

# ÚNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

# Título:

"FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A
DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DEL
COLEGIO NACIONAL MIXTO 8 DE DICIEMBRE DE
LA PARROQUIA SAN PEDRO DE LA BENDITA –
LOJA EN EL PERIODO ABRIL – AGOSTO 2015"

Tesis previa a la obtención del título de Médico General

Autora:

María del Cisne Loján Córdova

Docente:

Méd. Sandra Kalerine Mejía Michay. Mg. Sc.

Loja-Ecuador

2016

# **CERTIFICACIÓN**

Loja, 29 de septiembre de 2016

Méd. Sandra Katerine Mejía Michay. Mg. Sc.

Directora de Tesis

#### **CERTIFICO:**

Que el presente trabajo previo a la obtención del título de Médico General de autoría de la estudiante María del Cisne Loján Córdova, titulado "FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO 8 DE DICIEMBRE DE LA PARROQUIA SAN PEDRO DE LA BENDITA – LOJA EN EL PERIODO ABRIL – AGOSTO 2015" ha sido dirigida y revisada durante su ejecución por lo cual autorizo su presentación.

#### **Atentamente**

Méd. Sandra Katerine Mejía Michay. Mg. Sc.

**DIRECTORA DE TESIS** 

iii

**AUTORÍA** 

Yo, María del Cisne Loján Córdova, declaro ser autora del presente trabajo de Tesis

**DEPRESIÓN** "FUNCIONALIDAD **FAMILIAR ASOCIADA** Α **EN** LOS

ADOLESCENTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO 8 DE DICIEMBRE DE LA

PARROQUIA SAN PEDRO DE LA BENDITA - LOJA EN EL PERIODO ABRIL -

AGOSTO 2015" y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus

representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales que hicieran del contenido

de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi

tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Firma:

Autora: María del Cisne Loján Córdova

**C.I.** 172509154-8

Fecha: 29 de septiembre de 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, María del Cisne Loján Córdova, autora de la tesis: "FUNCIONALIDAD FAMILIAR

ASOCIADA A DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO NACIONAL

MIXTO 8 DE DICIEMBRE DE LA PARROQUIA SAN PEDRO DE LA BENDITA -

LOJA EN EL PERIODO ABRIL – AGOSTO 2015", cumpliendo el requisito que permite

obtener el grado de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad

Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual de

esta casa de estudios superiores.

Los usuarios, libremente, pueden consultar el contenido de este trabajo a través del

Repositorio Digital Institucional (RDL), accediendo a las redes de información del país y

del extranjero con las cuales la Universidad mantenga un convenio.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada

de la presente tesis que sea realizada por terceros. Para constancia de esta autorización, en

la ciudad de Loja, a los 29 días del mes de septiembre del 2016, firma su autora.

Firma: Majoreffe

Autor: María del Cisne Loján Córdova.

Cédula: 1725091548

Dirección: San Pedro de Bendita, Catamayo

Correo electrónico: marypatita\_52@hotmail.com

**Teléfono:** 0997303140

Director de Tesis: Md. Sandra Katerine Mejía Michay, Mg. Sc.

**Tribunal:** Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustan., Mg.Sc.

Presidenta del Tribunal

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes., Mg.Sc.

Miembro del Tribunal

Dr. Héctor Podalirio Velepucha Velepucha., Mg. Sc. Miembro del Tribunal

#### **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo en primer lugar a Dios, por ser mi motor, la fuerza que me impulsa cada día y quien me dio la sabiduría y los recursos necesarios para poder realizarlo.

A mi abuelita materna, quien desde el cielo guía mis pasos y me acompaña en este viaje.

A mi familia, mis padres, hermanos y mi sobrino que han sido mi apoyo durante el transcurso de toda mi carrera y mi vida en general; quienes nunca me han dejado sola espiritual, moral ni físicamente.

A mis docentes y en especial a mi directora de tesis, por ser mi guía profesional, tanto en llegar hasta aquí, como en lograr la culminación de este proyecto.

A Manuel, por haber sido mi soporte incondicional durante todo este largo y difícil camino.

María del Cisne Loján Córdova

#### **AGRADECIMIENTO**

Mi gratitud infinita a Dios, por haberme otorgado la capacidad y la vocación, para emprender mi vida, en base a la carrera que amo, por darme la destreza de a través de; la lectura, la observación y el tacto; admirar la maravillosa obra creada a su imagen y semejanza, EL SER HUMANO.

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja y a la Universidad Central del Ecuador, en cuyas aulas y, bajo los conocimientos de sus brillantes docentes, hicieron palpable el hecho de permitirme, en base a este proyecto, mi sueño eterno de ser médico.

A mi familia por su apoyo y constancia incalculables, de mantenerme segura dentro de este sendero.

A mis amigos, compañeros, y a todos, quienes me respaldaron desinteresadamente para el desarrollo y finalización del presente trabajo de investigación.

María del Cisne Loján Córdova

# ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN	2
ABSTRACT	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA	6
4.1 FAMILIA	6
4.1.1 FUNCIONALIDAD FAMILIAR	7
4.1.2 DISFUNCIONALIDAD FAMIIAR	8
4.1.3 TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL	12
4.2 ADOLESCENCIA	14
4.3 DEPRESIÓN	14
4.3.2 Concepto	14
4.3.3 Depresión en la Adolescencia	15
4.3.4 ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG	18
4.4 Marco teórico contextual	20
4.4.1. Caracterización de la Parroquia de San Pedro de la Bendita	20
4.4.2. Límites, Latitud, Longitud y Demografía	20
4.4.3. Instituciones Educativas	20
5 MATERIALES Y MÉTODOS	21
6. RESULTADOS	23
7. DISCUSIÓN	26
8. CONCLUSIONES	32
9. RECOMENDACIONES	33
10. BIBLIOGRAFÍA	34
ANEVOC	27

# ÍNDICE DE FIGURAS

# 1. TÍTULO

FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO 8 DE DICIEMBRE DE LA PARROQUIA SAN PEDRO DE LA BENDITA – LOJA EN EL PERIODO ABRIL – AGOSTO 2015.

#### 2. RESUMEN

La familia al ser la base social en donde todo ser humano desarrolla su personalidad y resiliencia, se determina como un pilar fundamental en el cual las relaciones que se den dentro de esta, pueden llegar a convertirse en un refugio o sitio de desamparo, sobre todo en los adolescentes, quienes atraviesan por una etapa de gran susceptibilidad dada por los cambios hormonales, físicos y emocionales propios; es precisamente por esta situación de labilidad que esta población tiende a experimentar trastornos psicológicos, entre ellos, la depresión. Es por eso, que el presente trabajo se dirige a la consecución de los siguientes objetivos: Valorar la frecuencia del nivel de funcionalidad familiar y del grado de depresión y analizar la relación existente entre ellos en los adolescentes del Colegio Nacional Mixto 8 de Diciembre de la parroquia San Pedro de la Bendita – Loja quienes fueron objeto de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, en el que se aplicaron dos cuestionarios tipo test a 336 adolescentes (12 a 20 años de edad), se excluyeron 28 estudiantes quienes se encontraron en estado de duelo, quedando como muestra final 308 estudiantes. Para evaluar la funcionalidad familiar se aplicó el test FF-SIL y para determinar el grado de depresión fue utilizada la Escala de Zung. Luego del Análisis Estadístico con los programa Epi Info 7.1.4 y R i386 3.2.2., se obtuvieron los siguientes resultados: el 30,52% (n= 94) tiene una familia funcional; el 58,12% (n=179) una familia moderadamente funcional; el 10,82% (n=34) una familia disfuncional y el 0,32% (n=1) una familia severamente disfuncional. Además, la mayoría de estudiantes correspondiente al 52,92 % (n=163) no presenta depresión; seguido de 37,34% (n= 115) que presenta depresión leve; en porcentajes mínimos depresión moderada (8,44%; n=26) y severa (1,30%; n= 4) y no existió ningún caso con depresión crónica. Con el uso de la prueba de Chi-Cuadrado de Independencia, en el presente trabajo se logró demostrar que no existe asociación significativa entre el nivel de funcionalidad familiar y la presencia de depresión. *Palabras claves:* Adolescentes; depresión; funcionalidad familiar.

#### **ABSTRACT**

Family as the social base where human develops their personality and resilience is determined as a fundamental pillar in which the relationships can become a haven or place of helplessness, mainly in teenagers who are going through a period of great susceptibility given by hormonal, physical and emotional changes themselves. Precisely, this lability makes that this population tends to experience psychological disorders, including depression. For this reason, this study is directing to achieve the following objectives: To assess the frequency of the level of family functioning and the degree of depression and analyze the relationship between them in the teens of the "Colegio Nacional Mixto 8 de Diciembre" in the parish of "San Pedro de la Bendita - Loja" who were subjected to a quantitative, descriptive, cross-sectional study in which two multiple choice questions were applied to 336 teenagers (12-20 years old), 28 students who were in state of mourning were excluded, remaining as final sample 308 students. To evaluate family functioning was applied the FF-SIL test and to determine the degree of depression was used Zung Scale. After statistical analysis with the Epi Info 7.1.4 and R i386 3.2.2 programs, the following results were obtained: it was found that most respondents live in a functional family 30.49% (n = 93), moderately functional 58.69% (n = 182); and only 10.82% (n = 33) lives in a dysfunctional family. Also, most students showed no depression 52,92 % (n=163), the 37,34% (n= 115) had mild depression, 8.44% (n = 26) showed moderate depression and 1, 30% (n = 4) severe depression. With the use of the Chi-Square of Independence, in this paper it was possible to demonstrate that there isn't a significant association between the level of familiar functionality and the presence of depression. **Key words:** Teenagers, depression, family functioning.

# 3. INTRODUCCIÓN

La familia es el núcleo social básico en donde yacen las primeras conductas personales y se determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la población. La funcionalidad familiar es la capacidad de dicho sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, y de acuerdo a ello, su funcionamiento puede considerarse un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades entre sus miembros. Menester del grado en que la familia cumpla o no sus funciones se categoriza como funcional o disfuncional. (Cogollo, Gómez, De Arco, Ruiz, & Campo-Arias, 2009)

Todas las experiencias vividas, a partir de la concepción, adquiridas dentro del seno familiar forman la personalidad de cada individuo; sin embargo este no reacciona a las deficiencias, sino principalmente en etapas de vulnerabilidad; entre ellas la adolescencia, debido a que es el periodo de cambio más pronunciado en el que se manifiesta la resiliencia; y con esta la posible aparición de trastornos a nivel conductual y/o de salud mental (Zapato-Gallardo, et al. 2007). De acuerdo a la (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013), la adolescencia, es una etapa de cambio biológico, social y mental, una crisis personal en el desarrollo del ser humano que va de los 10 a los 19 años. Durante esta época, el adolescente se caracteriza por actitudes impulsivas, poco reflexivas, rebeldía e imprudencia; dadas por su escasa experiencia y la búsqueda de una identidad (Pascualini, A.L, 2010); y que, en sincronía con ciertos factores como el desempeño escolar, influencia de los pares y padres y calidad de la vida comunitaria; entre otros; (Kazdin, 2006); determinarán, que su curso, se dé con riesgos mayores a los necesarios, teniendo que enfrentarse a "comportamientos de riesgo" como el uso ilícito de sustancias, ausentismo escolar, suspensiones, delincuencia, vandalismo y sexo precoz; entre otros (Hoyos Z., E, et al, 2012). Dichas circunstancias pueden generar en esta población trastornos psicoemocionales, como estrés, ansiedad y depresión; siendo este último, una alteración que se define como un cambio drástico y progresivo del estado de ánimo, con tendencia a la infelicidad, en el que se expresa tristeza, anhedonia y falta de capacidad de respuesta; y en el adolescente, se destaca un proceder inadecuado e inmadurez intentando superar el duelo por la pérdida de la niñez al adoptar una conducta hostil hacia sus padres o hacia sí mismo (Ortuño, F.,2010).

Según datos estadísticos de la OMS, la depresión afecta a más de 350 millones de personas en el mundo, equivalente al 13,2% dentro de los trastornos psiquiátricos, estableciéndose como la principal causa de discapacidad y un parámetro importante dentro de la carga mundial de morbilidad. Además, se ha demostrado, que el intento de suicidio (lesiones autoinflingidas), que suele ser la complicación más grave y frecuente en los adolescentes depresivos, ocupa el tercer lugar dentro de las causas de muerte prematura en hombres y mujeres; se estima que 1,3 millones de adolescentes murieron en 2012 por este motivo (OMS., 2012).

Clarke, G.N. et. al. (1999) y Saad E. & Morla R. (2002) coinciden en sus estudios que la mitad de todas las personas que desarrollan trastornos mentales tienen sus primeros síntomas a los 14 años de edad. Si los adolescentes con problemas de salud mental recibieran la atención que necesitan en el momento preciso se lograría tanto una adecuada prevención de muerte como un mejoramiento en su calidad de vida. Además, se ha encontrado que los hijos adolescentes de padres deprimidos pueden presentar la misma patología u otras relacionadas con la conducta. Por otra parte, los investigadores destacan la importancia de un análisis de las variables familiares, principalmente enfocadas en dos aspectos: (1) la relación entre padres, y por consecuente, el tipo de hogar para el adolescente, es decir, si conviven en familias nucleares con ambos padres o en familias incompletas y (2) el número de hijos (Toro et. al, 2006).

El interés de la existencia de relación entre el funcionamiento familiar, el inicio y curso de los trastornos del estado de ánimo, en particular el trastorno depresivo, ha sido objeto de estudio en varios países; en la mayoría de ellos se establece que no existe una relación significativa o de dependencia entre las variables; incluyendo dos estudios realizados a nivel local; sin embargo existe también evidencia científica que determina una estrecha relación entre las variables.

Existen varios factores que pueden influir en la vida de un adolescente tanto biológicos como psicológicos y sociales, es por esto que, tomando en cuenta estos antecedentes, se decidió realizar la investigación en una parroquia rural de la Provincia de Loja, San Pedro de la Bendita, en el grupo de mayor vulnerabilidad emocional y psicosocial, adolescentes entre 12 y 20 años de edad.

En el presente estudio se evaluó los niveles de funcionalidad familiar, el grado de depresión y la relación entre estas, mediante frecuencias y porcentajes y la prueba de chi cuadrado.

# 4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

#### 4.1 FAMILIA

El ser humano; al conformarse como un ser holístico por excelencia, supo crecer y desarrollarse siempre al margen de un contexto social, desde que llega al mundo, o hablando de una forma práctica; desde que es concebido, adquiere la particularidad de establecer vínculos "sobrenaturales" e indestructibles con sus progenitores o con quienes adoptan la responsabilidad de su cuidado y convivencia; a este conjunto mencionado, se lo denomina *familia* y se le ha otorgado diferentes significados, enfocados principalmente en el tiempo cronológico-histórico y las distintas habilidades y problemas que fue enfrentando el hombre en su desarrollo; así:

"La familia es la institución básica que influye en el desarrollo emocional y brinda los cimientos para el desarrollo social de cada uno de sus integrantes" (Cogollo, Z. et al, 2009:638); la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en tanto a lo que respecta la Declaración Universal de los Derechos Humanos, añade además que este grupo particular tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado (Organización de las Naciones Unidas, 2013).

A su vez la Organización Mundial de la Salud (OMS) define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial" (OMS, 2014).

Cedro., 1994, define a la familia como "un modo de organización en el que dos o más personas, que viven juntas y se relacionan, unas con otras, comparten sentimientos, responsabilidades, información, costumbres, valores, mitos y creencias. Cada miembro desempeña cierta función que permite mantener el equilibrio de esta organización" (Arenas, 2009)

La "organización" familiar se establece mediante dos tipos de lazos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente "pareja", como el matrimonio, la unión libre, etc...siendo estos mono o poligámicos; y vínculos de consanguinidad "hijos", como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros y la combinación en la conviven el día a día (Enciclopedia Británica, 2009).

Es relevante mencionar también la existencia de familias desestructuradas definiéndose como "aquellas donde por lo menos uno de los miembros del subsistema parental no vive en el sistema familiar" (Morla B., R., et al, 2006), categorizando la tipología familiar en tres grupos:

- 1. Familia tradicional: la conformada por todos sus miembros "nuclear", familia ampliada y familia extensa o conjunta.
- 2. Familia de nuevo tipo: de la cual se despliegan muchas variedades y generalmente son las que conducen a mayores conflictos.
  - Familias en vías de separación: madrastral, padrastral, compuesta y con hijo mutuo.
  - b. Familia monoparenteral (uniparental): que en Ecuador corresponden al 35%.(SIISE, 2006)
  - c. Familia adoptiva.
  - d. Familia sustituta.
  - e. Familia de emigrantes.
  - f. Familia homosexual; y otros reordenamientos familiares.
- 3. Formas diferentes a la familia: entre ellas la pareja, el hogar unipersonal y la unidad doméstica.

Adicional o como consecuencia a esta situación, se derivan; situaciones de pobreza, en la que uno de cada cinco ecuatorianos viven en hogares que no logran cubrir las necesidades básicas; el 45% de los adolescentes entre 10 y 17 años están incorporados a la población económicamente activa, descuidando así su educación; la incidencia de embarazos en las adolescentes ha aumentado considerablemente; y en otros casos la creación de malos hábitos debido a la mala distribución de su tiempo libre. (Morla. B., R. et al, 2006).

#### 4.1.1 FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La historia familiar se conjuga como la continuidad entre el primer vínculo (concepción), el entorno familiar (reconoce y valoriza lo que proviene de la estructura familiar: pareja e hijos) y el contexto social (Salazar de la Cruz. M. & Jurado-Vega. A., 2013).

Los modos de funcionar y de actuar de la familia interna y externamente, están regidos por pactos y acuerdos inconscientes, es decir, no reconocidos por sus integrantes, pero de un gran vigor; es así como una pareja matrimonial presenta acontecimientos estresantes y/o saludables que pueden inducir cambios, favorables o desfavorables, en el curso de la historia de una familia; de la misma manera en la que lo haría una familia en la que habita un solo padre, o en la que la cabeza de familia resulta un hijo, abuelo o padrastro y existan líneas de consanguineidad en diferentes grados. Desde este enfoque de mayor complejidad de estas diversas configuraciones vinculares, antes mencionadas, se pueden demostrar las condiciones adecuadas para el mejor desarrollo posible de niños y adolescentes, reconociéndolas como red vincular y no como familia incompleta o carente. (Pasqualini & Llorens, 2010).

#### 4.1.1.1 Definición

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema (familia) para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que cada miembro debe cumplir eficazmente con las funciones encomendadas (roles), que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en una lucha constante (Hernández-Castillo, L., Cargill-Foster, N. & Gutiérrez-Hernández, G. 2011). Debiendo considerarse de esta manera como un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre los miembros de una familia (Rivera, A. & Sánchez, S. 2014).

#### 4.1.2 DISFUNCIONALIDAD FAMIIAR

#### **4.1.2.1** Concepto

El *desequilibrio* de un sistema familiar basal ya conformado y definido da lugar a una familia disfuncional, en la que las perturbaciones o situaciones estresantes trastornan la esfera en cualquier ámbito ya sea físico y/o emocional de uno y/o de todos los miembros en diferente grado regido a la vulnerabilidad individual (Cogollo. Z., et al, 2009).

Una familia disfuncional es en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continua y regularmente unos a otros o solamente uno de los miembros familiares crea estas acciones, lo que lleva a la probabilidad de que los niños y adolescentes que crecen en tales familias crean que este comportamiento es normal (Leyva-Jiménez, R., 2007).

Según Hunt (2007): "Una familia disfuncional es donde el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente los miembros de la familia". Así, la estabilidad

emocional y psicológica de los padres es indispensable para el buen funcionamiento de la familia. Además, "Una familia disfuncional es donde sus miembros están enfermos emocional, psicológica y espiritualmente". Basándonos en que el concepto de salud envuelve todos los aspectos en los que se desarrolla el ser humano, se establece la condición de que para que una familia sea funcional todos sus miembros deben ser saludables (Pérez. A. & Reinosa M., 2011).

#### 4.1.2.1 Características de una familia disfuncional

- Relación Disfuncional entre padre y madre: Aunque actualmente exista una amplia variedad de posibles tipos de uniones que pueden conformar el seno de un hogar, se tiene el estereotipo de familia como la unión de hombre y mujer que quieren compartir su vida y prolongarla con la creación de descendencia; por ello resulta sencillo deducir que una falta de comunicación, un mal acoplamiento emocional, psicológico y/o físico y un tipo de desigualdad que cree entre ellos, creará un ambiente frío, lleno de duda e inseguridad, en el cual cada quien tendrá un rol establecido y en caso de que exista una dificultad, ningún otro miembro se encontrará en la capacidad para asumirlo.
- Machismo/Androcentrismo: esta "cultura" muy antigua y que predomina a nivel de Latinoamérica supone una actitud de desprecio, menoscabo y discriminación hacia el género femenino sosteniendo que el hombre es superior a la mujer y que esta debe encontrarse sometida y soportar cualquier comportamiento que incluso vaya en contra de su integridad física, psicológica y/o emocional. Cuando se da el caso los hijos de estas familias establecen marcada diferencias entre géneros, los niños son fríos (están privados de expresar emociones), realizan solo tareas que no involucren el quehacer del hogar; mientras que las niñas tienden a ser dóciles y frágiles. Incluso se ha llegado a demostrar que la base de la violencia intrafamiliar es este factor.
- Violencia: este término engloba un sin número de actitudes y comportamientos de cualquiera de los miembros hacia los otros, determinando dos clases bien marcadas: el agresor y la víctima; en varios estudios se ha demostrado que el grupo abusado corresponde en su gran mayoría a la mujer y luego los niños. De igual manera existen varios tipos de violencia dependiendo de la esfera irrumpida en la víctima.

- Adicciones: Según (OMS), adicción "es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación." Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad. (OMS, 2010). Inicialmente el problema se enfoca en el miembro afectado de la familia, con el tiempo se dispersa, haciendo que el conjunto intente ocultar socialmente este mal hábito, para posteriormente ser parte de todos al volverse un problema crónico en el que todos se ven afectados en distintos niveles y aspectos; entre las adicciones más comunes se encuentra el alcohol en primer lugar, seguido de cigarrillo, drogas, sexo, juegos de azar, etc.
- Falta de seguridad: sea cual fuere el estímulo que desencadena el conflicto familiar y el papel que asume cada integrante, como se ha mencionado anteriormente la familia es la unidad social básica en donde se desarrolla el ser humano como un ente íntegro y holístico; cuando una base tambalea, se forma una persona frágil con desconfianza en sí mismo y en su alrededor.
- El círculo vicioso de las generaciones: es muy común observar que de un hijo cuyo padre fue alcohólico se vuelve a formar una familia exactamente igual, es por eso que piensa que estos comportamientos tienen una fuerza raíz genética, incluso más que constituir un simple factor ambiental.
- Negación: Así como en muchas otras situaciones o trastornos en los que se requieren ayuda externa, como es el caso de la disfuncionalidad, la cabeza de la familia, es decir a la pareja, le cuesta admitir que no fueron capaces de crear un ambiente sano o simplemente se centran en que, como todos los demás, tienen problemas, pero que sin embargo, con el transcurrir del tiempo, no son capaces de remediarlos; haciendo que se formen un cúmulo de problemas, de que cada más difícil solución.

#### • Otras características:

- Comunicación paterna pobre, baja autoestima y falta de identidad.
- Secretos en la familia
- Incapaces de identificar y expresar emociones.
- Perfeccionismo

- Incapaces de jugar, sentir diversión y ser espontáneo
- No hay respeto a los individuos de la familia
- Una tolerancia alta de la conducta inapropiada
- Tener identidades de individuos que se sobreponen con otros.
- Sienten soledad, aun cuando están en una multitud.
- Necesitan la aprobación de otros. Tratan de agradar a la gente.
- Son inconscientes en su conducta
- Rebeldía.
- Tienen la necesidad de controlar o ser controlados.
- Sobreprotección, lo cual no permite que los miembros de la familia se edifiquen
- Vida personal rígida y estructurada
- Miedo de fracasar
- Propensión a ser emocionalmente inestables, sufrir trastornos psicoemocionales como depresión y ansiedad, anorexia y bulimia, adicciones de alcohol y químicos y cometer suicidio. (Magnus, 2011: 8,13).

#### 4.1.2.2 Causas de una familia disfuncional

- Padres en conflicto legal y/o emocional: divorciados o separados, o padres que se deben separar, sin embargo lo postergan (con la excusa de la crianza de sus hijos); aquí entran principalmente las familias de nuevo tipo; incluyendo también a las familias de emigrantes (Morla., R, et al, 2006).
- Grado de comunicación deficiente entre los miembros de la familia.
- Falta de tiempo compartido como unidad: actividades recreativas, eventos sociales; entre otras.
- Relación estrictamente jerárquica, en la cual los más pequeños no tienen el derecho de emitir juicios ni dar ningún tipo de opinión dentro o fuera de su hogar.
- Miembros de la familia, que por cualquier situación, entre ellas pobreza o vandalismo reniegan unos de los otros, y/o se avergüenzan de que los vean juntos.
- Conflictos frecuentes entre padres sean casados, divorciados o separados, causando la pérdida de atención hacia los adolescentes (Martínez, M., 2011).

#### 4.1.2.3 Consecuencias de la disfuncionalidad familiar

• Disminución o ausencia y/o empatía extrema hacia ciertos miembros de la familia.

- Apatía hacia un miembro de la familia, utilizando comportamientos hostiles.
- La no existencia de límites que rijan el comportamiento de un miembro de la familia, otorgándole el "derecho" de tomar cualquier decisión o conducta sobre los demás integrantes.
- Autoritarismo de un miembro, cuya conducta determine violación de la integridad del resto de miembros.
- Comunicación insuficiente que incluya lucha excesiva o a su vez indiferencia entre los miembros
- Comportamientos controladores, entre ellos: celos
- Maltrato entre los miembros de la familia.
- Crianza desigual de los hijos (asumiendo importancia solo a las necesidades de uno de ellos, lo que resta importancia del otro).
- Pérdida de la autoridad paterna o materna (Herrera. S., 2012).

#### 4.1.3 TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL

El test FF-SIL fue diseñado y valorado en Cuba en 1994, por Pérez de la Cuesta, Louro y Bayane, con el objetivo de determinar el grado de funcionalidad familiar.

#### Componentes que valora el test de funcionamiento familiar FF-SIL

El test FF-SIL consta de 14 proposiciones y 7 categorías que definen el funcionamiento familiar. Estas categorías son: cohesión, armonía, comunicación, afecto, adaptabilidad, rol, y permeabilidad; y se otorgan para cada una con dos de las preguntas enunciadas.

• **Cohesión:** unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

#### **Preguntas:**

- 1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia; y
  8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.
- **Armonía:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

#### **Preguntas:**

- 2. En mi casa predomina la armonía; y
- 13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familia.

• Comunicación: los miembros de la familia son capaces de trasmitir sus experiencias de forma clara y directa.

### **Preguntas:**

- 5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa; y
- 11. Podemos conversar diversos temas sin temor.
- **Permeabilidad:** capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

#### **Preguntas:**

- 7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes; y
- 12. Ante una situación familia difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.
- **Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

#### **Preguntas:**

- 4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana; y
- 14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.
- Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

#### **Preguntas:**

- 3. En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades; y
- 9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.
- Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

#### **Preguntas:**

- **6.** Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos; y
- **10.** Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones (Pérez, 2007).

#### Calificación de FF-SIL

La puntuación se obtiene por la suma de los ítems de la siguiente manera, en base a las cinco opciones de respuesta: Casi nunca: 1; pocas veces: 2; a veces: 3; muchas veces: 4; y casi siempre: 5 puntos; considerándose así:

- De 14 a 27 familia severamente disfuncional.
- De 28 a 42 familia disfuncional,
- De 43 a 56 familia moderadamente funcional, y;
- De 57 a 70 familia funcional.

#### 4.2 ADOLESCENCIA

La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Generalmente se enmarca su inicio cerca de los 13 años, y su finalización a los 19 o 20 (Pascualini, D, 2010: 61)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como "la etapa comprendida entre los 10 años hasta los 19 años y considera dos fases: la adolescencia temprana, de los 10 u 11 hasta los 14 o 15 años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años. Sin embargo, la condición de juventud no es uniforme y varía según el grupo social que se considere apto" (OMS, 2014)

#### 4.3 DEPRESIÓN

#### 4.3.2 Concepto

Se define a la depresión como la "alteración en el estado de ánimo, con reducción de la energía y disminución de la actividad." (Protocolos de Atención integral a los adolescentes-MSP, 2009).

"Es el trastorno mental caracterizado por tristeza profunda y pérdida de interés o placer, que perdura durante al menos dos semanas y que está presente la mayor parte del día." (Leyva-Jiménez., et al, 2006).

La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por alteraciones en cuatro áreas específicas:

- Humor: tristeza, apatía, anhedonia o pérdida de interés, produciendo disminución de la ilusión y la respuesta emocional, irritabilidad y disforia, así como ansiedad y angustia. Estas manifestaciones sufren una variación circadiana: tristeza por la mañana que va mejorando durante el día.

- Actividad psicomotriz: se puede manifestar en dos extremos; enlentecimiento psicomotor: disminución de movimientos espontáneos, postura fija, disminución de la fluidez verbal, hipomimia facial y corporal y falta de aseo y arreglo personal; y agitación psicomotriz: discurso rápido y presionado, movimientos continuos de la mano o la pierna (la persona no puede permanecer quieta "depresión agitada".
- Función cognitiva: se manifiestan como disminución de la capacidad de concentración, fallos mnésicos, rumiación con pensamientos negativos, indecisión y dificultad para el pensamiento abstracto; distorsiones cognitivas como nula valía personal, pesimismo, culpa e ideas de muerte y suicidio.
- Síntomas biológicos/somáticos: tales como alteraciones en el sueño y apetito, con pérdida o ganancia de peso, disminución de la líbido y función sexual, palpitaciones, taquicardia, sudoración (activación autonómica), cefalea o precordialgia; entre otros. (Ortuño. F, 2010: 120-141)

Su origen es multifactorial, aunque hay que descartar factores desencadenantes tales como estrés y sentimientos (derivados de una decepción sentimental, problemas familiares, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias y/o el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte. (Alberdi. J., et al, 2006)

La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, ya que se puede presentar un agotamiento que se verá reflejado en la falta de interés hacia uno mismo, o incluso el desgano para productividad, lo cual no solo afectará a quien está pasando por la depresión, sino al conjunto de personas que forman parte círculo social. (Instituto Nacional de Salud Mental, 2009)

#### 4.3.3 Depresión en la Adolescencia

Durante la adolescencia se producen una gran cantidad de cambios en todas las esferas del ser humano, lo que convierte a esta población en un blanco perfecto; cuando las condiciones en las que crece no son las adecuadas, al desarrollo de trastornos psicológicos como es la depresión, caracterizándose así con sentimientos persistentes de tristeza y desánimo, pérdida de la autoestima y una ausencia de interés por las actividades cotidianas, principalmente las escolares (Zapato-Gallardo. J. et al., 2007). Sin embargo

en ellos, la depresión es transitoria y es una reacción usual a muchas situaciones y factores que les generan estrés.

Por otro lado, factores externos que acentúen la depresión en el adolescente como: muerte de algún familiar, el maltrato dentro de una familia, la ruptura con pares, el bullying o fracaso escolar asociados con una baja autoestima y una autopercepción negativa (Stavropoulos. V., et al, 2015). Algunos adolescentes reacciones a estos estímulos con conductas negativas o claramente antisociales (hurtos, agresividad, consumos de sustancias) y/o anorexia, bulimia, etc.

Se considera normal que los adolescentes se sientan tristes o necesitados ocasionalmente, debido al cambio hormonal, biológico, psicológico y social por el que atraviesan, sin embargo algunos de ellos se ven envueltos rápidamente en la tristeza y la frustración (Tompson MC., et al, 2015)

#### 4.3.3.1 Causas de la depresión en adolescentes

Las causas más comunes de depresión en los adolescentes pueden ser:

### 1. Biológicas:

- Influencia hormonal.
- Enfermedades principalmente crónicas.

## 2. Psicológicas:

- Inestabilidad emocional
- Estrés
- Sensación de abandono o rechazo
- Un estado de ánimo triste o irritable de forma persistente.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa.

#### 3. Sociales:

- Abuso o maltrato escolar
- Fracaso en las actividades escolares
- Ruptura con la pareja y/o amigos.
- Poca habilidad para socializar.
- Aislamiento social, la mala comunicación
- Dificultad con las relaciones.

#### 4. Familiares:

- Conflictos con los padres.

- Antecedentes familiares de depresión. (Martínes M., 2011).

#### 4.3.3.2 Consecuencias de la depresión en el adolescente

La adolescencia es el periodo de transición para la búsqueda de identidad y definición de valores propios, si esta etapa cursa con riesgos mayores a los considerados normales; como sería el caso de la depresión, los jóvenes se defienden o reaccionan adoptando salidas fáciles que les permitan olvidarse del problema como consumo de sustancias, vandalismo, delincuencia y/o en el más grave de los casos ideas suicidas. (Rawatlal. N., et al, 2015)

Aproximadamente dos terceras partes de los jóvenes que presentan una depresión mayor tienen otros desórdenes mentales. Los más comunes son el desorden sistémico, la ansiedad, el déficit de atención y la hiperactividad.

#### 4.3.3.3 Síntomas de la depresión en la adolescencia

Los síntomas en un adolescente deprimido son físico-emocionales asociados como:

- Ansiedad, nerviosismo
- Alteraciones en el sueño
- Baja autoestima
- Ideas de autoeliminación
- Pérdida de interés en actividades habituales (que antes causaban placer)
- Alteración del apetito y peso corporal
- Tristeza y/o irritabilidad prolongada
- Agitación o enlentecimiento psicomotriz
- Pérdida de energía
- Sentimiento de inutilidad o de culpa
- Dificultad para concentrarse
- Arranques de gritos, quejas o llanto inexplicable.
- Sentimientos de abandono, rechazo o fracaso.
- Comportamiento socialmente imprudente; rebeldía.
- Retraimiento social.
- Uso de drogas o de bebidas alcohólicas
- Cambios pronunciados en su personalidad.
- Aburrimiento persistente.
- Deterioro en el desempeño escolar.

- Quejas frecuentes de síntomas físicos, tales como: los dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional del adolescente.
- Poca tolerancia de los elogios o los premios. (Mendizabal J & Anzures B., 2011) Los síntomas varían mucho entre las personas y, a veces, la depresión puede ocultarse detrás de una cara feliz, no hay que ignorar las señales de advertencia; hay que escuchar atentamente cuando un amigo o familiar comente que está deprimido, la persona puede estar diciendo que él o ella necesitan ayuda.

# 4.3.4 ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG

La escala para la auto-medición de la depresión (EAMD) diseñada por el Dr. W.W. Zung y destinada a medir cuantitativamente la depresión, se publicó por primera vez en 1965, en una serie de informes sobre pacientes deprimidos y con otros desórdenes emocionales; incluida la adolescencia (como un fenómeno fisiológico de cambio holístico del ser humano). El uso de la escala en cualquier clase de pacientes que manifiesten síntomas físicos sin base orgánica aparente, puede descubrir y medir la llamadas "depresiones ocultas", economizando tiempo valioso en la clínica y varias sesiones de entrevistas de estudio. Generalmente se necesitan menos de 5 minutos para hacer la prueba y calificar al paciente. Los estudios estadísticos realizados indican que las mediciones obtenidas de esta manera, pueden correlacionarse de manera segura con otras escalas de medición de la depresión que requieren más tiempo y que están en uso actualmente.

# 4.3.4.1 Componentes que valora la escala de autoevaluación para la depresión de Zung.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Consta de 20 íems que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. (Lezama. S., 2011)

Se plantean diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

### 4.3.4.2 Síntomas de los desórdenes depresivos ítems de la EAMD N° del ítems

• Afectivos persistentes: Deprimido, triste, melancólico y accesos de llanto.

## **Preguntas:**

- 1. Me siento triste y decaído y;
- 3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.

#### • Equivalentes fisiológicos:

# **Preguntas:**

- 2. Exageración de síntomas: Por la mañana es cuando me siento mejor.
- **4. Sueño:** Tengo problemas para dormir por la noche.
- **5. Apetito:** Como la misma cantidad de siempre.
- **6. Sexuales:** Todavía disfruto de sexo.
- **7. Pérdida de peso:** He notado que estoy perdiendo peso.
- Síntomas somáticos:
- **8. Gastrointestinales**: Tengo problemas de estreñimiento.
- 9. Cardiovasculares: Mi corazón me late más rápido que lo normal.
- **10. Músculo esquelético**: Me canso sin razón alguna.

### • Equivalentes psicológicos:

- 11. Confusión: Mi mente esta tan despejada como siempre.
- 12. Retardo Psicomotor: Me es fácil hacer lo que siempre hacía.
- 13. Agitación Psicomotriz: Me siento agitado y no puedo estar quieto.
- **14. Desesperanza:** Siento esperanza en el futuro.
- **15. Irritabilidad:** Estoy más irritable de lo normal.
- **16. Indecisión:** Me es fácil tomar decisiones.
- **17. Desvalorización personal:** Siento que soy útil y que me necesitan.
- **18. Sensación de vacío:** Mi vida es bastante plena.
- 19. Ideas Suicidas: Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.
- **20. Disgustos:** Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes (Zung. W., 1965).

#### Calificación de Escala de Zung: el rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 Normal o ausencia de depresión
- 50-59 Depresión leve
- 60-69 Depresión moderada
- 70 o más, Depresión severa.

#### 4.4 Marco teórico contextual

#### 4.4.1. Caracterización de la Parroquia de San Pedro de la Bendita

San Pedro de la Bendita, se encuentra al occidente del cantón Catamayo, en la provincia de Loja, en el sur del Ecuador.

#### 4.4.2. Límites, Latitud, Longitud y Demografía

- Norte: la parroquia El Cisne sirviendo como límite natural la quebrada de Naranjillo y con la parroquia Zambi.
- Sur: la parroquia Nambacola (límite natural: el Río Catamayo).
- Este: la parroquia urbana y cabecera cantonal de Catamayo (límite natural: el río Guayabal).
- Oeste: por una parte con la parroquia Zambi y por otra con Catacocha.

Las coordenadas geográficas de la parroquia San Pedro de la Bendita son las siguientes: 3°56'51,93" de Latitud Sur y 79°26'7,89" de Longitud Oeste.

Posee un clima templado cuya temperatura oscila entre los 13 − 25 °C. Su rango altitudinal varía de 700 a 2800 m.s.n.m. Tiene una extensión de 14770,99 Ha y 1668 habitantes con una tasa de crecimiento anual de 0.8%. Según el desarrollo económico de los diferentes sectores, el 81.04% de la población vive en la cabecera parroquial, mientras que el 19.96% vive en el resto de la parroquia.

#### 4.4.3. Instituciones Educativas

La parroquia San Pedro de la Bendita cuenta con cuatro centros educativos, tres ubicados en la cabecera parroquia: el Colegio Nacional "8 de Diciembre"; la Escuela Fiscomisional "San Vicente Ferrer" y la Escuela Fiscal Mixta "Mariana Gutiérrez de Hidalgo"; y uno situado en el barrio Illaca como es la Escuela Fiscal Mixta "Teresa Lucía Celi de Galván".

# 4.4.3.1. Colegio Nacional Mixto "8 de Diciembre"

Esta institución funciona en dos lugares: la sección básica en el área emplazada en la Urbanización Reina del Cisne y la sección de Bachillerato funciona en el centro de la cabecera parroquial, la forma de articulación educativa interna es anti funcional, la mayor parte de alumnos son del Cantón Catamayo, también existen alumnos de las Parroquias de Zambi y el Cisne, constituyendo una población estudiantil total de 354 alumnos. Su cuerpo docente está compuesto de 21 profesores y su rector es Dr. Engiberto Villamagua. (GAD-SPDB, 2014)

# 5 MATERIALES Y MÉTODOS

- **5.1 Tipo de estudio:** Se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo y diseño transversal.
- **5.2 Tiempo de estudio:** Abril Agosto 2015.
- **5.3 Área de estudio:** Colegio Nacional Mixto "8 de Diciembre" de la Parroquia San Pedro de la Bendita del Cantón Catamayo Provincia de Loja.
- **5.4 Universo:** 354 estudiantes de 8vo año de Educación Básica al 3er año de Bachillerato de entre 12 y 20 años de edad del Colegio Nacional Mixto "8 de Diciembre" de la parroquia de San Pedro de la Bendita.
- **5.5 Muestra:** 308 estudiantes (quienes cumplen con los criterios).

#### 5.6 Criterios de inclusión:

- Estudiantes legalmente matriculados y que acuden regularmente a este centro de estudios.
- Estudiantes que autoricen el participar en este estudio mediante la firma del consentimiento informado.

#### 5.1 Criterios de exclusión:

- Adolescentes embarazadas.
- Adolescentes que se encuentren en situación de duelo menor de 3 meses.
- Adolescentes con enfermedades crónicas incapacitantes.

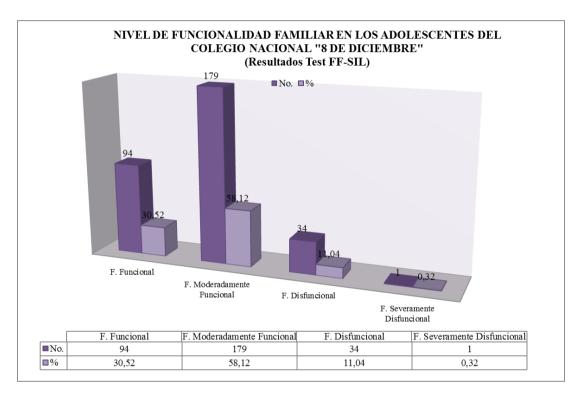
# 5.2 Técnicas de recolección de datos:

Previa autorización por parte del personal administrativo y/o docente (Anexo 1), se procedió a explicar, a través de un discurso a los estudiantes y personal presente, cual fue el motivo y la relevancia de la realización del proyecto. Se entregó el consentimiento informado (Anexo 2) a cada uno de los estudiantes para que lo analicen y decidan libremente sobre su participación; posteriormente se aplicó al universo, dos cuestionarios (previamente validados mediante estudio piloto) tipo test. En el primero, el FF-SILL inicialmente se indagó sobre datos de relevancia, como son: género, edad, situación de embarazo y/o duelo (Anexo 3); este cuestionario determina el nivel de funcionalidad familiar categorizando a esta variable en cuatro grupos de acuerdo al puntaje obtenido sobre setenta (70) en donde: un puntaje entre 14 – 27 se califica como familia severamente disfuncional, de 28 – 42 familia disfuncional, de 43 a 56 familia moderadamente funcional y de

- 57 a 70 como familia funcional. Luego, en el segundo cuestionario se utilizó la Escala de Zung (Anexo 4) que evalúa el grado de depresión ubicando mediante el puntaje obtenido como normal o sin depresión entre 25 49 puntos, ligeramente deprimido de 50 59 puntos, moderadamente deprimido entre 60 69 puntos y severamente deprimido cuando es mayor o igual a 70.
- **5.3 Plan de análisis y presentación de datos:** Para el análisis estadístico de los datos se utilizó como instrumento de registro el paquete estadístico Epi Info 7.1.4., la base de datos Access para la posterior tabulación en Microsoft Excel 2010. Las variables determinadas se expresan como frecuencias y porcentajes y el programa estadístico R i386 3.2.2. para realizar la prueba de Chi-Cuadrado para analizar la independencia de las variables con un Intervalo de Confianza de 95%.

#### 6. RESULTADOS

**6.1. Figura 1.** Nivel de Funcionalidad Familiar en los adolescentes del Colegio Nacional Mixto "8 de Diciembre" de San Pedro de la Bendita – Loja en el período Marzo - Agosto de 2015.

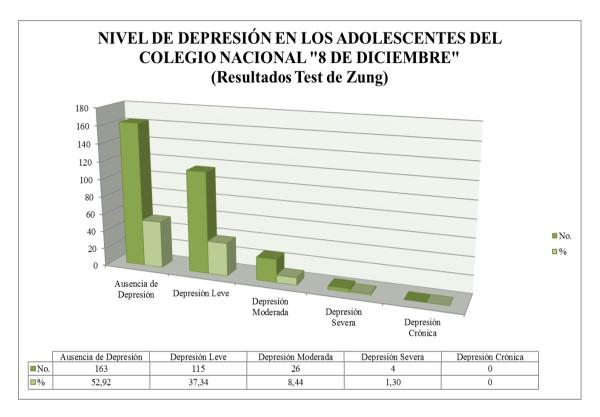


Fuente: Test FF-SIL

Elaborado: María del Cisne Loján Córdova

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio de los 308 estudiantes, se encontró que el 30,52% (94) tienen una familia funcional; el 58,12% (179) una familia moderadamente funcional; el 10,82% (34) una familia disfuncional y el 0,32% (1) una familia severamente disfuncional.

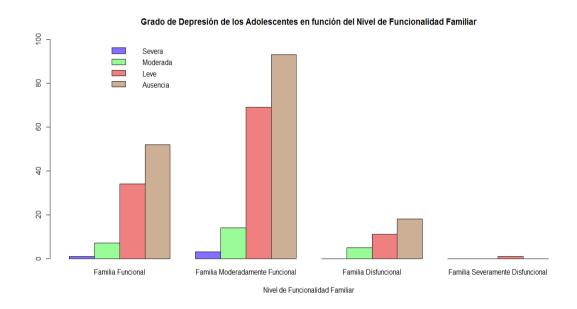
**6.2 Figura 2.** Nivel de depresión en los adolescentes del Colegio Nacional Mixto "8 de Diciembre" de San Pedro de la Bendita – Loja en el período Marzo - Agosto de 2015.



Fuente: Test de Autoevaluación de Zung Elaborado: María del Cisne Loján Córdova

Con los resultados obtenidos se logró establecer que la mayoría de la población estudiada correspondiente al 52,92 %, es decir, 163 adolescentes no presentan depresión; seguido de 37,34% (115) que presenta depresión leve; en porcentajes mínimos depresión moderada (8,44% - 26) y severa (1,30% - 4) y no existió ningún caso con depresión crónica.

**6.3. Figura 3.** Relación existente entre el nivel de funcionalidad familiar y el nivel de depresión en los adolescentes del Colegio Nacional Mixto "8 de Diciembre" de San Pedro de la Bendita – Loja en el período Marzo - Agosto de 2015.



Fuente: Test de Autoevaluación de Zung y Test de FF-SIL Elaborado: María del Cisne Loján Córdova.

Con ayuda del programa estadístico R i386 3.2.2. se realizó la prueba de Chi-Cuadrado de asociación e independencia con un Intervalo de Confianza de 95%, es decir, con alpha (nivel de significancia) = 0,05. La hipótesis nula (Ho) fue: "hay ausencia de relación entre Nivel de Funcionalidad Familiar y Grado de Depresión del Adolescente" (Ho: los dos factores son independientes).

```
Pearson's Chi-squared test

data: GE.mat
X-squared = 4.5927, df = 9, p-value = 0.8683
```

Dado que el p-valor obtenido (0.8683) fue mayor a alpha (0.05) no se rechazó la hipótesis; concluyendo de esta manera que no hay relación entre las variables mencionadas.

# 7. DISCUSIÓN

La adolescencia es la etapa biológica de mayor vulnerabilidad en el ser humano, esto es debido a todos los cambios físicos, psicológicos y sociales, que se dan principalmente bajo influencia hormonal y genética; sin embargo, al hablar de un ente holístico, debemos tomar en consideración que existe una amplia variedad de factores externos o "sociales" que pueden llegar a formar parte o influir de manera significativa en la vida de cada adolescente, particularmente hablando, entre estos se encuentran: la funcionalidad familiar (el tipo de relación familiar, tipo de familia, adaptabilidad familiar), el desempeño escolar, el tipo de actividad a la que destinan su tiempo libre, el consumo de sustancias, etc. Todas estas situaciones pueden desempeñarse como factores de riesgo o de protección en la transición que experimenta un adolescente y el desarrollo conjunto de trastornos psicológicos como ansiedad, estrés o depresión.

Desde hace algunos años, se ha logrado evidenciar, que las patologías psicológicas han ido en aumento considerable, estimando que para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad y morbilidad (OMS,2014), esto debido principalmente a la nueva forma de vida, refiriéndonos a la integración de la mujer en la vida laboral (productiva); a la grave situación económica que atraviesa el mundo, que lleva a pobreza extrema, estimando cifras alarmantes como que 1 de 5 ecuatorianos vive en hogares que no tienen los suficientes recursos como para satisfacer las necesidades básicas (SIISE, 2006), a su vez esto obliga a que el 45% de niños y adolescentes entre 10 y 17 años se incorporen a la población económicamente activa descuidando su educación y en base a esto inicien con hábitos de vandalismo, delincuencia e incluso el aumento de la incidencia de maternidad en esta población; además emigración creando familias desestructuradas, tan solo citando casos más frecuentes. Todos estos aspectos mencionados han despertado el interés de esclarecer una posible causa que provoque trastornos depresivos en esta población vulnerable o de a su vez agentes que actúen como factores protectores o de riesgo, frente al desarrollo de estas conductas.

A nivel internacional se han realizado estudios que determinan que un mal funcionamiento familiar o dicho de otra manera una familia disfuncional se relacionan estrechamente con el desarrollo de trastornos depresivos en la población mencionada así: En un estudio descriptivo transversal realizado en España sobre estructuración y funcionalidad familiar asociado a malestar psíquico en adolescentes (edad promedio de 14,3 años) se

observó una alta prevalencia de malestar psíquico (EADG: ansiedad 92,0 ± 1,4%, depresión  $74.1 \pm 2.2\%$ ); y además que los síntomas depresivos eran más evidentes mientras más intensa fue la disfunción familiar (p < 0,01, test de la  $\chi$ 2). Concluyendo que la estructura de la familia no condiciona la función familiar durante la adolescencia. Sin embargo, la percepción del adolescente sobre la función familiar influye en el apoyo social, el consumo de tóxicos y la presencia de síntomas depresivos. La familia funcional se mostró como un factor protector contra síntomas depresivos, ideas de muerte e intentos suicidas (Pérez., et.al., 2007:61). Otro estudio realizado en Estonia con una metodología similar utilizando una muestra representativa de escolares de 11, 13 y 15 años cumplidos, demostró que la proporción de los sentimientos depresivos aumenta con la edad de los y las adolescentes y las mujeres son el grupo más afectado; además que los pensamientos suicidas se presentaban a partir de los 15 años. En ese trabajo se determinó que: 1. Los adolescentes que estaban satisfechos con sus relaciones familiares sufrieron menos frecuencia de los sentimientos depresivos y pensamientos suicidas; 2. La buena comunicación con los padres reduce la probabilidad de pensamientos suicidas en todos los grupos de edad; y 3. El mejor ambiente para un adolescente era una familia con ambos padres biológicos (Samm. A, et.al., 2010:457).

En otro estudio realizado en Murcia - España sobre factores asociados a la depresión en adolescentes con una muestra de 245 jóvenes, que mediante las escalas de Kovachs y Zung, se logró determinar como factores protectores a una buena cohesión familiar, el establecimiento de control dentro del hogar, la organización de asuntos y relaciones familiares y autonomía (Galicia. I., et al, 2009); concordando con otra investigación realizada en USA con una muestra de 32 adolescentes deprimidos y sus familias que mediantes FACES III y la escala de Kovachs, se llegó a la conclusión de que existe una asociación significativa entre depresión y disfuncionalidad familiar y a su vez confirmar que la cohesión familiar (en forma particular) funciona como un factor de protección (SAJP, 2015).

En Australia, en un proyecto que utilizó como muestra a 1919 adolescentes con una media de 16 años de edad, se corroboró que existe una asociación significativa entre la existencia de síntomas depresivos y el nivel de funcionalidad familiar (Stavropoulos. V., et al, 2015).

A su vez en México se han realizado tres estudios actualizados en concordancia con mi tema; uno de ellos sobre Disfuncionalidad familiar y depresión en niños de 8 a 12 años de edad, el cual se lo realizó con una muestra de 326 niños mediante la Chidren's Depression

Inventory de Kovachs y la escala de registro Social de Holmes, encontrándose una relación estadísticamente significativa (p=0.01) en las variables mencionadas, con predominio en el sexo femenino y mayor prevalencia en los niños de 8, 10 y 11 años de edad (Garibay. J., et al, 2014); el otro estudio sobre depresión en adolescentes y funcionamiento familiar efectuado con una muestra de 252 adolescentes con una media de 16 años de edad, valorados con las escalas de Birleson y FACES III, encontró de igual manera una asociación significativa entre depresión y disfuncionalidad leve (OR: 4,27) y grave (OR: 14.4) (Leyva-Jiménez., et al, 2006). En contraposición un tercer estudio realizado en una población en Guanajuato sobre depresión asociada a disfunción familiar en la adolescencia con 747 adolescentes de 10 a 19 años de edad utilizando las escalas de Zung y Apgar Familiar, el cual arrojó que 33% de la población presentaba disfunción familiar y el 4% depresión y de este último porcentaje el 43.3% estuvo asociada a disfunción familiar; concluyendo que la frecuencia de depresión fue baja y que no hubo asociación significativa con la disfunción familiar (Zapata-Gallardo. J., et al, 2007).

Entre otros estudios relacionados tenemos; uno realizado en la Universidad de Santiago de Chile sobre factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo, cuya muestra fue de 32 adolescentes entre 13 y 18 años y sus familias, utilizando los test de Beck y FACES III, la cual arrojó una conclusión muy importante que establece que existe una relación significativa entre disfuncionalidad familiar e ideación suicida (Pavez. P., et al, 2009); en Argentina en la Universidad de Aconcagua se investigó de igual manera sobre los factores que influyen en el desarrollo de depresión en una población de 23 adolescentes y sus familias, determinando que actúa como factor de protección la cohesión familiar y una personalidad individual bien definida (Páramo. M., et al, 2011). Así también en Perú mediante un estudio transversal realizado en estudiantes escolarizados de octavo a décimo año, y de primero y segundo año de Bachillerato se dedujo que: "Una de las principales causas por las que un adolescente experimenta depresión es el nivel de funcionalidad familiar" (González-Póves, J.,et.al, 2013:66). Concluye que las manifestaciones depresivas tienen relación directa con el funcionamiento de la familia, siendo este dato significativo (p=0,030). En tanto, las manifestaciones depresivas no guardan relación con el tipo de familia (p=0,712). En contraste con esta información, un estudio realizado igualmente en Lima – Perú, en un departamento de Psicología de un Hospital llegó a la conclusión de que la percepción de los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en adolescentes no presenta relación significativa

en la muestra estudiada. Así mismo, dichas variables no se diferencian significativamente según sexo. En cuanto a la relación entre la presencia o ausencia de depresión según el sexo, no se encontraron diferencias significativas (Arenas, S., 2009:7).

En Colombia en la ciudad de Medellín, Universidad de Antoquia, un estudio en el que participaron 545 adolescentes con media de edad de 14 años en el que se propuso establecer relación entre la sintomatología depresiva y funcionamiento familiar se obtuvo que el 40% de estudiantes con síntomas depresivos presentó disfunción familiar, concluyendo que una familia funcional actúa como un importante factor protector (Pimienta. E & Rueda. S, 2013); otro estudio, de casos y controles, realizado de igual manera en Medellín sobre factores de riesgo y protección en 3690 adolescentes de entre 9 y 19 años, se determinó que como factor de protección se encuentran un buen funcionamiento familiar y una buena relación, principalmente de comunicación con el padre y como factores de riesgo familias desestructuradas (con un pico de prevalencia entre los 15 y 17 años y sexo femenino), una baja cohesión familiar y dificultades en relación con el padre (Hoyos Z. E., et al, 2012). Adicionalmente en otra investigación del mismo país, en la población de Cartagena, sobre asociación entre disfuncional familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en una muestra de 424 adolescentes, mediante la aplicación de los Test Apgar y Zung, que en oposición a los anteriores estudios concluyó una falta de asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica OR: 14, IC: 0.2 (Cogollo. Z., et al, 2009).

Otro estudio realizado a estudiantes de Colombia, que indagó acerca de los factores de riesgo de suicidio, entre 11 y 19 años se logró determinar que: 3 de cada 10 adolescentes viven a la fecha en una familia disfuncional (33,1% de estudiantes); se encontró que las variables que explican más directamente la presencia de disfunción familiar son: presencia de riesgo de suicidio (OR: 1.60, IC (1.16 a 2.21)) y la presencia de la depresión (OR: 1.49, IC (01/06 a 02/08)). Se deduce de esta manera que el riesgo de pertenecer a una familia disfuncional, implica riesgo de suicidio en 1,6 veces más y de depresión en 1,4 veces. Además se logró determinar que existe una diferencia sustancial en cuanto al comportamiento masculino, que muestra patrones externalizados (intentos de suicidio) en contraposición del comportamiento femenino con patrones internalizados como tristeza, depresión y ansiedad (Paniagua, R., et.al., 2014:211).

A nivel nacional, podemos recalcar un estudio realizado en la Ciudad de Quito sobre la influencia de la disfuncionalidad familiar y los síntomas depresivos sobre el rendimiento académico en los estudiantes de 1ero a 8vo semestre de la facultad de medicina de la UDLA, con una muestra de 155 estudiantes, utilizando los test de Beck, Apgar y FACES III, concluyendo que no existe relación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos, sin embargo sí entre síntomas depresivos y bajo rendimiento académico (Tuárez. K, 2013).

En la ciudad de Guayaquil, un estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, sobre depresión en adolescentes y desestructuración familiar, mediante el análisis de 1045 historias clínicas de adolescentes atendidos, el 22,9% presentó trastornos depresivos y que de estos la mayoría provenía de familias desestructuradas, confirmando esta relación (Morla. R., et al, 2006). Otro estudio realizado en la universidad de Cuenca sobre disfuncionalidad familiar y depresión en 200 adolescentes entre 14 y 18 años, con aplicación de test de Hamilton y Apgar familiar, arrojó que existe relación entre disfuncionalidad familiar y depresión (48,5%) y que además predomina el sexo femenino (Rivera. A & Sánchez. S, 2014).

A nivel local, en la Ciudad de Loja se han realizado en años recientes dos estudios adicionales, uno de ellos sobre depresión asociada a disfuncionalidad familiar en estudiantes del Colegio Adolfo Valarezo, con una muestra de 288 adolescentes de entre 11 y 15 años, aplicando el test de Beck y Apgar Familiar, en el cual se concluyó que existe una asociación significativa entre las variables con un porcentaje de 18,75% (Procel. M., 2014); el otro estudio denominado "Depresión y su relación con funcionalidad familiar en adolescentes del Instituto Daniel Álvarez Burneo" que tomó una muestra de 619 adolescentes, utilizando los mismos cuestionarios; sin embargo se determinó que existe un alto nivel de disfuncionalidad familiar y una frecuencia de depresión menor al 50%, concluyendo que no existe dependencia entre las variables (Ortiz. D, 2014).

En el presente estudio cuya muestra final fue de 308 adolescentes entre 12 y 20 años de edad, aplicando los test de FF-SIL para funcionalidad familiar y de Zung para depresión, se logró determinar que en primera instancia los niveles de funcional familiar son adecuados, ya que el mayor porcentaje (58,12%) correspondía a una familia moderadamente funcional; y de igual manera el 52, 92% de los adolescentes no presentó depresión, al realizar la prueba estadística de Chi cuadrado se encontró p=0.08683, con lo se concluye que no existe una asociación significativa entre dichas variables.

Se han realizado, gran cantidad de estudios sobre esta temática y esto en base a la importancia que hoy en día imponen los trastornos psicológicos, con la necesidad de descartar o corroborar si el problema yace de la familia como núcleo de todo ser humano, según lo investigado, me permito definir, que claramente una familia disfuncional, en sus anchas, es decir, ya que se trate de una familia con problemas estructurales o de relación entre miembros, actúa como un factor de riesgo para el posible desarrollo de trastornos psicológicos; así como una buena cohesión familiar o comunicación entre miembros puede actuar como un factor de protección; sin embargo existen factores adicionales, no abarcados en este estudio que podrían actuar como causantes directos como por ejemplo la herencia de padres depresivos, presencia de enfermedades crónicas, de tan solo citar unos casos. Con esto concluyo que no existe relación de dependencia entre las variables depresión y funcionalidad familiar, en base a los resultados de esta investigación.

#### 8. CONCLUSIONES

- Se determinó que la mayoría de los encuestados tiene un buen nivel de funcionalidad familiar debido a que el 30,52% (n=94) tiene una familia funcional y el 58,12% (n=179) una familia moderadamente funcional y tan solo 11,30% restante viven en una familia disfuncional.
- Se estableció que la mayor parte de la población 52,92% (n=163) no presenta depresión y que el 37,34% (n=115) depresión leve y tan solo 9,74% depresión moderada y severa (esta con un mínimo de cuatro casos).
- Se evidenció que en la población estudiada existe un buen nivel de funcionalidad familiar y que la mayoría de la población con un porcentaje mayor al 50% no presenta depresión, por lo que se podría concluir que la funcionalidad familiar funcional actúa como un factor protector, sin embargo mediante análisis estadístico se concluyó que no existe asociación significativa entre el nivel de funcionalidad y depresión en la población estudiada.

#### 9. RECOMENDACIONES

- La población del Colegio Nacional Mixto 8 de Diciembre, se mantiene en un margen adecuado, en cuanto a las variables estudiadas, es decir con un buen nivel de funcionalidad familiar y un porcentaje bajo de depresión por lo que se recomendó a las autoridades pertinentes, feliciten a las familias, comunicando los resultados de este estudio y además busquen la manera de fortalecer aún más los lazos familiares y la salud mental de los adolescentes, organizando campañas de integración familiar, campeonatos, entre otras actividades que involucren a todo el núcleo familiar.
- Existe un porcentaje aislado de casos tanto de depresión como de disfuncionalidad familiar, por lo que se recomienda identificar a esta población y trabajar con ella, creando un departamento de bienestar estudiantil, ya que este fue destituido recientemente por el número de estudiantes (menor de 400), o buscando otra alternativa de ayuda.
- Se recomienda hacer un estudio un poco más recabado, que abarque todos los posibles factores, que pongan en riesgo a esta población susceptible, para de esta manera ayudar a identificar claramente el factor estresor y tomar medidas correctivas, para frenar las situaciones que se ven día a día como el aumento de suicidios en la población joven, el consumo de sustancias, la maternidad precoz entre otras.

# 10. BIBLIOGRAFÍA

- Alberdi Sudupe, J., Taboada, Ó., Castro Dono, C., & Vázquez Ventosos, C. (2006). Depresión. Guías Clínicas. Coruña: Fisterra.
- Arenas Ayllón, S. C. (2009). *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes*. Lima: Universidad Nacional Mayor San Marcos. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2562/1/arenas\_as.pdf
- Clarke, G.N., Rohde, P., Lewinsohn, P.M., Hops, H. y Seeley, J.R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depressión: Efficacy of acute group treatment and booster lessions. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38, 272-279.
- D. Pascualini, A. L. (2010). SALUD Y BIENESTAR DE ADOLESCENTES Y JÓVENES: UNA MIRADA INTEGRAL. BUENOS AIRES: OPS.
- GAD-SPDB. (2014). Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial 2014-2016. Catamayo: GAD San Pedro de la Bendita.
- Gonzáles-Poves, J. (2013). Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1.° al 5.° de secundaria de un colegio nacional mixto. *Revista de Enfermeria Herediana*, Vol.6. Número 2.
- Herrera Santi, P. (2012). *Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente*. (M. Á. Zúñiga, Ed.)Revista Cubana de Pediatría (2da Ed, Vol. 71). Madrid.
- INEC, E. V. (30 de DICIEMBRE de 2011). SISTEMA INTEGRADO DE INDICADORES DE SALUD DE ECUADOR. Obtenido de SISTEMA INTEGRADO DE INDICADORES DE SALUD DE ECUADOR: http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0C DIQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fecu%2Findex.php%3Foption %3Dcom\_docman%26task%3Ddoc\_download%26gid%3D172%26Itemid%3D&ei =\_NBGVYq-NoOagwSBmoCoCg&usg=AFQjCNHXFMSxrFcHmr8VshZe4ee\_Uei\_
- Kazdin, A.E. (2006). Parent Management Training: Treatment for Oppositional, Aggressive, and Antisocial Behavior in Children and Adolescents. New York: Oxford University Press.
- Leyva-Jiménez, R., Hernández-Juárez, A. M., Nava-Jiménez, G., & López-Gaona, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Revista Médica Institucional Mexicana Seguro Social, 225-232.
- Machuca Camposano, L. M. (2015). El Embarazo Adolescente en Familias Disfuncionales. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Martínes M. (2011). Funcionalidad y disfuncionalidad de la familia. (R. Enrique, 2 Ed.) España.

- Mendizabal J. Anzures B. (2011). *La Familia y el Adolescente. (M. J. A. B., Ed.)Revista Medica del Hospital General* (3ra Ed, Vol. 3). Francia: 2013. Retrieved from http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-1999/hg993g.pdf
- MÉXICO, C. (14 de Agosto de 2014). *CNN MÉXICO*. Obtenido de CNN MÉXICO: http://mexico.cnn.com/salud/2014/08/14/depresion-y-ansiedad-las-enfermedades-silenciosas-en-ninos-y-adolescentes
- Milena, AP (2007). Estructura y funcionalidad de la familia. Atención Primaria, 61-64.
- Morla Boloña, R., Saad de Janon, E., & Saad, J. (Abril-Junio de 2006). Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. Revista Colombiana de Psiquiatría, XXXV(2), 149-166.
- MSP-ECUADOR. (2009). INDICADORES BÁSICOS DE SALUD. ECUADOR: INEC.
- MSP. (2009). Protocolo de Atención Integral a Adolescentes. Quito: MSP.
- Navarro, Musitu, & Herrero. (2007). Familias y problemas: un programa especializado de intervención psicosocial. Madrid: Síntesis.
- OMS. (OCTUBRE de 2012). ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD CENTRO DE PRENSA. Obtenido de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD CENTRO DE PRENSA: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/
- OMS. (14 de Mayo de 2014). WHO calls for stronger focus on adolescent health. Obtenido de WHOcalls for stronger focus on adolescent health: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/en/
- OPS. (Noviembre de 2013). Obtenido de http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf
- OPS. (2013). INFORME REGIONAL SOBRE LOS SISTEMAS DE SALUD MENTAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Washington D.C: OPS.
- PANIAGUA R., et al (2014). Family Dysfunction and Some Associated Factors among Adolescent Studentsof Three Municipalities of Antioquia Colombia. *Journal of Education and Human Development*, Vol 3 (4): 211-215.
- Pérez González, E., De la Cuesta Freijomil, D., Louro Bernal, I., & Bayarre Vea, H. (Marzo de 1997). Funcionamiento Familiar. Construcción y Validación de un Instrumento. Ciencia Ergo Sum, IV(1), 63-66.
- Pérez Lo Presti, A., & Reinoza Dugarte, M. (Septiembre-Diciembre de 2011). El Educador y la Familia Disfuncional. EDUCERE. Artículos Asociados., V(52), 629-634.
- PÉREZ, M. e. (2007). Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Atención Primaria*, 61-7.
- Rawatlal, N., Kliewer, W., & Pillay, B. J. (Agosto de 2015). *Adolescent attachment, family functioning and depressive symptoms. Scholars Academic Journal of Pharmacy*, XXI(3), 80-85.

- Rivera, & Sánchez. (2014). Disfuncionalidad Familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la Unidad Educativa Herlinda Toral. Cuenca, Azuay, Ecuador: -.
- Samm A., et al (2010). Suicidal thoughts and depressive feelings amongst Estonian schoolchildren: effect of family relationship and family structure. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol 19. Pág: 457-468.
- Saad E, Morla R. (2002). Patologías psiquiátricas en adolescentes y desestructuración familiar en nuestro medio. Quito.
- Stravropoulos, V., Lazaratou, H., Marini, E., & Dikeos, D. (2015). Low Family Satisfaction and Depression in Adolescence: The Role of. Journal of Educational and Developmental Psychology, V(2), 109-118.
- Tompson, Connor, O., Kemp, Langer, D., & Asarnow, J. (Diciembre de 2015). *Depression in Childhood and Early Adolescence: Parental Expressed Emotion and Family Functioning*. Ann Depress Anxiety, II(7), 1-8.
- Toro DC, Paniagua RE, González CM, Montoya B. *Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio*, Medellín, 2006. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2009; 27(3): 302-308.
- Vargas Lazo, C. J. (2010). *Interrelación entre nivel de autoestima de adolescentes y nivel de disfunción familiar*. Distrito de Hunter, Arequipa, 2007. CIEN DES, 69-76.
- Wallance, K. (2014 de Agosto de 2014). *CNN MÉXICO*. Obtenido de CNN MÉXICO: http://mexico.cnn.com/salud/2014/08/14/depresion-y-ansiedad-las-enfermedades-silenciosas-en-ninos-y-adolescentes
- Zapata-Gallardo, J. N., Figueroa-Guitiérrez, M., Méndez-Delgado, N., Miranda-Lozano, V. M., Linares-Segovia, B., Teodoro, C.-B., Rayas-Lundes, A. M. (Septiembre-Octubre de 2007). Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, LXIV, 295-301.
- Zung, Z. (1965) WWK. A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry, 63-70.

ANEXOS UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA AUTORIZACIÓN

Anexo 1

Catamayo, 15 de Junio del 2015 Ing. Engiberto Villamagua RECTOR Ciudad -

Por medio de la presente me dirijo ante su digna autoridad para solicitar de la manera más cordial se permita realizar el Trabajo de Campo de la Tesis, titulada "FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO 8 DE DICIEMBRE DE LA PARROQUIA SAN PEDRO DE LA BENDITA – LOJA EN EL PERIODO ABRIL – AGOSTO 2015" perteneciente a la Srta. MARÍA DEL CISNE LOJÁN CÓRDOVA, estudiante del DÉCIMO MÓDULO de la CARRERA DE MEDICINA HUMANA de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, para la aplicación de dos encuestas tipo test a cada uno de los estudiantes del ciclo básico (de 8vo a 10mo año) y del diversificado (1er a 3er año) que se encuentran legalmente matriculados, acuden regularmente a clases y firmen el consentimiento informado; con el objetivo de identificar el nivel de funcionalidad familiar en cada uno de sus hogares y a su vez determinar la presencia de depresión como principal repercusión de la primera.

Dicha información no sólo apoyará al desarrollo de este proyecto, sino que también beneficiará al departamento de bienestar estudiantil de la institución.



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA AREA DE LA SALUD HUMANA COORDINACION CARRERA DE MEDICINA HUMANA

### MEMORÁNDUM Nro. 01561 - CCM-ASH-UNL

PARA:

Dr. Engiberto Villamagua

RECTOR DEL COLEGIO 8 DE DICIEMBRE DE SAN PEDRO DE LA BENDITA

DE:

Dr. Patricio Aguirre Aguirre.

COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA:

9 de junio del 2015

ASUNTO:

Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la **Srta. María del Cisne Loján Córdova**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda realizar la aplicación de dos encuestas a los estudiantes del Colegio de su regencia, información que le servirá para el desarrollo de su trabajo de investigación denominado "FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A DEPRESION EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO 8 DE DICIEMBRE DE LA PARROQUIA SAN PEDRO DE LA BENDITA – LOJA EN EL PERIODO ABRIL – AGOSTO 2015", trabajo que estará supervisado por la Dra. Sandra Mejía Michay, Catedràtica de esta institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional

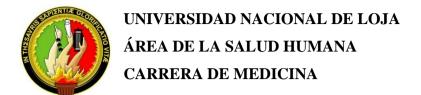
Atentamente,

Dr. Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.

COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

G.Rey c.c.: Archivo

Anexo 3



### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado(a) estudiante:

Por medio de la presente, YO, MARÍA DEL CISNE LOJÁN CÓRDOVA, estudiante del DÉCIMO MODULO de la carrera de MEDICINA HUMANA de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA me dirijo a usted de la forma más comedida para solicitarle me conceda su autorización para poder aplicarle dos encuestas: la primera para conocer su estado emocional y la segunda para identificar el nivel de funcionalidad familiar en su hogar.

Dicha información será indispensable para el desarrollo de mi proyecto de tesis.

Por la atención favorable que le preste a la presente le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

Anexo 4



"FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO 8 DE DICIEMBRE DE LA PARROQUIA SAN PEDRO DE LA BENDITA – LOJA EN EL PERIODO ABRIL -AGOSTO 2015"

#### **ENCUESTA**

Srta/Sr estudiante le solicito de manera muy comedida, se digne responder las preguntas del test FF-SIL creado por Ortega, de la Cuesta y Dias, en el año 1994 con el objetivo de evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar, mediante la medición de las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Sus respuestas me facilitarán la identificación del grado de funcionalidad familiar en cada uno de sus hogares. La información proporcionada es absolutamente confidencial.

Género: Masculino ( )	Femenino ( )	Embarazada: Sí ( ) No ( ) N/C ( )
Edad ( )		Estado de duelo < 3 meses: Sí ( ) No ( )

#### **TEST DE FF-SIL**

Por favor marque (X) la columna	Casi	Pocas	A	Muchas	Casi
adecuada.	nunca	veces	veces	veces	siempre
Se toman decisiones entre todos para					
cosas importantes de la familia.					
En mi casa predomina la armonía.					
En mi familia cada uno cumple sus					
responsabilidades.					
Las manifestaciones de cariño forman					
parte de nuestra vida cotidiana.					
Nos expresamos sin insinuaciones, de					
forma clara y directa.					
Podemos aceptar los defectos de los					
demás y sobrellevarlos.					
Tomamos en consideración las					
experiencias de otras familias ante					
situaciones diferentes.					
Cuando alguien de la familia tiene un					
problema los demás ayudan.					
Se distribuyen las tareas de forma que					
nadie esté sobrecargado.					
Las costumbres familiares pueden					
modificarse ante determinadas					
situaciones.					

Podemos conversar diversos temas sin			
temor.			
Ante una situación familiar difícil			
somos capaces de buscar ayuda en			
otras personas.			
Los intereses y necesidades de cada			
cual son respetados por el núcleo			
familiar.			
Nos demostramos el cariño que nos			
tenemos.			

Fuente: Ortega T. De la Cuesta D. Días C. (1999). PROPUESTA DE UN INSTRUMENTO PARA LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN FAMILIAS DISFUNCIONALES. Rev. Cubana Enfermer 1999;15(3):164-8.

Gracias por su colaboración.

Anexo 5



"FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO 8 DE DICIEMBRE DE LA PARROQUIA SAN PEDRO DE LA BENDITA – LOJA EN EL PERIODO ABRIL – AGOSTO 2015"

### **ENCUESTA**

Srta/Sr estudiante le solicito de manera muy comedida, se digne responder las preguntas del test "Escala de autoevaluación de Zung" que fue diseñada por W.W. Zung en el año 1965 para evaluar el nivel de depresión en el que se encuentra un adolescente. Sus respuestas me permitirán identificar su estado de ánimo y la presencia o no de sintomas depressivos. La información es absolutamente confidencial.

### ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE ZUNG

Por favor marque (X) la columna	Poco	Algo de	Una buena	La mayor
adecuada.	tiempo	tiempo	parte del	parte del
			tiempo	tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me				
siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo				
en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por				
la noche.				
5. Como la misma cantidad de				
siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo				
peso.				
8. Tengo problemas de				
estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo				
normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como				
siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre				
hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo				
estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				

15. Estoy más irritable de lo normal.		
16. Me es fácil tomar decisiones.		
17. Siento que soy útil y me		
necesitan.		
18. Mi vida es bastante plena.		
19. Siento que los demás estarían		
mejor si yo muriera.		
20. Todavía disfruto de las cosas que		
disfrutaba antes.		

Fuente: Zung, W. W. K.: A self-rating depression scale. Archives of General Psychiatry 1965; 12:63–70

Gracias por su colaboración

44

Loja, 29 de septiembre de 2016

JULIA ISABEL LOJÁN CÓRDOVA

**CERTIFICO:** 

A petición del interesado que el resumen del trabajo investigativo previo a optar el grado de

Médico General, Titulado "FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A DEPRESIÓN

EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO 8 DE DICIEMBRE DE

LA PARROQUIA SAN PEDRO DE LA BENDITA-LOJA EN EL PERÍODO ABRIL-

AGOSTO 2015", de autoría de la Srta. MARÍA DEL CISNE LOJÁN CÓRDOVA fue

revisado y traducido al idioma Ingles correctamente.

Atentamente:

Julia Isabel Loján Córdova

CI: 1725091514



Ilustración 1 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 3ro B



Ilustración 2 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 3ro B



Ilustración 3 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 8vo B



Ilustración 4 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 8vo B



Ilustración 5 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 8vo B



Ilustración 6 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 3ro C



Ilustración 7 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 3ro C



Ilustración 8 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 9no A



Ilustración 9 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 9no A



Ilustración 10 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 9no B



Ilustración 11 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 9no B



Ilustración 12 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 10mo B



Ilustración 13 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 10mo B



Ilustración 14 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 1ro B



Ilustración 15 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 1ro B



Ilustración 16 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 1ro A



Ilustración 17 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 1ro A



Ilustración 18 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 2do A



Ilustración 19 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 2do A



Ilustración 20 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 2do B



Ilustración 21 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 2do B



Ilustración 22 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 2do B



Ilustración 23 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 2do C



Ilustración 24 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 2do C



Ilustración 25 Aplicando Encuesta a Estudiantes de 2do C



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA

# PROYECTO DE TESIS

TEMA: "FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A
DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO
NACIONAL MIXTO 8 DE DICIEMBRE DE LA
PARROQUIA SAN PEDRO DE LA BENDITA – LOJA EN
EL PERIODO ABRIL – AGOSTO 2015"

**AUTORA: MARÍA DEL CISNE LOJÁN CÓRDOVA** 

Loja-Ecuador 2015

## 1. TEMA

"FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO 8 DE DICIEMBRE DE LA PARROQUIA SAN PEDRO DE LA BENDITA – LOJA EN EL PERIODO ABRIL – AGOSTO 2015"

# 2. PROBLEMA

¿Cómo influye la funcionalidad familiar en el desarrollo de depresión en los adolescentes?

### 3. PROBLEMATIZACIÓN

"La familia es una institución que varía, se transforma, se adapta, se reinventa, perdura y puede constituir un elemento central en la organización de la vida y del bienestar propio" (Zapata, 2007)

La importancia de la familia en la vida de las personas, no se enfoca únicamente a ser la primera fuente de socialización de los hijos, sino que se convierte en la partida principal de la resiliencia, en la cual se desarrolla la personalidad y marcadamente la autoestima. El afecto, el apoyo y sobretodo la estabilidad dentro del contexto familiar son un factor de protección para un adecuado desarrollo y bienestar psicosocial de los niños; en tanto que la alteración de esta pequeña sociedad podría desencadenar diversos estados de desequilibrio emocional (Navarro, Musitu, & Herrero, 2007)

La adolescencia, que según Dina Krauskopf, es un período crucial del ciclo vital; no madurativo sino transformacional añade M. Viñar; en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que poseen, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio; características que los convierten en el grupo más vulnerable a desarrollar alteraciones de su salud mental (D. Pascualini, 2010); con una ventaja importante sobre las patologías físicas, proposición que soporta con datos de la (OMS, WHO calls for stronger focus on adolescent health, 2014) que indican, que en el grupo de edad comprendido entre los 10 a 19 años, la depresión es la principal causa de morbilidad y discapacidad; y los intentos de suicidio, que son la más importante repercusión de la primera ocupa el tercer lugar dentro de las causas de muerte de adolescentes en todo el mundo, tan solo después de los accidentes de tránsito y las enfermedades de transmisión sexual (OMS, 2012).

A nivel internacional se han realizado varios estudios que defienden y argumentan que un inadecuado nivel de funcionamiento familiar condiciona a los adolescentes a desarrollar trastornos depresivos.

Así en Europa; en un estudio descriptivo transversal realizado en España sobre estructuración y funcionalidad familiar asociado a malestar psíquico en adolescentes con una edad promedio de 14,3 años, se observó una alta prevalencia de malestar psíquico (EADG: ansiedad 92,0  $\pm$  1,4%, depresión 74,1  $\pm$  2,2%); y de además que los síntomas depresivos eran más evidentes cuanto más intensa fue la disfunción familiar (p < 0,01, test de la  $\chi$ 2). Bajo estos resultados se logró concluir que la estructura no condiciona la función familiar durante la adolescencia. Sin embargo, la percepción del adolescente de la función familiar influye en el apoyo social, el consumo de tóxicos y la presencia de síntomas depresivos. La familia funcional se mostró como un factor protector contra síntomas depresivos, ideas de muerte e intentos suicidas (PÉREZ, 2007).

En otro estudio que empleó una metodología similar, pero fue realizado en Estonia utilizando una muestra representativa de escolares de 11, 13 y 15 años cumplidos, se demostró que la proporción de los sentimientos depresivos aumenta con la edad de los y las adolescentes. Las mujeres expresaron sentimientos depresivos con mayor frecuencia que los hombres de edades comprendidas entre 13 y 15 años, y los pensamientos suicidas se presentaban a partir de los 15 años. Se logró deducir que: 1. Los adolescentes que estaban satisfechos con sus relaciones familiares sufrieron menos frecuencia de los sentimientos depresivos y pensamientos suicidas; 2. La buena comunicación con los padres reduce la probabilidad de pensamientos suicidas en todos los grupos de edad; y 3. El mejor ambiente para un adolescente era una familia con ambos padres biológicos (SAMM A., 2010).

En Latinoamérica, se dedujo que: "Una de las principales causas por las que un adolescente experimenta depresión es el nivel de funcionalidad familiar" (J. Gonzáles-Poves, 2013),

mediante un estudio transversal realizado en estudiantes escolarizados de octavo a décimo año y de primero y segundo año de Bachillerato de Lima-Perú, concluye que las manifestaciones depresivas tienen relación directa con el funcionamiento de la familia, siendo este dato significativo (p=0,030). En tanto, las manifestaciones depresivas no guardan relación con el tipo de familia (p=0,712).

En otro estudio realizado en Colombia con estudiantes de entre 11 y 19 años se logró determinar que: 3 de cada 10 adolescentes viven a la fecha en una familia disfuncional (33,1% de estudiantes); se encontró que las variables que explican la presencia de disfunción familiar son: presencia de riesgo de suicidio (OR: 1.60, IC (1.16 a 2.21)), la presencia de la depresión (OR: 1.49, IC (01/06 a 02/08)); entre otras..., se deduce de esta manera que el riesgo de pertenecer a una familia disfuncional, implica riesgo de suicidio en 1,6 veces más y de depresión en 1,4 veces. Además se logró determinar que existe una diferencia sustancial en cuanto al comportamiento masculino, que muestra patrones externalizados (intentos de suicidio) en contraposición del comportamiento femenino con patrones internalizados como tristeza, depresión y ansiedad (PANIAGUA R., 2014).

En contraste con esta información, un estudio realizado en Lima-Perú en un departamento de Psicología en un Hospital se halló que la percepción de los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en adolescentes no presenta relación significativa en la muestra estudiada, así mismo dichas variable no se diferencian significativamente según sexo. En cuanto a la relación entre la presencia o ausencia de depresión según el sexo, no se hallaron diferencias significativas (Arenas, 2009)

A nivel nacional, un estudio en la Ciudad de Cuenca logró demostrar que en los adolescentes muestra, un 48,5% presenta relación entre la disfuncionalidad familia y la depresión, el 50% presentaron disfuncionalidad familiar entre las de edades de 14 a 16 años, el 65,5% del sexo

femenino presentaron disfuncionalidad familiar y de ellas el 60% depresión (Rivera & Sánchez, 2014).

Con estos datos previamente analizados y debido a la alta incidencia de este problema social que involucra y compromete de manera incapacitante a la salud mental del adolescente; se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo influye la funcionalidad familiar en el desarrollo de depresión en los adolescentes? La presente investigación se realizará en el Colegio Nacional Mixto de Bachillero Unificado "8 de Diciembre" ubicado en la parroquia de San Pedro de la Bendita del Cantón Catamayo de la provincia de Loja. Los/as estudiantes que acuden regularmente a este centro de educación superior representan el universo del estudio; el cual que se lo ejecutará a través de dos encuestas tipo test aplicadas a cada uno de los participantes, posteriormente mediante método estadístico se tabularán los datos; en un periodo comprendido entre Abril y Agosto del 2015.

### 4. JUSTIFICACIÓN

La familia es el núcleo de la sociedad, de este conjunto de personas con características genéticas, sociales, culturales, emocionales, intelectuales y medioambientales similares, se desarrollan íntegramente todos los seres humanos y se establecen procesos fundamentales como la resiliencia, responsabilidad, seguridad y sobre todo la formación de la personalidad y el autoestima. La familia tradicional y culturalmente aceptada es aquella constituida por; el padre, como sostén del hogar; la madre como amiga y quien cuida de todos; su relación como pareja; y los hijos quienes son entre sí compañeros y amigos.

El adolescente representa el grupo más susceptible por el desarrollo continuo de cambios biológicos, estructurales, morfológicos y es precisamente en esta población en donde florecen o se expresan emociones contenidas desde la infancia; las actuales y la adquisición de nuevas conductas y posibles distorsiones, que si no se presentan en este momento, podrían estallar en la edad adulta.

Un desbalance en la función familiar, en cuanto al estereotipo de una familia ideal a cualquier nivel de la vida del actual adolescente, puede desarrollar silenciosamente trastornos a nivel de su salud mental-conductual, tales como la ansiedad, el alcoholismo, la drogadicción y sobretodo la depresión.

Según la (OPS, 2013) existen muy pocos dispositivos de salud mental específicos para niños y adolescentes, y el porcentaje de esta población tratada en los dispositivos generales de salud mental es bajo; sin embargo se estima que uno de cada cinco adolescentes sufre depresión en algún momento de esta etapa de su vida y aunque su incidencia es tan alta como adultos y sabiendo que de la adolescencia parten la mayoría de trastornos que se sobrepondrán en la adultez, no existe una conciencia real de este suceso (Wallance, 2014). Bajo estos conceptos básicos, alarmantes y potencialmente reversibles nace la necesidad de que mediante un primer estudio a nivel local se logre establecer el grado en el que la

funcionalidad familiar influye como factor protector o de riesgo frente al desarrollo de depresión en este grupo tan vulnerable; con el fin de detectar, prevenir e inclusive buscar ayuda psicológica o tratamiento médico, que mejorarán notablemente la salud mental del adolescente, su familia y la sociedad inmediata en la cual se desenvuelven, principalmente el colegio y su parroquia.

Esperamos que esta investigación sirva de aporte para el área de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, el personal del Colegio Nacional Mixto "8 de Diciembre", la comunidad de San Pedro de la Bendita y la provincia en general, para reconocer de manera temprana la presencia de síntomas o signos de depresión en los adolescentes como resultado final de una larga lucha por enfrentar un difícil ambiente familiar; siendo los beneficiarios directos los adolescentes, e indirectos los padres y la sociedad en general.

### 5. **OBJETIVOS**:

#### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la presencia de depresión en
 los adolescentes del Colegio Nacional Mixto "8 de Diciembre" de San Pedro de la Bendita
 Loja en el período Marzo - Agosto de 2015.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Valorar el nivel de funcionalidad familiar en los adolescentes del Colegio Nacional
   Mixto "8 de Diciembre" de San Pedro de la Bendita Loja en el período Marzo Agosto de 2015.
- Evaluar el nivel de depresión en los adolescentes del Colegio Nacional Mixto "8 de Diciembre" de San Pedro de la Bendita Loja en el período Marzo Agosto de 2015.
- Analizar la relación existente entre el nivel de funcionalidad familiar y el nivel de depresión en los adolescentes del Colegio Nacional Mixto "8 de Diciembre" de San Pedro de la Bendita Loja en el período Marzo Agosto de 2015.

# 6. MARCO TEÓRICO

- 6.1 Funcionalidad familiar
  - 6.1.1 Concepto de Funcionalidad familiar
  - 6.1.2 Influencia del entorno familiar en el desarrollo del adolescente
  - 6.1.3 Determinación del nivel de funcionalidad familiar mediante el test "ff-sill"
- 6.2 Depresión en el adolescente
  - 6.2.1 Concepto de adolescencia
  - 6.2.2 Características generales de la adolescencia
  - 6.2.3 Epidemiología de la depresión en el adolescente
  - 6.2.4 Clínica de la depresión en el adolescente
  - 6.2.5 Depresión en el entorno social del adolescente
  - 6.2.6 Tratamiento de la depresión en el adolescente
  - 6.2.7 Instrumento de valoración de depresión en el adolescente "Escala de Zung"

69

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal.

Área de estudio: Colegio Nacional Mixto "8 de Diciembre", Parroquia San Pedro

de la Bendita – Cantón Catamayo – Provincia Loja.

7.3 Universo: Estudiantes del Colegio Nacional Mixto "8 de Diciembre" de la parroquia

de San Pedro de la Bendita.

Muestra estimada: 354 estudiantes.

7.2

Criterios de inclusión:

Estudiantes legalmente matriculados y que acuden regularmente a este centro de

estudios.

Estudiantes que firman el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Adolescentes embarazadas.

• Adolescentes que se encuentren en situación de duelo menor de 3 meses.

• Adolescentes con enfermedades crónicas incapacitantes.

7.4 Métodos e instrumentos de recolección de datos: Previa autorización por parte del

personal administrativo y/o docente (Anexo 1), se procederá a explicar a través de un

discurso a los estudiantes y personal presente, cual es el motivo y la relevancia de la

realización de este proyecto y se observará la reacción de ellos en su conjunto. Se les

entregará el consentimiento informado (Anexo 2) a cada uno de los estudiantes para que lo analicen y decidan libremente sobre su participación. Se tomarán las medidas necesarias y posteriormente se aplicará al universo, en un misma semana pero en tiempos diferentes, dos cuestionarios tipo test: el FF-SILL (Anexo 3), que determina el nivel de funcionalidad familiar (categorizando a esta variable en cuatro grupos de acuerdo al puntaje obtenido sobre setenta (70) en donde: un puntaje entre 14 – 27 se califica como familia severamente disfuncional, de 28 – 42 familia disfuncional, de 43 a 56 familia moderadamente funcional y de 57 a 70 como familia funcional; y la Escala de Zung (Anexo 4) que evalúa el grado de depresión (ubicando mediante el puntaje obtenido como normal o sin depresión entre 25 – 49 puntos, ligeramente deprimido de 50 – 59 puntos, moderadamente deprimido entre 60 - 69 puntos y severamente deprimido 70 o más.

#### 7.5 Fuentes de información:

- **Primaria:** adolescentes que participan de las encuestas.
- **Secundaria:** profesores, padres de familia o dirigentes estudiantiles que estuvieren presentes en el momento de la aplicación de los test.

## 7.6 Plan de análisis y presentación de los datos:

Se registrarán, analizarán y tabularán los datos obtenidos mediante método estadístico y se proyectarán los datos en gráficos.

**7.7 Utilidad de los datos obtenidos:** los resultados obtenidos serán socializados con la representante estudiantil y el departamento de bienestar estudiantil con el fin de que se tomen

71

medidas y se realicen charlas con los padres o representantes de familia, los estudiantes en

dos tiempos diferentes y luego de manera integral.

**7.8 Riesgos:** 

Investigador: que algún porcentaje del universo no quiera colaborar o que si lo hace

de manera obligada se obtengan datos falsos creando sesgos dentro de la investigación.

Beneficiario: Ninguno

7.9 Consideraciones éticas: El presente estudio se llevará a cabo bajo el consentimiento

y la supervisión del personal docente y administrativo y del grupo de representación

estudiantil y se regirá a la libre decisión de colaboración o no de cada uno de los

participantes.

7.10 Identificación de las variables

Variable independiente: Funcionalidad familiar

Variable dependiente: Depresión

# 7.11 Operacionalización de las variables

Variable	Dimensión	Indicador	Escala
Funcionalidad familiar	Funcionamiento	FF-SILL	14 – 27 familia
Es la manera que perciben	familiar	(Anexo 3)	severamente
los miembros de la familia			disfuncional
el nivel de funcionamiento			28 – 42 familia
de la unidad familiar de			disfuncional
forma global medida a			
través del FF-SILL.			43 a 56 familia
			moderadamente
			funcional
			57 a 70 familia
			funcional
Depresión	Depresión	Escala de Zung	Normal: 25-49
Estado de normalidad o		(Anexo 4)	
depresión que evidencia			Ligeramente
que sentimiento			Deprimido: 50-59
experimenta una persona			
determinado con la			Moderadamente
utilización de la Escala de			Deprimido: 60-69
Zung			Severamente
			deprimido: 70 o
			más.

# 8. Cronograma

	2015																			
Actividad		Ab	ril			Ma	ayo			Ju	nio			Ju	lio			Ago	osto	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Revisión bibliográfica																				
2. Entrega de solicitud de aprobación																				
3. Entrega de anteproyecto y solicitud de pertinencia																				
4. Correcciones previa pertinencia																				
5. Entrega de solicitud para Director																				
6. Entrega de solicitud al Rector de la institución																				
para iniciar trabajo de campo																				
7. Aplicar Encuestas																				
8. Procesamiento de datos																				
9. Descripción de Resultados																				<b> </b>
10. Redactar informe final de tesis																				
11. Presentación final del proyecto de tesis.																				

# 9. RECURSOS

Recursos	Humanos	Materiales	Técnicos	Financieros
Actividades				
Realización del	2	Computadora, internet,	Ninguno	\$ 50.00
proyecto		Hojas de bon,		
		Impresiones, Anillados		
Trabajo de campo	358	Fotocopias	Ninguno	\$ 40.00
		Refrigerio	Ninguno	\$150.00
Análisis de los	2	Computadora	Ninguno	\$ 10.00
datos				
Presentación del	1	Hojas de bon,	Ninguno	\$ 20.00
primer borrador		Impresiones, Anillados		
Correcciones	1	Computadora	Ninguno	\$ 10.00
Presentación del	1	Hojas de bon,	Ninguno	\$ 30.00
segundo borrador		Impresiones, Anillados		
Correcciones e	1	Computadora, Hojas de	Ninguno	\$ 40.00
impresión de tesis		bon,		
		Impresiones, empaste		
Totales	360		Ninguno	\$350.00