de .89. La escala se integra por 4 factores: ambiente familiar positivo (7 reactivos), cohesión (5 reactivos), hostilidad (5 reactivos) y problemas con las reglas y expresión de sentimientos (5 reactivos). Cada reactivo tiene cinco opciones de respuesta 1 = nunca, 2 = casi nunca, 3 = algunas veces, 4 = frecuentemente y 5 = siempre. Los reactivos son enunciados afirmativos que evalúan aspectos positivos y negativos del funcionamiento familiar. La versión corta es resultado de un análisis factorial con rotación ortogonal, A continuación se presentan las definiciones de los factores:

Ambiente familiar positivo. Consiste en los patrones de relación vinculados con la satisfacción en la relación e intercambio de ideas que favorecen las

relaciones familiares, así como las manifestaciones de afecto y respeto a través de la cercanía entre los miembros de la familia.

Cohesión. Se refiere al vínculo afectivo que prevalece entre los miembros de la familia.

Hostilidad. Se caracteriza por una baja tolerancia para con los integrantes de la familia, lo que conduce a patrones de relación redundantes en los que prevalece el antagonismo y el desvío de los problemas.

Mando/problemas en la expresión de sentimientos. Se refiere a la falta de claridad en las reglas a seguir por los miembros de la familia, relacionadas con su comportamiento, tanto al interior como al exterior del grupo familiar. Comprende límites confusos y dificultad para expresar sentimientos.

Inventario de depresión de Beck (BDI-II). (Beck, Steer y Brown, 2006). El BDI-II contiene 21 reactivos que evalúan los síntomas de los trastornos depresivos del DSM-IV (1994), es una modificación al BDI-IA, que a su vez, es la modificación del BDI. La consistencia interna del BDI-II, es alta, de .92, que es superior a la reportada por BDI-IA, .86 (Beck, et al, 2006). Cada reactivo es evaluado en una escala de cuatro puntos, con un rango de 0 a 3, obteniéndose valoraciones de 0 a 63 puntos, distribuidos en cuatro rangos de depresión: mínima 0-13, leve 14-19, moderada 20-28 y severa 29-63.

Procedimiento

La escala de funcionamiento familiar y el BDI-II se aplicaron en diferentes zonas de la ciudad de México, en el trabajo, escuelas o domicilio de los participantes, quienes respondieron los instrumentos de manera voluntaria.

Diseño

De una muestra independiente.

3.1.1 RESULTADOS

Con los datos obtenidos mediante el autoreporte de los participantes, se realizó un análisis de varianza simple (ANOVA) para identificar las diferencias entre las dimensiones del funcionamiento familiar y los niveles de los síntomas depresivos. Tal como se observa en la Tabla 1, se obtuvieron diferencias significativas en tres de las cuatro dimensiones del funcionamiento familiar y la depresión.

Tabla 1. Diferencias entre las dimensiones del funcionamiento familiar y los niveles de depresión.

Fuente	variable dependiente	<i>gl</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
Depresión	ambiente familiar positivo (entre grupos)	3	17.669	5.890	11.038	.000**
	(intragrupos)	341	181.958			
	Total	344				
	Cohesión (entre grupos)	3	17.235	5.745	10.369	.000**
	(intragrupos)	340	188.365			
	Total	343				
	Hostilidad (entre grupos)	3	15.721	5.240		.000**
	(intragrupos)	341	163.962			
	Total	344				
	Mando/problemas en la expresión de sentimientos (entre grupos)	3	27.022	9.007		.000**
	(intragrupos)	338	205.809			
	Total	341				

** $p < .01$

Como se puede observar en la figura 1, las personas que presentan síntoma depresivos mínimos tienen un mayor ambiente familiar positivo ($M = 4.22$) a

diferencia de las que presentan síntomas depresivos leves ($M = 3.91$) y moderados ($M = 3.66$).

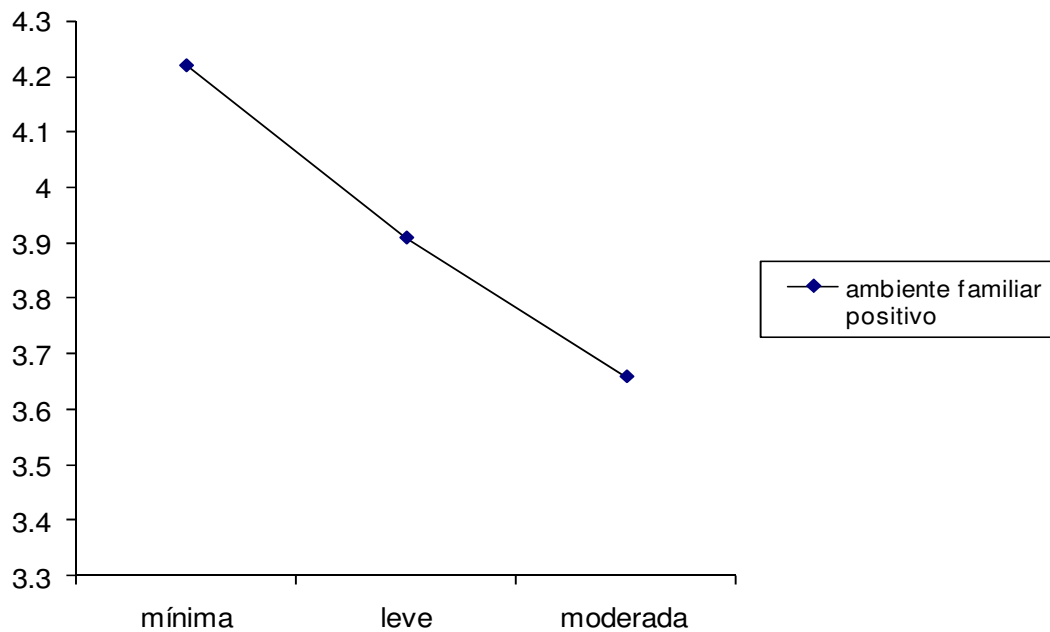


Figura 1. Diferencias en el ambiente familiar positivo y niveles de depresión

En cuanto a la cohesión familiar, cuando las personas presentan síntomas depresivos moderados, la cohesión disminuye ($M = 3.47$) y se incrementa con síntomas depresivos mínimos ($M = 4.05$). Estas diferencias se presentan en la figura 2

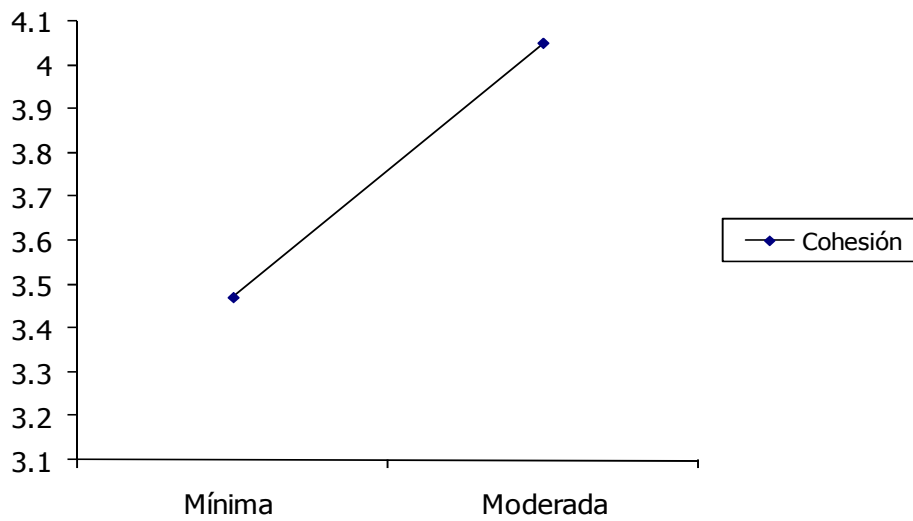


Figura 2. Diferencias en la cohesión y niveles de depresión

Por otro lado; como se observa en la figura 3, la hostilidad se incrementa al incrementarse los síntomas depresivos. Con depresión mínima la evitación es menor ($M = 2.14$) que cuando se tiene depresión moderada ($M = 2.68$).

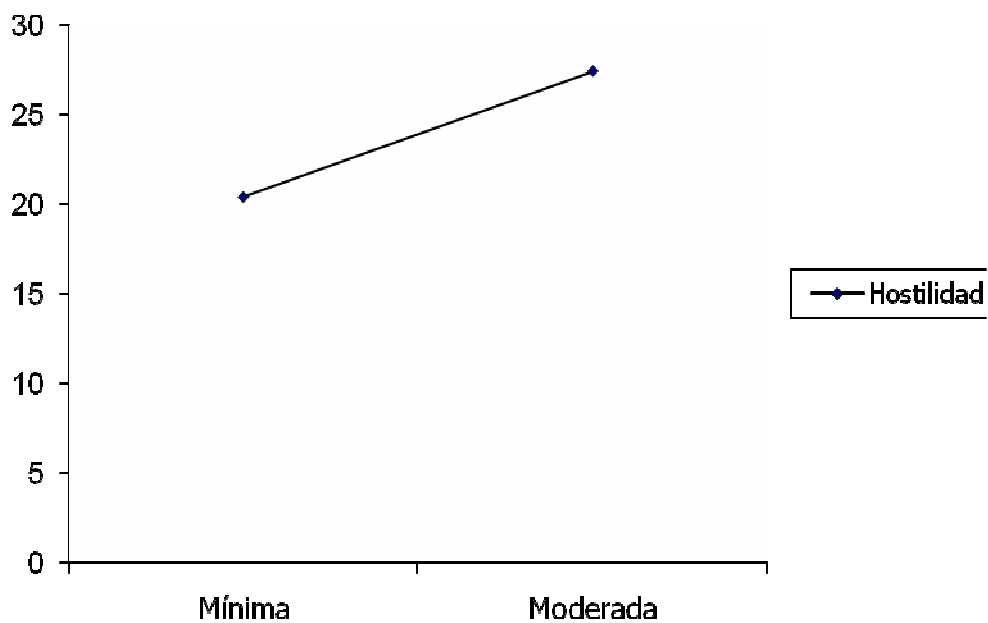


Figura 3. Diferencias entre la hostilidad y los niveles de depresión.

En cuanto a las reglas, se puede observar que a mayor conflicto en el establecimiento de las reglas se presenta un incremento en los niveles de

depresión. Con depresión mínima se observa un menor conflicto en el establecimiento de reglas ($M = 1.95$) a diferencia de cuando existe depresión moderada ($M = 2.62$).

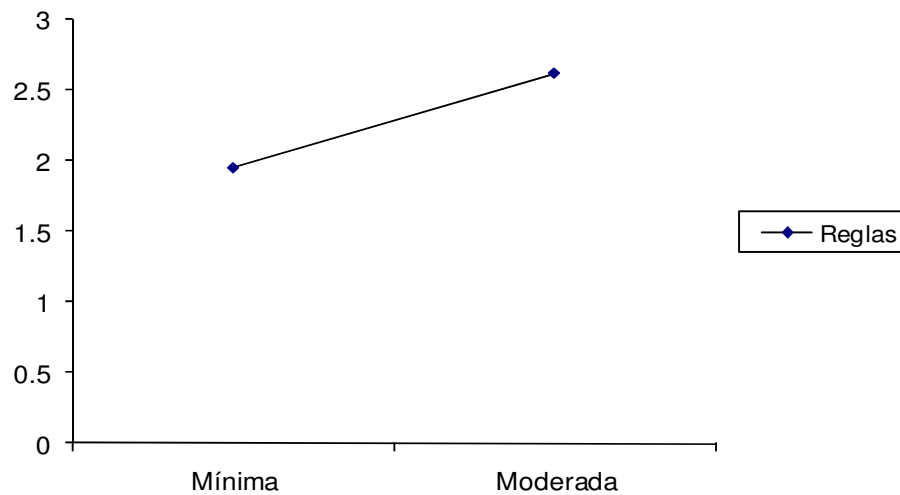


Figura 4. Diferencias entre las reglas y los niveles de depresión.

En cuanto a las diferencias de la depresión en hombres y mujeres, se obtuvieron diferencias significativas $t = -3.063$, $p < .01$, los hombres se deprimen menos ($M = 1.47$) que las mujeres ($M = 1.76$).

3.1.2 DISCUSION

A través de esta investigación se ha observado la importancia que tiene la familia en la salud mental del individuo; la familia desempeña diversas funciones psicosociales e involucra un amplia gama de dimensiones como la psicológica, la social y la económica. Se ha demostrado que las experiencias que tienen los individuos en sus relaciones familiares son de gran importancia en el desarrollo de su personalidad así como en la formación de la identidad (Horrocks, 1986; Barcelata, 2007; en García-Méndez, 2007). Por otra parte el funcionamiento familiar y la influencia que tiene sobre sus integrantes es sumamente importante para su desarrollo y evolución; como se observa en las investigaciones que han realizado Nomura, Wickramaratne, Wagner y Weissman (2002) donde señalan que cuando las relaciones familiares se vuelven conflictivas y en el funcionamiento familiar se presentan características como son la “alta discordancia”, baja cohesión y alto control afectivo; esto contribuye para presentar alguna patología, incluida la depresión, lo cual conlleva resultados negativos para la persona deprimida y también para la familia.

El principal objetivo de la investigación fue corroborar la existencia de diferencias significativas entre el funcionamiento familiar y la presencia de síntomas depresivos en algún miembro de la familia; el análisis de los resultados arrojó la siguiente información: Se observaron diferencias significativas en las cuatro dimensiones de la escala de funcionamiento familiar. En cuanto al *ambiente familiar positivo*, Minuchin, Lee y Simon (1998) señalan que los componentes de la familia pueden descubrir maneras alternativas y espontáneas de relacionarse y, cuando esto sucede, la flexibilidad del funcionamiento familiar se incrementa. En este contexto Zuk y Boszormeny (1985) refieren que existe la posibilidad de que haya algún sistema familiar que reduzca y que también aumente la probabilidad de que se presente una patología abierta. En términos de la familia, un sistema patológico es aquel que produce un conflicto continuo; indican que la flexibilidad es sinónimo de normalidad y la rigidez, de patología. En la muestra se observa que las

personas que presentan síntomas depresivos mínimos tienen un mayor ambiente familiar positivo a diferencia de las que presentan síntomas depresivos leves y moderados. En lo que respecta a la *cohesión* que es el grado de separación o conexión de un individuo con respecto a su sistema familiar, Olson (1991); describe cuatro niveles de cohesión: desvinculada (muy baja), separada (baja a moderada), conectada (moderada a alta) y enmarañada (muy alta). Mencionando que los niveles centrales son los más viables para el funcionamiento de la familia; por lo general, los niveles extremos (cohesión desvinculada o enmarañada) se consideran problemáticos. Los resultados coinciden con dicha descripción ya que se observa que cuando las personas presentan síntomas depresivos moderados, la cohesión disminuye y se incrementa con síntomas depresivos mínimos. Por otra parte la *hostilidad* se incrementa al incrementarse los síntomas depresivos. Con depresión mínima la evitación es menor que cuando se tiene depresión moderada. Y finalmente en lo que respecta a las *reglas*, se puede observar que a mayor conflicto en el establecimiento de las reglas se presenta un incremento en los niveles de depresión. Con depresión mínima se observa un menor conflicto en el establecimiento de reglas a diferencia de cuando existe depresión moderada. Esto se puede deber a la capacidad de adaptación que tenga el sistema familiar que se enfoca en el grado de flexibilidad y aptitud para el cambio del sistema familia. Breunlin (1991) afirma que las familias tienen la capacidad de cambio y los síntomas son generados por la incapacidad de éstas para llevar a cabo las transiciones en el ciclo de vida. Una familia se adapta al stress de un modo tal que mantiene la continuidad de la familia al mismo tiempo que permite reestructuraciones; si una familia responde al stress con rigidez, se manifiestan pautas disfuncionales; como podría ser la depresión.

Otra de las hipótesis planteadas es si existen diferencias en la aparición de síntomas depresivos de acuerdo al sexo; a lo que se obtuvo como resultado que sí; ya que los hombres se deprimen menos que las mujeres. Estos datos coinciden con los planteados por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2005), quienes mencionan que a nivel mundial la prevalencia de esta enfermedad es hasta dos veces mayor en mujeres que en hombres.

Finalmente y con base en los resultados obtenidos en esta investigación se concluye que el funcionamiento familiar es un factor predisponente en la aparición de síntomas depresivos en hombres y mujeres; por ello es importante señalar la importancia que tiene la familia en el desarrollo psicoemocional de las personas; entendiendo a ésta como el grupo social primario donde se aprenden los valores, reglas y límites; y, donde la conducta de cada miembro influye directa o indirectamente sobre los demás.

REFERENCIAS.

- Alonso, F. (2001). *Claves de la Depresión*. Madrid: Cooperación Editorial.
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. 5a. Ed. España: Desclee de Brouwer.
- Breunlin, C. (1991). La teoría de la oscilación y el desarrollo familiar. En C. Falicov (Com). *Transiciones de la Familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida*. (pp. 199-228). Buenos Aires: Amorrortu.
- Casullo, M. (1998). *Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica*. 1a. Ed. México: Paidós.
- CIE-10. (2000). *Guía de bolsillo de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- De la Garza, F. (2004). *Depresión, Angustia y Bipolaridad: Guía para pacientes y familiares*. México: Trillas.
- DSM-IV-TR. (2005). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. México: Masson.
- Estrada, L. (2002). *El Ciclo Vital de la Familia*. México: Grijalbo.
- Falicov, C. J. (1991). Contribuciones de la sociología de la familia y de la terapia familiar al << esquema del desarrollo familiar >>: análisis comparativo y reflexiones sobre las tendencias futuras. En C. Falicov (Com). *Transiciones de la Familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida*. (pp. 31-95). Buenos Aires: Amorrortu.
- García-Méndez, M. y Rivera, S. (2007). Redes familiares: funcionamiento y evaluación. En García-Méndez (Com). *Estrategias de evaluación e intervención en psicología*. (pp. 85-123). México: UNAM, Miguel Ángel Porrúa Editores.
- García-Méndez, M., Rivera, S., Reyes-Lagunes, I. y Díaz-Loving, R. (2006). Construcción de una escala de funcionamiento familiar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (AIDEP)*, 2, 22, 91-110.
- Gross, R. (1998). *Psicología: La ciencia de la mente y la conducta*. México: El Manual Moderno.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) recuperado en <http://www.inegi.gob.mx>
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 3, 26-31.
- López, S. y Escudero, V. (2003). *Familia, evaluación e intervención*. Madrid: CCS.
- Mackinnon, A. (1973). *Psiquiatría clínica aplicada*. México: Interamericana.
- Minuchin, S. (1985). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman (1994). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Minuchin, Lee y Simon. (1998). *El arte de la terapia familiar*. México: Paidós.

- Nieto-Cardoso, E. (1994). *Psicoterapia: Principios y Técnicas*. México: Pax México.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder.
- Olson, D. H. (1991). Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción con la familia: una perspectiva del desarrollo familiar. En C. Falicov (Com). *Transiciones de la Familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida*. (pp. 99-129). Buenos Aires: Amorrortu.
- Organización Mundial de la Salud (2005). Recuperado en: <http://www.who.int/es/index.html>
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). Comunicado de prensa. Washington: OMS
- Polaino-Lorente, A. (1985). *La Depresión*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Ritvo, C. (2003). *Terapia de Pareja y Familiar. Guía práctica*. México: Manual Moderno.
- Ruano, R. y Serra, E. (2001). *La familia con hijos adolescentes. Sucesos vitales y estrategias de afrontamiento*. Barcelona: Octaedro.
- Rupke, Blecke & Renfrow. (2006). *Cognitive Therapy for Depression*. American Family Physician. Vol. 73, No. 1
- Sabanés, F. (1990). *La Depresión*. Barcelona: Editores Emeka.
- Sander, J & McCarty, C. (2005). *Youth Depression in the Family Context: Familial Risk Factors and Models of Treatment*. Clinical Child and Family Psychology Review, Vol. 8, No. 3
- Satir, V. (1983). *Psicoterapia Familiar Conjunta*. México: Prensa Médica Mexicana.
- Satir, V. (1991). *Relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Pax.
- Satir, V. (2002). *Terapia Familiar paso a paso*. México: Pax.
- Stierlin, H. (1995). *Terapia de Familia. La primera entrevista*. Barcelona: Gedisa.
- Villa, G. (2001). *Normas del Inventario de Depresión de Beck en sujetos clínicos y no clínicos en una versión computarizada*. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. UNAM.
- Zuk, Boszormenyi. (1985). *Terapia familiar y familias en conflicto*. México: Fondo de cultura económica.

ANEXOS

A. ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de enunciados que describen la manera como se relacionan los miembros de la familia y la pareja, por favor marque con una cruz el número que mejor describa su relación.

1. Nunca
2. Casi nunca
3. Algunas veces
4. Frecuentemente
5. Siempre

1. A mi familia, nos agrada realizar cosas juntos	1	2	3	4	5
2. En mi familia se dice una cosa y se hace otra	1	2	3	4	5
3. Mi familia emplea el doble mensaje, se pide una cosa cuando en realidad se quiere se haga otra	1	2	3	4	5
4. En mi familia hay falta de cooperación para resolver los problemas	1	2	3	4	5
5. Los miembros de mi familia nos criticamos unos a otros	1	2	3	4	5
6. En mi familia, nos gusta pasar tiempo juntos	1	2	3	4	5
7. En mi familia, nadie sigue la disciplina establecida por los papás	1	2	3	4	5
8. En mi familia, los límites y reglas son poco claros	1	2	3	4	5
9. En mi familia acostumbramos los detalles (hacer algo que sabemos le agrada a los demás, ayudarnos en alguna tarea, hacer algo que otro nos solicite, etc.)	1	2	3	4	5
10. A los miembros de mi familia, nos gusta compartir lo que tenemos	1	2	3	4	5
11. En mi familia NO se expresan los sentimientos por temor a la burla de los demás	1	2	3	4	5
12. En mi familia, acostumbramos festejar entre nosotros fechas importantes (cumpleaños, aniversarios de bodas, etc.)	1	2	3	4	5
13. En mi casa, la familia NO es importante	1	2	3	4	5
14. Mi pareja y yo nos ponemos de acuerdo en las reglas y límites a establecer con nuestros hijos	1	2	3	4	5
15. En mi familia, acostumbramos criticar a la persona que se encuentra ausente	1	2	3	4	5
16. En mi familia tenemos presentes las fechas importantes para	1	2	3	4	5

nosotros					
17. En mi familia se respetan las ideas de cada uno de sus integrantes	1	2	3	4	5
18. Los miembros de mi familia, realizamos actividades que nos benefician a todos	1	2	3	4	5
19. Las reuniones de mi familia ponen en evidencia las adicciones de algunos de sus miembros	1	2	3	4	5
20. Las relaciones de mi familia con otros parientes (abuelos, tíos, primos, etc.) es afectuosa	1	2	3	4	5
21. En mi familia hay disponibilidad de tiempo para escuchar al que quiera decir algo	1	2	3	4	5
22. En mi familia, cotidianamente nos demostramos nuestro afecto con palabras de cariño	1	2	3	4	5