



Universidad
Nacional
de Loja

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

**Funcionalidad familiar y depresión en adolescentes del Colegio de
Bachillerato “Ocho de Noviembre” del cantón Piñas**

**Trabajo de Titulación previa
a la obtención del título de
Médica General**

AUTORA:

Lisbeth Alexandra Vacacela Hipo

DIRECTORA:

Dra. María Susana González García, Mg.Sc.

Loja-Ecuador

2022

Educamos para Transformar

Certificación

Loja, 13 de octubre de 2022

Dra. María Susana González García, Mg.Sc

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Certifico:

Que he revisado y orientado todo proceso de elaboración del Trabajo de Titulación denominado: **Funcionalidad familiar y depresión en adolescentes del Colegio de Bachillerato “Ocho de Noviembre” del cantón Piñas**, previo a la obtención del título de **Médica General**, de la autoría de la estudiante **Lisbeth Alexandra Vacacela Hipo**, con **cedula de identidad** Nro. **0750721771**, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo su presentación para su respectiva sustentación y defensa.



Firmado electrónicamente por:
**MARIA SUSANA
GONZALEZ
GARCIA**

Dra. María Susana González García, Mg.Sc.
DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACION

Autoría

Yo, **Lisbeth Alexandra Vacacela Hipo**, declaro ser la autora del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Titulación en el Repositorio Digital Institucional - Biblioteca Virtual.

Firma:

Cédula: 0750721771

Fecha: 25 de noviembre de 2022

Correo electrónico: lisbeth.vacacela@unl.edu.ec

Teléfono: 0986252248

Carta de autorización

Yo, **Lisbeth Alexandra Vacacela Hipo**, declaro ser autora del Trabajo de Titulación denominado: **Funcionalidad familiar y depresión en adolescentes del Colegio de bachillerato “Ocho de noviembre” del cantón Piñas**, como requisito para optar por el título de Medica General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de su visibilidad del contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 25 días del mes de noviembre del dos mil veintidós.

Firma:

Autora: Lisbeth Alexandra Vacacela Hipo

Cédula: 0750721771

Dirección: Piñas, Av. Ángel Salvador Ochoa y 8 de Noviembre

Correo electrónico: lisbeth.vacacela@unl.edu.ec

Teléfono: 0986252248

Datos complementarios:

Directora de tesis: Dra. María Susana González García, Mg.Sc.

Tribunal de grado:

Presidente: Md. Gabriela de los Ángeles Chacón Valdiviezo

Vocal 1: Dr. Edwin Fabricio Nagua Carrión

Vocal 2: Dra. Angelica María Gordillo Iñiguez

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado en primer lugar a Dios quien me ha permitido escalar un peldaño más en este largo camino llamado vida, lleno de sacrificios, pero también de éxitos, de errores que al final han valido la pena porque me han dado como resultado mucho aprendizaje. A mis padres, los mejores maestros que me enseñaron que rendirse jamás será una opción, a mis docentes por su esfuerzo y empeño en construir futuros médicos de excelencia, pero sobre todo humanitarios. A mis hermanos por recordarme que soy su ejemplo a seguir y por ende debo esforzarme para ser su motivación y mayor ayuda en lo que la vida nos tenga deparado por delante.

Lisbeth Alexandra Vacacela Hipo

Agradecimiento

Mis más sinceros agradecimientos a la noble institución que me permitió formarme como profesional y como mejor persona, a la Universidad Nacional de Loja, a la Facultad de Salud Humana y en especial a la Carrera de Medicina.

A la Md. Sandra Mejía por su gran vocación, compromiso y guía profesional para construir los cimientos del presente proyecto.

A la Dra. María Susana González por su orientación y dirección en el presente trabajo académico.

Al ilustre Colegio de Bachillerato “Ocho de Noviembre” a cargo del distinguido Rector Lic. Robert Romero y todos los docentes que me permitieron formarme en mi educación tanto secundaria como bachiller y ahora me han dado apertura y colaboración durante sus clases con mi proyecto para así comunicar a los estudiantes, la respectiva ejecución de las actividades programadas.

Lisbeth Alexandra Vacacela Hipo

Índice de Contenidos

Portada.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización.....	iv
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	vi
Índice de contenidos.....	vii
Índice de Tablas.....	vi
Índice de Anexos.....	x
1. Título	13
2. Resumen	14
2.1. Abstract.....	3
3. Introducción	16
4. Marco Teórico	19
4.1. Adolescencia	19
4.1.1. Definición.....	19
4.1.2. Etapas de la adolescencia.....	19
4.1.2.1. <i>Adolescencia inicial</i>	19
4.1.2.2. <i>Adolescencia media</i>	20
4.1.2.3. <i>Adolescencia tardía</i>	20
4.2. Familia.....	21
4.2.1. Definición.....	21
4.2.2. Funciones de la familia.....	21
4.2.2.1. <i>Apoyo mutuo</i> :	21

4.2.2.2. <i>Autonomía e independencia</i>	21
4.2.2.3. <i>Reglas</i>	21
4.2.2.4. <i>Adaptabilidad</i>	21
4.2.2.5. <i>Comunicación:</i>	21
4.2.3. Tipos de familia.....	22
4.2.3.1. <i>Familia nuclear</i>	22
4.2.3.2. <i>Familia monoparental</i>	22
4.2.4. Ciclo vital de la familia.....	23
4.2.4.1. <i>Etapa de formación</i>	23
4.2.4.2. <i>Etapa de expansión</i>	24
4.2.4.3. <i>Etapa de contracción y disolución</i>	24
4.2.5. Funcionalidad Familiar.....	24
4.2.5.1. <i>Familia funcional</i>	24
4.2.5.1.1. <i>Características de la familia funcional</i>	25
4.2.5.2. <i>Familia disfuncional</i>	25
4.2.5.2.1. <i>Definición</i>	25
4.2.5.2.2. <i>Características de la familia disfuncional</i>	26
4.2.5.2.3. <i>Tipos de familias disfuncionales</i>	26
4.3. Depresión	27
4.3.1. Definición.....	27
4.3.2. Etiología en la adolescencia.....	28
4.3.3. Epidemiología.....	29
4.3.4. Factores Protectores y de riesgo en el adolescente.....	30
4.3.4.1. <i>Factores protectores</i>	30
4.3.4.1.1. <i>Aspectos individuales</i>	30
4.3.4.1.2. <i>Aspectos familiares</i>	30
4.3.4.1.3. <i>Aspectos sociales</i>	30

4.3.4.2. Factores de Riesgo.....	30
4.3.4.2.1. Aspectos individuales.....	30
4.3.4.2.2. Aspectos familiares.....	30
4.3.4.2.3. Aspectos sociales.....	30
4.3.5. Manifestaciones clínicas.....	31
4.3.5.1. Problemas de sueño o cambio en los hábitos nocturnos.....	31
4.3.5.2. Cambios en los hábitos de alimentación.....	32
4.3.5.3. Pérdida de interés por actividades que antes disfrutaba.....	32
4.3.5.4. Irritabilidad o tristeza espontánea.....	32
4.3.5.5. Bajo rendimiento escolar y quejas sobre la falta de concentración.....	32
4.3.5.6. Cambio de amigos o disminución en la frecuencia de salidas.....	32
4.3.5.7. Comentarios negativos sobre sí mismo, aspectos de su vida o el futuro.....	32
4.3.5.8. Comportamientos violentos.....	32
4.3.5.9. Pensamientos suicidas.....	32
4.3.6. Diagnóstico.....	33
4.3.6.1. Clasificación.....	34
4.3.6.1.1. Episodio Depresivo mayor con episodio único o recidivante.....	34
4.3.6.1.2. Trastornos Bipolares, de tipo I y II.....	34
4.3.6.1.3. Asociada a otras causas.....	34
4.3.7. Tratamiento.....	35
4.3.7.1. Farmacológico.....	35
4.3.7.2. Psicoterapéutico.....	35
5. Metodología.....	37
5.1. Tipo de Estudio.....	37
5.2. Tipo de Diseño Utilizado.....	37
5.3. Unidad de Estudio.....	37
5.4. Universo y Muestra.....	37

5.5 . Criterios de Inclusión	38
5.6 Criterios de Exclusión	38
5.7. Métodos e Instrumentos y Procedimiento	38
5.7.1. Métodos.	38
5.7.2. Instrumentos.	38
5.7.2.1. <i>Consentimiento informado. (Anexo 1).</i>	38
5.7.2.2 <i>Test de Funcionalidad familiar - APGAR</i>	39
5.7.2.2.1. <i>Dimensiones.</i>	39
5.7.2.2.3. <i>Test de Zung (Anexo 3).</i>	40
5.8. Procedimiento.....	41
5.9 Equipos y Materiales	42
5.10. Análisis Estadístico	43
6. Resultados	44
6.1. Resultados para el Primer Objetivo.....	44
6.2. Resultados para el Segundo Objetivo.....	45
6.3. Resultados para el Tercer Objetivo:	46
7. Discusión.....	47
8. Conclusiones	49
9. Recomendaciones.....	50
10. Bibliografía.....	51
11. Anexos.....	55

Índice de Tablas

Tabla 1. Nivel de funcionalidad familiar de los adolescentes que cursan el bachillerato en el Colegio “Ocho de Noviembre” del cantón Piñas según edad y sexo.	44
Tabla 2. Nivel de depresión de los adolescentes que cursan el bachillerato en el Colegio “Ocho de Noviembre” del cantón Piñas según edad y sexo.	45
Tabla 3. Relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes que cursan el bachillerato en el Colegio “Ocho de Noviembre” del cantón Piñas.	46
Tabla 4. Chi2 entre nivel de depresión y funcionalidad familiar en adolescentes que cursan el bachillerato en el Colegio “Ocho de Noviembre” del cantón Piñas.	46

Índice de Anexos

Anexo 1. Aprobación de Tema y Pertinencia del Proyecto de Tesis.....	55
Anexo 2. Designación del director de tesis	56
Anexo 3. Autorización para recolección de datos	57
Anexo 4. Certificado de traducción al idioma inglés	58
Anexo 5. Consentimiento informado	59
Anexo 6. Test De Funcionalidad Familiar-APGAR.....	64
Anexo 7. Escala de Síntomas Depresivos “Test de Zung”	67
Anexo 8. Certificado de tribunal de grado.	69

1. Título

**Funcionalidad familiar y depresión en adolescentes del Colegio de Bachillerato
“Ocho de Noviembre” del cantón Piñas**

2. Resumen

Un sistema familiar que provea un contexto de seguridad con reglas claras y flexibles otorgan al adolescente herramientas para el manejo adecuado de problemas o eventos adversos evitando trastornos emocionales como la depresión. El objetivo de la presente investigación fue identificar sintomatología depresiva, analizar la funcionalidad familiar y establecer la relación que existe entre depresión y funcionalidad familiar en los adolescentes bachilleres del Colegio “Ocho de Noviembre” del cantón Piñas, empleando un estudio de enfoque cuantitativo de diseño descriptivo, transversal, conformado por un universo de 761 estudiantes de los cuales mediante la fórmula de Suarez Ibujés se seleccionó una muestra de 256 participantes a los que se aplicó mediante encuestas vía online, el Cuestionario APGAR Familiar que aborda las principales funciones de la familia para identificar presencia de disfunción, presentándose predominantemente en el sexo femenino en un 39% (n= 102) con mayor prevalencia de disfunción leve en 9% (n=23) del grupo de 14- 15 años de edad. Para evaluar el riesgo depresivo se aplicó la escala de autoevaluación de Zung que analiza características comunes de la depresión, mostrando mayor afectación en mujeres, con riesgo de depresión en el 40% (n= 101), destacando el grado leve 11% (n=29) en el grupo etario de 16-17 años. Se evidenció significancia estadística entre las variables al tener un valor de $p < 0,0001$, demostrando que los estudiantes que presentan disfuncionalidad familiar leve tienen riesgo de depresión leve y por el contrario los estudiantes que no presentaron disfunción familiar en su mayoría no mostraron sintomatología depresiva.

Palabras clave: Estudiantes, conflicto familiar, desorden depresivo.

2.1. Abstract

A family system that provides a security context with clear and flexible rules gives adolescents tools for the proper management of problems or adverse events, avoiding emotional disorders such as depression. The objective of this research work was to identify depressive symptoms, analyze family functionality and establish the relationship between depression and family functionality in high school adolescents from the “Ocho de Noviembre” High School of the canton Piñas, using a study with a quantitative approach of descriptive, cross-sectional design, made up of a universe of 761 students, of whom a sample of 256 participants was selected using the Suarez Ijujés formula, to whom it was applied through online surveys, the Family APGAR Questionnaire that addresses the main functions of the family to identify the presence of dysfunction, presenting predominantly in the female sex in 39% (n=102) with a higher prevalence of mild dysfunction in 9% (n=23) of the group of 14- 15 years old. To assess depressive risk, the Zung self-assessment scale was applied, which analyzes common characteristics of depression, showing greater affectation in women, with a risk of depression in 40% (n= 101), highlighting the mild degree 11% (n= 29) in the age group of 16-17 years. Statistical significance was evidenced between the variables by having a p value <0.0001, demonstrating that students who present mild family dysfunction are at risk of mild depression and, on the contrary, students who did not present family dysfunction mostly did not show depressive symptoms.

Keywords: *Students, family conflict, depressive disorder.*

3. Introducción

La familia ha sido definida como el “Grupo de personas, vinculadas generalmente por lazos de parentesco, ya sean de sangre o políticos, e independientemente de su grado, que hace vida en común, ocupando normalmente la totalidad de una vivienda”. (Eustat, 2015).

La familia constituye el espacio de desarrollo social, físico y psicológico, de todos quienes la componen. Si se generan eventos de inestabilidad en el sistema familiar, se torna habitual que entre sus miembros consideren que los otros no cumplen con sus roles y/u obligaciones, generando en la mayoría de las situaciones conflictos familiares expresados en triangulaciones, coaliciones y deficiente comunicación familiar. (Siguenza, W; Bunay, R & Guamán, M, 2018)

La familia además ha sido considerada como el primer grupo al cual pertenece el ser humano, ya que en ella se moldean e incorporan las principales pautas y normas de comportamiento, la cual se puede definir como una familia funcional o disfuncional, las cuales no difieren por la ausencia o presencia de problemas, sino más bien por la manera de afrontar sus conflictos, considerando importante el buen funcionamiento familiar en la salud mental de los jóvenes, mientras la baja cohesión familiar y dificultades en la relación con los padres como factores de riesgo que soportan la influencia del sistema familiar en la génesis de las alteraciones en salud mental durante la adolescencia, incluyendo la depresión. (Serna, y otros, 2020)

Los trastornos emocionales surgen habitualmente durante la adolescencia siendo los más frecuentes la depresión y ansiedad, así como también pueden experimentar reacciones excesivas de irritabilidad, frustración o enojo; los trastornos emocionales pueden afectar profundamente al rendimiento académico y la asistencia escolar y el retraimiento social puede exacerbar el aislamiento y la soledad llegando en el peor de los casos a conducir al suicidio. (OMS, 2020)

En el mundo, uno de cada siete jóvenes de 10 a 19 años padece algún trastorno mental que supone el 13% de la carga mundial de morbilidad en ese grupo etario siendo la depresión, la ansiedad y los trastornos del comportamiento las principales causas de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes, el hecho de no ocuparse de los trastornos de salud mental de los adolescentes tiene consecuencias que se extienden a la edad adulta y perjudican

la salud física y mental de la persona restringiendo sus posibilidades de llevar una vida plena en el futuro. (OMS, 2021)

Alrededor del mundo la depresión se ha establecido como la cuarta causa principal de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes entre los 15 y los 19 años de edad y la décimo quinta entre los 10 y los 14 años de edad.

En el Ecuador, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) se estableció que en el año 2015, las edades comprendidas entre los 19 a 59 años registraron una mayor tasa de atención por episodios depresivos con el 73,5% de los casos; es decir un total de 2.088 personas. Sin embargo, en el mismo año también se registró un total de 1.073 suicidios, lo cual refleja la alarmante situación de problemas de salud emocional y la poca intervención que se ha hecho en esta área de la salud pública. (INEC, 2017)

Muchos adolescentes están expuestos a diversos factores de riesgo de depresión, como situaciones de conflicto familiar, por lo cual realizar este estudio es importante para colaborar con la institución educativa otorgando herramientas sociales que les permitan tomar acciones que hagan frente a las causas y por ende reducir el índice de depresión o a su vez evitando su complicación, por medio de la interacción con los adolescentes a través de encuestas y test los mismos que sirven para identificar el nivel de riesgo de depresión y así poder conocer el impacto de este trastorno desencadena. (Basantes, D; Villavicencio, N; Alvear, L; Ramos, R; Valdes, E, 2020)

Teniendo en cuenta estos antecedentes y la necesidad de investigaciones que evalúen la funcionalidad familiar y depresión en la población adolescente a nivel local, se plantea la siguiente interrogante. ¿Cuál es la relación entre el nivel de depresión y funcionalidad familiar en adolescentes que cursan el bachillerato en el colegio “Ocho de Noviembre” del cantón Piñas?

A partir de esto, se plantea la necesidad de realizar el presente estudio denominado “Funcionalidad familiar y depresión en adolescentes del Colegio de Bachillerato “Ocho de Noviembre” del cantón Piñas “. Teniendo como objetivo principal: Determinar la relación entre funcionalidad familiar y el nivel de depresión en adolescentes que cursan el bachillerato en el colegio “Ocho de Noviembre” del cantón Piñas durante el periodo octubre 2020 - agosto 2021 y como objetivos específicos: Analizar la funcionalidad familiar de los adolescentes que cursan el bachillerato en el Colegio “Ocho de Noviembre” del cantón

Piñas; identificar el nivel de depresión de los adolescentes que cursan el bachillerato en el Colegio “Ocho de Noviembre” del cantón Piñas según edad y sexo; establecer la relación que existe entre la funcionalidad familiar y depresión en adolescentes que cursan el bachillerato en el Colegio “Ocho de Noviembre” del cantón Piñas.

La presente investigación pertenece a la undécima línea de investigación, Salud mental y trastornos del comportamiento de las prioridades del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y la segunda línea de investigación, Salud-enfermedad del niño/a y adolescente de la Región Sur del Ecuador o Zona Siete, establecida en la Carrera de Medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

4. Marco Teórico

4.1. Adolescencia

4.1.1. Definición. Se define a la adolescencia como “El periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia”. (OMS, 2019).

Según Güemes, M; González, M & Hidalgo, M. (2017) “La adolescencia se sitúa aproximadamente en la segunda década de la vida. Es la etapa que transcurre entre la infancia y la edad adulta y tiene la misma importancia que ellas, presentando unas características y necesidades propias”. A lo largo de la historia, diversos autores han tratado de definirlo por lo cual han denominado a la adolescencia como: “tormenta hormonal, emocional y de estrés”, ya que, en la pubertad hacen eclosión las hormonas gonadales, que originan cambios físicos y en la esfera emocional y psicosexual. En los últimos años, ha pasado de considerarse como un periodo temido a verse como una etapa de especiales oportunidades para el desarrollo evolutivo, entre las que se encuentra el establecimiento de una autonomía positiva.

4.1.2. Etapas de la adolescencia. Cada adolescente responde a las situaciones de la vida de una forma personal y única, influido por los diferentes factores de riesgo y protección (resiliencia) presentes en su vida

No se ha desarrollado todavía ningún esquema de desarrollo que sea capaz de describir adecuadamente a cada una de las etapas por la cuales atraviesa el adolescente, debido a que éstos no forman un grupo homogéneo ya que la adolescencia no es un proceso continuo, sincrónico y uniforme. Los distintos aspectos biológicos, intelectuales, emocionales o sociales pueden no llevar el mismo ritmo madurativo y ocurrir retrocesos o estancamientos, sobre todo en momentos de estrés. (Güemes et al., 2017).

Podemos esquematizar la adolescencia en tres etapas que se solapan entre sí:

4.1.2.1. Adolescencia inicial. Abarca aproximadamente desde los 10 a los 13 años, y se caracteriza fundamentalmente por los cambios puberales. Durante esta etapa, los niños

suelen comenzar a crecer más rápido. También empiezan a notar otros cambios corporales, entre los que se incluyen el crecimiento de vello en las axilas y en la zona genital, el desarrollo de los senos en las mujeres y el aumento del tamaño de los testículos en los varones. Por lo general empieza uno o dos años antes en las niñas que, en los varones, y puede ser normal que algunos cambios comiencen tan pronto como a los 8 años para las niñas y a los 9 años para los varones. Muchas niñas tienen su primera menstruación alrededor de los 12 años, en promedio de 2 a 3 años después del comienzo del desarrollo de los senos. (Allen, B. & Waterman, H, 2019)

4.1.2.2. Adolescencia media. Comprende de los 14 a los 17 años y se caracteriza, sobre todo, por conflictos familiares, debido a la relevancia que adquiere el grupo; es en esta época, cuando pueden iniciarse con más probabilidad las conductas de riesgo. Los cambios físicos que comenzaron en la pubertad continúan durante la adolescencia media, la mayoría de los varones comienzan su "crecimiento repentino" y continúan los cambios relacionados con la pubertad. Es posible, por ejemplo, que se les quiebre la voz a medida que se les va agravando. A algunos les sale acné. Es probable que los cambios físicos estén casi completos en las mujeres y la mayoría de las niñas ya tenga menstruaciones regulares. A esta edad, a muchos adolescentes les surge el interés en las relaciones románticas y sexuales. Probablemente se cuestionen su identidad sexual y la exploren, lo que podría resultar estresante si no tienen el apoyo de sus pares, de la familia o de la comunidad. Otra forma típica de explorar el sexo y la sexualidad de los adolescentes de todos los géneros es la autoestimulación, también llamada masturbación. (Allen, B. & Waterman, H, 2019)

4.1.2.3. Adolescencia tardía. Abarca desde los 18 hasta los 21 años y se caracteriza por la reaceptación de los valores paternos y por la asunción de tareas y responsabilidades propias de la madurez. Los jóvenes en la adolescencia tardía por lo general ya completaron el desarrollo físico y alcanzaron la altura definitiva que tendrán como adultos. Pare esta edad suelen tener más control de sus impulsos y pueden sopesar los riesgos y recompensas mejor y con más precisión. Los adolescentes que se convierten en adultos jóvenes tienen ahora un sentido más firme de su propia individualidad y pueden identificar sus propios valores. Se centran más en el futuro y basan sus decisiones en sus ilusiones e ideales. Las amistades y las relaciones románticas se tornan más estables. Se separan más de su familia, tanto física como emocionalmente. No obstante, muchos restablecen una relación "adulta" con sus

padres, considerándolos personas de su mismo nivel a quienes pedir consejos y con quienes hablar de temas serios, en vez de una figura de autoridad. (Allen, B. & Waterman, H, 2019)

4.2. Familia

4.2.1. Definición. Se ha definido a la familia como “Grupo de personas, vinculadas generalmente por lazos de parentesco, ya sean de sangre o políticos, e independientemente de su grado, que hace vida en común, ocupando normalmente la totalidad de una vivienda”. (Eustat, 2015)

4.2.2. Funciones de la familia. Según el modelo circuplejo de Olson y citado por Aguilar, C. (2017). Las principales funciones de la familia son:

4.2.2.1. Apoyo mutuo: Este apoyo se da dentro de un marco de interdependencia de roles y está basado en relaciones emocionales, además del apoyo físico, financiero, social y emocional, se consuelan y se confortan, realizan actividades en grupo y tienen sentimiento de pertenencia.

4.2.2.2. Autonomía e independencia. Para cada persona, el sistema es lo que facilita el crecimiento personal de cada miembro. Cada persona en la familia tiene roles definidos que establecen un sentido de identidad, tiene una personalidad que se extiende más allá de las fronteras de la familia. En efecto, las familias hacen cosas juntas y también separadas.

4.2.2.3. Reglas. Las reglas y normas que gobiernan una unidad familiar y a cada uno de sus miembros pueden ser explícitas o implícitas. Los límites de los subsistemas deben de ser firmes, pero lo suficientemente flexibles como para permitir una modificación cuando las circunstancias cambian. Las normas incluyen los patrones de interacción.

4.2.2.4. Adaptabilidad. A los cambios de ambiente: La familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que pueda seguir funcionando. Toda familia debe adecuarse a cualquier situación interna o externa que genere cambio, con el fin de mantener la funcionalidad.

4.2.2.5. Comunicación: Esta comunicación dentro de una familia puede conseguirse usando mensajes verbales, no verbales e implícitos. La comunicación es fundamental para que las demás funciones de la familia puedan llevarse a plenitud y adecuadamente. Cuando los canales de comunicación se ven afectados, la funcionalidad familiar se ve entorpecida.

4.2.3. Tipos de familia. Según Blessing, M. (2020) menciona algunos tipos de estructuras familiares que se mencionan a continuación:

4.2.3.1. Familia nuclear. La familia nuclear es el tipo tradicional de estructura familiar. Este tipo de familia consta de dos padres e hijos. Durante mucho tiempo, la sociedad tuvo en cuenta a la familia nuclear como el ideal en el que criar a los hijos. Los niños de familias nucleares reciben fuerza y estabilidad de la estructura biparental y generalmente tienen más oportunidades debido a la facilidad financiera de dos adultos. Según los datos del censo de EE. UU, en 2010 casi el 70 % de los niños viven en una unidad familiar nuclear.

4.2.3.2. Familia monoparental. La familia monoparental está formada por uno de los padres que cría a uno o más hijos por su cuenta. Esta familia puede incluir una madre soltera con sus hijos, un padre soltero con sus hijos o una persona soltera con sus hijos. La familia monoparental es el mayor cambio que ha experimentado la sociedad en términos de cambios en las estructuras familiares. Uno de cada cuatro niños nace de una madre soltera. Las familias monoparentales son generalmente cercanas y encuentran formas de trabajar juntas para resolver problemas, como dividir las tareas del hogar. Cuando solo uno de los padres está en casa, puede ser difícil encontrar cuidado de niños, ya que solo hay un padre trabajando. Esto limita los ingresos y las oportunidades en muchos casos, aunque muchas familias monoparentales cuentan con el apoyo de familiares y amigos.

4.2.3.3. Familia extendida. La estructura de la familia extendida consiste en dos o más adultos que están relacionados, ya sea por sangre o por matrimonio, que viven en el mismo hogar. Esta familia incluye a muchos parientes que viven juntos y trabajan por objetivos comunes, como criar a los hijos y mantenerse al día con las tareas del hogar. Muchas familias extendidas incluyen primos, tías o tíos y abuelos que viven juntos. Este tipo de estructura familiar puede formarse debido a dificultades económicas o porque los parientes mayores no pueden cuidarse solos. Las familias extendidas son cada vez más comunes en todo el mundo.

4.2.3.4. Familia sin hijos. Si bien la mayoría de la gente piensa que la familia incluye a los hijos, hay parejas que no pueden o eligen no tener hijos. La familia sin hijos es a veces la "familia olvidada", ya que no cumple con los estándares tradicionales establecidos por la sociedad. Las familias sin hijos constan de dos socios que viven y trabajan juntos. Muchas

familias sin hijos asumen la responsabilidad de tener una mascota o tienen un contacto extenso con sus sobrinas y sobrinos.

4.2.3.5. Familia adoptiva. Más de la mitad de todos los matrimonios terminan en divorcio y muchas de estas personas optan por volver a casarse. Esto crea la familia escalonada o combinada que involucra a dos familias separadas que se fusionan en una nueva unidad. Consiste en un nuevo esposo, esposa o cónyuge y sus hijos de matrimonios o relaciones anteriores. Las familias adoptivas son tan comunes como la familia nuclear, aunque tienden a tener más problemas, como períodos de adaptación y problemas de disciplina. Las familias adoptivas deben aprender a trabajar juntas y también a trabajar con sus exparejas para garantizar que estas unidades familiares funcionen sin problemas.

4.2.3.6. Familia de abuelos. Hoy en día, muchos abuelos están criando a sus nietos por diversas razones. Uno de cada catorce niños es criado por sus abuelos y los padres no están presentes en la vida del niño. Esto podría deberse a la muerte de los padres, la adicción, el abandono o la incapacidad de los padres. Muchos abuelos necesitan volver a trabajar o encontrar fuentes de ingresos adicionales para ayudar a criar a sus nietos.

4.2.4. Ciclo vital de la familia. Se la define como la secuencia de estadios por los que atraviesa la familia desde su establecimiento hasta su disolución. Este ciclo está constituido por etapas de complejidad creciente a las que siguen otras de simplificación familiar; además, las características sociales y económicas varían desde su formación hasta su disolución. Cuando el ciclo vital de la familia se disloca o interrumpe, o cuando la familia tiene dificultades para cumplir las tareas específicas que exige cada etapa, se producen situaciones que alteran la homeostasis familiar y que, si no se resuelven de forma satisfactoria, desembocarán en una crisis del sistema. En las familias, tres o cuatro generaciones deben acomodarse simultáneamente a las transiciones del CVF, ya que lo que ocurre en una de ellas tiene efecto en las relaciones y las conductas de las otras, podemos conceptualizar el ciclo familiar como una espiral en la que tienen lugar, al mismo tiempo, acontecimientos que afectan a distintas generaciones. De esta manera, mientras algunos miembros de la familia entran en la espiral, otros llevan cierto trecho recorrido y algunos están cada vez más cerca de la salida. (Solórzano, M, 2018).

4.2.4.1. Etapa de formación. En esta etapa los eventos vitales son el matrimonio, embarazo, nacimiento del primer hijo. En esta etapa se realiza el ajuste de la individualidad

y roles. La pareja aprende una nueva forma de convivencia estableciendo nuevas formas de interacción. (Tigre, J, 2017)

4.2.4.2. Etapa de expansión. Entre los eventos vitales de esta etapa se encuentran: el nacimiento del primer hijo, la independización del último hijo. Es la etapa más larga del ciclo y comprende gran variedad de cambios, por lo que varios autores la dividen en otras subetapas: el nacimiento de los hijos, su educación, la adolescencia, la vida adulta. (Tigre, J, 2017)

4.2.4.3. Etapa de contracción y disolución. Finalmente la contracción o desaparición de la familia son etapas naturales potencialmente generadoras de estrés en los integrantes del sistema familiar. La etapa de contracción comprende 13 desde la salida del último hijo del hogar hasta la muerte del primer cónyuge; la etapa de disolución abarca desde la muerte del primer cónyuge hasta la muerte del segundo cónyuge. En estas etapas principalmente aparecen los problemas relacionados con la vejez. La jubilación implica disminución de ingresos económicos, de nivel social, de ocupación y de compañeros. El deterioro progresivo de los sentidos y la capacidad física crean barreras dentro del propio hogar y el medio comunitario. (Tigre, J, 2017)

4.2.5. Funcionalidad Familiar

4.2.5.1. Familia funcional. El funcionamiento familiar es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia, lo que se considera como cohesión; los cuales pueden ser capaces de cambiar la estructura familiar con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares lo que se conoce como adaptabilidad. Además considera que un funcionamiento familiar balanceado es aquel que posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están asignados. (Maldonado, R; Suarez, R; Rojas, A & Gavilanes, Y, 2017).

Para otros autores, la funcionalidad familiar es un concepto de carácter sistémico, que aborda las características relativamente estables, por medio de las cuales, el grupo humano que la conforma internamente se relacionan. Comprende el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia. La dinámica relacional conforma la calidad del ambiente y la atmósfera del hogar, le imprime al mismo un clima agradable, de satisfacción o un clima desagradable, de tensión

y regula el desarrollo del grupo familiar como un todo. (Maldonado, R; Suarez, R; Rojas, A & Gavilanes, Y, 2017).

4.2.5.1.1. Características de la familia funcional. Paladines, M & Quinde, M, en su estudio citan las características que tiene una Familia Funcional según Virginia Satir (1978). Esta autora da a conocer cuatro ítems para reconocer si una familia es funcional o no entre estas tenemos:

Autoestima. - Es el amor que se tiene uno mismo en una forma positiva, es la manera de ser de cada persona, favorece a la conformación de la personalidad y la realización de cualquier actividad, a su vez cada individuo es capaz de aceptar sus virtudes y defectos. Se va construyendo constantemente no es algo fijo.

Comunicación. Es la forma de expresar ideas y resolver problemas convirtiéndose en un punto clave para el funcionamiento del sistema familiar por lo tanto no deberá ser ambigua, sino más bien clara, precisa, coherente y directa. Es el vínculo imprescindible para la interacción entre los miembros de la familia.

Normas Familiares. Las reglas y normas para actuar y sentir de cada miembro tienen gran fuerza e influencia en la vida familiar estas deben ser flexibles, a su vez es importante conocer la construcción de las normas y saber comunicarlas a todos los que conforman el sistema familiar, evitando el origen de dificultades en sus relaciones.

Enlace con la sociedad. Se trata de las relaciones con los demás ya que la familia forma parte de la sociedad y no puede vivir aislada de la misma. La familia considerada como sistema se relaciona con el resto de sistemas como por ejemplo el sistema educativo o laboral todas las influencias van formando parte de cada sujeto, por lo tanto, este es producto de la sociedad en la que se desenvuelve.

4.2.5.2. Familia disfuncional.

4.2.5.2.1. Definición. “La disfuncionalidad familiar es el incumplimiento de las funciones básicas de la familia (función económica, biológica, educativa, cultural y espiritual), por lo que no se promueve el desarrollo saludable a la salud de todos los integrantes de la familia”. (Espinoza, 2015)

Las familias que no satisfacen las necesidades emocionales de sus integrantes, no cumplen con sus funciones específicas, convirtiéndose en una familia disfuncional,

Minuchin, en su libro *Familia y Terapia Familiar* (1997) considera que una familia disfuncional es aquella que a pesar de estar formada con lazos afectivos en común, conviven con conflictos, mal comportamiento y frecuentes abusos por parte de cada miembro de la familia, los cuales hacen sufrir a otros de la misma forma. (Minuchin, 1977)

4.2.5.2.2. *Características de la familia disfuncional.* En un estudio realizado en la Universidad de Cuenca en el año 2010 por las psicólogas Paladines, M & Quinde, M, identifican las siguientes características propias de una familia disfuncional:

Incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros.

No se respeta la distancia generacional además se invierte la jerarquía, su estructura familiar esta lamentablemente alterada es por eso que la interacción entre los miembros es 15 deficiente y existe dificultad en el desarrollo psicosocial de cada subsistema, su adaptación y la resolución de conflictos.

No se respeta la individualidad de sus integrantes, ellos no se sienten como seres únicos prefieren conformarse de todo, los padres se creen perfectos y piensan que sus hijos son culpables de todo lo malo que sucede en el hogar.

No existe comunicación dentro del sistema, no son honestos con ellos mismos ni con el resto de tal manera que cada miembro vela por sus propios intereses.

Existen dificultades para pasar de una etapa a otra del ciclo vital por lo que no pueden resolver conflictos los ignoran.

Los límites y reglas son rígidos presentan dificultad para cumplir su rol existiendo una lucha constante entre todos contra todos.

4.2.5.2.3. *Tipos de familias disfuncionales.* Counseling & Psych Services Brown University (s,f) nos indica los siguientes ejemplos de patrones que ocurren con frecuencia en familias disfuncionales.

Uno o ambos padres tienen adicciones o compulsiones (por ejemplo, drogas, alcohol, promiscuidad, juego, exceso de trabajo y / o comer en exceso) que tienen una fuerte influencia en los miembros de la familia.

Uno o ambos padres utilizan la amenaza o la aplicación de violencia física como principal medio de control. Los niños pueden verse obligados a presenciar actos de violencia, pueden verse obligados a participar en el castigo de sus hermanos o pueden vivir con miedo a los estallidos explosivos.

Uno o ambos padres explotan a los niños y los tratan como posesiones cuyo propósito principal es responder a las necesidades físicas y / o emocionales de los adultos (p. Ej., Proteger a un padre o animar a uno que está deprimido).

Uno o ambos padres no pueden proporcionar, o amenazan con retirar, el cuidado físico básico o financiero de sus hijos. De manera similar, uno o ambos padres no brindan a sus hijos el apoyo emocional adecuado.

Uno o ambos padres ejercen un fuerte control autoritario sobre los hijos. A menudo, estas familias se adhieren rígidamente a una creencia particular (religiosa, política, financiera, personal). Se espera el cumplimiento de las expectativas de los roles y las reglas sin ninguna flexibilidad.

4.3. Depresión

4.3.1. Definición. Según el Instituto Nacional de la Salud Mental de Estados Unidos (NIH) (2016), la depresión también denominada “depresión clínica” o “trastorno depresivo”, es un trastorno del estado de ánimo que causa síntomas de angustia, que afectan la manera de sentir, pensar y coordinar las actividades diarias, como dormir, comer o trabajar de quien lo padece; para recibir un diagnóstico de depresión, los síntomas deben estar presentes la mayor parte del día, casi todos los días, durante por lo menos dos semanas. (p.2)

De manera similar el Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia (2018), afirma que:

“Se define a la depresión como un trastorno del estado de ánimo compuesto por un conjunto de diversos síntomas, entre los que destacan los de tipo afectivo (tristeza patológica, desesperanza, apatía, anhedonia, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar) acompañados de síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos. Por cuanto, podríamos hablar de un deterioro global del funcionamiento personal, con especial énfasis en el ámbito afectivo. En la práctica clínica la depresión no es común que suela presentarse de manera aislada, sino que al contrario es muy frecuente su asociación con otras entidades psicopatológicas. Así,

por ejemplo, la asociación entre trastorno depresivo y de ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones”. (p.48)

4.3.2. Etiología en la adolescencia. Se ha tenido la tendencia de agrupar los factores que determinan su aparición en dos polos distintos: uno endógeno, que considera que el comportamiento está determinado por factores "internos" (biológicos) y un polo exógeno que se explica por factores “externos” (ambiente). Ambos polos, poseen un carácter determinista al ubicar la causa, de manera excluyente, en lo biológico o en el ambiente. En opinión de los autores, nos debemos referir en términos de factores que influyen en la depresión, y al hacerlo, se debe estimar con un enfoque integrador, donde estos puedan coincidir en un mismo caso, aceptando y procurando además, hallar las evidencias del predominio de uno u otro. La adolescencia es un período de tránsito entre la niñez y la edad adulta, caracterizado por grandes cambios biológicos, psicológicos y sociales.” (Falcato, M; Hernandez, N & Calzada, Y, 2017)

Según Pruthi, S. (2018) las causas de la depresión en la etapa de la adolescencia no están claramente definidas, sin embargo nombra algunas de las cuales se presentan con bastante frecuencia, entre las cuales tenemos:

Hormonas. Los cambios en el equilibrio hormonal del cuerpo pueden estar involucrados en la causa o el desencadenamiento de la depresión.

Rasgos heredados. La depresión es más común en personas cuyos familiares de sangre, como un padre o un abuelo, también sufren la enfermedad.

Trauma de la primera infancia y adolescencia. Los eventos traumáticos durante la infancia o en el momento exacto de la etapa de adolescencia, como el maltrato físico o emocional, la pérdida de un padre, o la separación de los padres pueden causar cambios en el cerebro que hacen que una persona sea más susceptible a la depresión.

Patrones de pensamiento negativo aprendidos. La depresión en los adolescentes puede estar relacionada con aprender a sentirse desesperanzados, en lugar de aprender a sentirse capaces de encontrar soluciones para los desafíos de la vida.

Por otra parte Gallego, M. (2018), indica que pueden existir otras causas responsables de producir depresión en adolescentes, los cuales son:

Grupo de iguales. En la etapa de la adolescencia se incrementa la importancia de la aceptación social por su grupo de iguales, si se diera el rechazo del mismo, bulling provoca muchas veces sentimientos de vergüenza y soledad, lo que como consecuencia traería depresión.

Fracaso escolar. La sobre exigencia propia del adolescente o por parte de los padres en el área académica y no poder cumplir, aparecen sentimientos de frustración y esto contribuye a la baja autoestima.

Otros problemas. Tener otros amigos, enfermedades incapacitantes, embarazo, muerte de un ser querido, preocupación de su imagen física, cambio de ciudad, ruptura sentimental traumática, etc.

4.3.3. Epidemiología. La prevalencia suele variar dependiendo de algunos factores como la población, el período considerado, informante y los criterios que se utilizan para el diagnóstico. La mayoría de los estudios coinciden en que cerca del 1% al 2% de los niños en edad prepuberal y cerca del 5% de los adolescentes llegan a padecer depresión clínicamente significativa en algún momento de su vida. Sin embargo la prevalencia acumulativa (acumulación de nuevos casos de individuos que no habían sido afectados previamente, también conocida como prevalencia de vida) es más alta. Por ejemplo, a la edad de 16 años, un 12% de las jóvenes y un 7% de los jóvenes habrá tenido un trastorno depresivo en algún momento de sus vidas. (Según lo afirmado por Costello et al, 2003 y citado por Rey, M; Tolulope, B & Liu, G, 2017).

La prevalencia del trastorno distímico es menos conocida, pero los estudios sugieren una prevalencia puntual que va del 1% al 2% en niños y del 2% al 8% en adolescentes. Se estima que un 5% a 10% de las personas jóvenes manifiesta depresión subclínica (o depresión menor). Los jóvenes con depresión menor muestran algo de deterioro funcional, y mayor riesgo de suicidio y de desarrollar depresión mayor. (Rey, M; Tolulope, B & Liu, G, 2017).

Aunque no se dispone de datos específicos respecto a la carga de la depresión en la infancia y adolescencia, pero asumiendo que el trastorno se prolonga en forma continúa hasta la vida adulta, parece ser que la carga de enfermedad se vuelve considerable. Por ejemplo, un estudio estimó que una mujer de 21 años de edad, seleccionada aleatoriamente, con un diagnóstico de depresión mayor de inicio temprano, podía esperar recibir salarios anuales futuros de un 12% a un 18% más bajos que los de otra mujer de 21 años de edad, también

seleccionada aleatoriamente, cuyo inicio del trastorno depresivo se produjo después de los 21 años de edad o que no presentaba depresión. (Según Berndt et al, 2000 y citado por Rey, M; Tolulope, B & Liu, G, 2017).

4.3.4. Factores Protectores y de riesgo en el adolescente

4.3.4.1. Factores protectores. Son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. (Marengo, P, 2020)

4.3.4.1.1. Aspectos individuales. Alta autoestima, seguridad en sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía, optimismo, fortaleza personal, afrontamiento positivo, resolución de problemas, autonomía, competencia cognitiva, demostración de las emociones.

4.3.4.1.2. Aspectos familiares. Adulto significativo, vínculos afectivos, apego parental, límites claros y firmes, reconocimiento de esfuerzos y logros.

4.3.4.1.3. Aspectos sociales. Redes informales de apoyo, grupos de pares, deportes, escuela, comunidad.

4.3.4.2. Factores de Riesgo. Son las acciones ya sea pasivas o activas, que involucren peligro para el bienestar del individuo o que acarrear directamente consecuencias negativas para su salud o comprometen aspectos de su desarrollo. (Marengo, P, 2020)

4.3.4.2.1. Aspectos individuales. Baja autoestima, inseguridad, dificultad para comunicarse, incapacidad de ponerse en el lugar del otro, locus de control externo, pesimismo, inseguridad, afrontamiento evitativo, dificultad para resolución de conflictos, dependencia, déficit de habilidades sociales, introvertido.

4.3.4.2.2. Aspectos familiares. Sin adulto significativo, límites difusos y flexibles, desapego, dificultad para vincularse afectivamente, falta de reconocimiento de sus esfuerzos y logros.

4.3.4.2.3. Aspectos sociales. Ausencia de redes sociales, grupo de pares, tiempo libre ocioso, deserción escolar, dificultad para insertarse socialmente.

Según lo afirmado por Lucio, Rapp-Paglicci, & Rowe. (2011) y citado por Gonzalez, S; Pineda, A; Gaxiola, J (2017). Los factores de riesgo relacionados con la depresión son variados e incluyen desde aspectos biológicos hasta psicológicos y sociales. Los factores de

riesgo se definen como aquellos atributos o variables que incrementan la probabilidad de que personas con características similares desarrollen alguna problemática. En el caso de la depresión, variables como la edad, el sexo, el divorcio, los problemas familiares y las características socioeconómicas de la región son algunos ejemplos de factores de riesgo

Otros autores como Gallego, M. (2019). Los catalogan como toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de desarrollar la depresión en adolescentes pero no como causas, sino más bien como variables o situaciones que se asocian con el comienzo de la depresión, por tanto pueden usarse para la prevención y el entendimiento del trastorno psicológico, es decir son situaciones y de rasgos de personalidad que aumentan la probabilidad de que un o una adolescente sufra depresión. Entre los cuales se mencionan:

Factores familiares y del contexto social: condiciones familiares adversas que son vividas con un alto nivel de estrés. Antecedentes familiares de depresión, esquizofrenia, consumo de sustancias o trastornos de conducta o personalidad, también son considerados como de riesgo.

Factores relacionados con el entorno: conflictos en el centro de estudio, rechazo de otras personas, acoso escolar o bullying, bajo rendimiento escolar.

Factores personales: sexo femenino, baja autoestima o exceso de autoexigencia, déficit de habilidades sociales, trastornos de aprendizaje, tics o conducta o enfermedad crónica.

Factores psicológicos: existencia de cogniciones disfuncionales, estilo de ánimo pesimista, excesiva autocrítica, distorsiones cognitivas, pensamientos negativos automáticos, alto nivel de desesperanza y dificultades en solución de problemas.

4.3.5. Manifestaciones clínicas. Según lo afirmado por Gallego, M. (2019). La sintomatología de la depresión en adolescentes y en adultos es bastante similar. La depresión en adolescentes no deja de ser un conjunto de síntomas siendo el más característico el estado de ánimo. Sin embargo, la depresión en adolescentes puede presentar una serie de síntomas frecuentes que pueden ayudarnos a identificarla. Para ello, debemos atender a los siguientes cambios en sus hábitos de vida.

4.3.5.1. Problemas de sueño o cambio en los hábitos nocturnos. Dormir menos de lo habitual, dormir en exceso, quejas sobre un sueño no reparador o sobre sueños de temática triste o incluso suicida.

4.3.5.2. Cambios en los hábitos de alimentación. Aumento o descenso de apetito o del peso. Puede incluso haber relación entre la existencia de una depresión y la anorexia u otro trastorno de la conducta alimentaria.

4.3.5.3. Pérdida de interés por actividades que antes disfrutaba. Disminución o cese de las salidas con compañeros de clase o dejar de hacer deporte. Puede darse como una falta de motivación por realizar actividades que antes le apetecían con frecuencia.

4.3.5.4. Irritabilidad o tristeza espontánea. Cambios de humor sin aparente razón, llanto frecuente, quejas sobre su mala suerte o lo mal que le van ciertos aspectos de su vida, berrinches y peleas frecuentes por motivos aparentemente leves. Esto también puede ser importante de cara al diagnóstico de la depresión en adolescentes.

4.3.5.5. Bajo rendimiento escolar y quejas sobre la falta de concentración. La depresión en adolescentes, puede afectar al rendimiento escolar de forma directa e indirecta. Una baja motivación, un estilo cognitivo rumiativo, pensamientos negativos sobre su futuro y bajas expectativas, pueden ayudar a disminuir las calificaciones y el rendimiento en el ámbito escolar.

4.3.5.6. Cambio de amigos o disminución en la frecuencia de salidas.

4.3.5.7. Comentarios negativos sobre sí mismo, aspectos de su vida o el futuro. En la depresión es frecuente encontrarnos con la “triada cognitiva”, es decir pensamientos negativos acerca de sí mismo, el futuro y el mundo. No hay que ignorar comentarios negativos que el adolescente hace sobre él o ella. Estas verbalizaciones pueden ser usadas por el adolescente para expresar sus sentimientos o emociones, así como darnos pistas de su autoconcepto, autoestima y la depresión.

4.3.5.8. Comportamientos violentos. Aunque deben tenerse en cuenta otros criterios diagnósticos como trastorno disocial, la violencia puede ser una expresión de la rabia y el sufrimiento y depresión, así como una toma del control sobre su vida.

4.3.5.9. Pensamientos suicidas. Es necesario tomarse en serio cualquier comportamiento o comentario por parte del adolescente. Pensamientos acerca de la muerte, verbalizaciones como por ejemplo “mi familia estaría mejor sin mí”, “me quiero morir” etc. deben ayudarnos para prevenir conductas suicidas e impedir comportamientos que hagan peligrar la vida del joven. (Gallego, M, 2019).

Sin embargo otros autores afirman que los pacientes deprimidos pueden manifestar síntomas depresivos a cualquier edad, la diferencia radica en cuanto al patrón de presentación ya que suele variar ligeramente de acuerdo a la etapa del desarrollo, lo que resulta en diferencias en la forma en que la depresión se manifiesta a lo largo de la vida. (Rey, M; Tolulope, B & Liu, G, 2017).

Entre los cuales se mencionan durante la adolescencia:

Irritabilidad (gruñón, hostil, se frustra con facilidad, arranques de ira)

Afecto reactivo

Hipersomnia

Aumento del apetito y ganancia de peso

Quejas somáticas

Sensibilidad extrema al rechazo (p.e., tener una falsa percepción de que se es humillado o criticado) lo que lleva a, por ejemplo, tener dificultades para mantener relaciones.

4.3.6. Diagnóstico. Según Rey, M et, al. (2017). Aunque generalmente el diagnóstico no es difícil, a menudo, la depresión en niños y adolescentes no es detectada o tratada. Al inicio, las personas jóvenes tienden a presentar problemas conductuales o físicos, los que pueden ocultar los síntomas depresivos típicamente observados en los adultos. Los problemas que puede indicar una posible depresión, a los que los profesionales debiesen estar atentos, incluyen:

Irritabilidad o mal humor

Aburrimiento crónico o pérdida del interés en actividades de ocio que antes disfrutaba (por ejemplo, abandonar las actividades deportivas, o clases de danza y música)

Retraimiento social, o no querer “pasar el rato” con los amigos

Evitar ir a la escuela

Disminución en el desempeño académico

Cambios en el patrón de sueño-vigilia (por ejemplo, dormir hasta tarde y negarse a ir a la escuela)

Frecuentes quejas de sentirse enfermo, dolor de cabeza, dolor de estómago, que no tienen explicación

Desarrollo de problemas conductuales (como volverse más desafiante, escapar de casa, acosar a otros)

Abusar del alcohol u otras sustancias

4.3.6.1. Clasificación. Según la última revisión efectuada por la American Psychiatric Association del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), los trastornos de la infancia no incluyen ninguna categoría que aborde las depresiones infantiles como síndrome, aunque sí se cita sintomatología depresiva asociada en el trastorno de ansiedad por separación. El diagnóstico de las depresiones en el niño y en el adolescente se realiza en base a los mismos criterios que los adultos, con dos matizaciones; lo que en el adulto se manifiesta como un estado de ánimo deprimido, en el adolescente puede manifestarse como irritación. En segundo lugar, el aumento o pérdida de peso en este caso no se valora específicamente; tan sólo se considera el fracaso a la hora de estimar una ganancia de peso establecida.

Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades (Organización Mundial de la Salud) en su última versión (CIE 10) tampoco considera la depresión como una categoría diagnóstica susceptible de ser incluida en los trastornos infantiles.

La clasificación de los trastornos depresivos, se establece en función de dos criterios: la severidad sintomática y la posibilidad de ciclar o no. De esta forma se establecen dos categorías básicas:

4.3.6.1.1. Episodio Depresivo mayor con episodio único o recidivante. Presenta una sintomatología más relevante (consultar criterios diagnósticos específicos en DSM-IV-TR) y Trastorno Distímico, con una sintomatología depresiva moderada.

4.3.6.1.2. Trastornos Bipolares, de tipo I y II. En función de si se presentan episodios combinados, maníacos, hipomaníacos y depresivos (Tipo I) o bien episodios depresivos y/o hipomaníacos pero nunca maníacos (Tipo II) y trastorno ciclotímico que comprende ciclos suaves que pueden coincidir con períodos estacionales.

4.3.6.1.3. Asociada a otras causas. Una tercera categoría englobaría sintomatología depresiva asociada a:

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Trastorno del estado de ánimo no especificado

4.3.7. Tratamiento

4.3.7.1. Farmacológico. Se estima que a los adolescentes con depresión no se les diagnostica de manera temprana, y solo una minoría recibe tratamiento específico y efectivo para el trastorno. Desde el punto de vista farmacológico, los inhibidores efectivos de la recaptura de serotonina, son los antidepresivos de elección para esta población de jóvenes. Es recomendable iniciar con dosis bajas de cualquier antidepresivo, para observar la tolerancia medicamentosa y así obtener una adecuada adherencia por parte del paciente. Los principales efectos colaterales de los inhibidores selectivos de la serotonina, son generalmente mínimos, como náusea, diarrea, reflujo gastrointestinal, insomnio y disminución del libido, entre otros. Muchos de los efectos secundarios son dosis-dependientes y suelen desaparecer cuando esta disminuye. (Academia Nacional de Medicina de México, 2017).

Además nos menciona cuales son los fármacos más comúnmente usados para este tratamiento y sus respectivas dosis:

Fluoxetina 20-40 mg/día

Paroxetina 20-40 mg/día

Sertralina 50-100 mg/día

Citalopram 20-40 mg/día

Escitalopram 10-20 mg/día

4.3.7.2. Psicoterapéutico. En el tratamiento integral del trastorno depresivo mayor debe considerarse siempre la terapia cognitiva conductual, interpersonal y familiar, éstas generalmente conducidas por un profesional calificado. En muchas ocasiones, los malestares físicos se controlan al eliminar la sintomatología depresiva. En general, todas las formas de psicoterapia consideran al sujeto como un todo, aunque viéndolo desde la perspectiva de las fuerzas motivacionales de la personalidad, las psicoterapias pueden ser individuales. (Academia Nacional de Medicina de México, 2017).

La terapia cognitivo-conductual: Se centra en modificar los estilos negativos de pensamiento y conducta que contribuyen a desencadenar y mantener la depresión.

La terapia interpersonal: Ayuda a las personas con depresión a identificar y manejar problemas específicos en las relaciones con la familia, amigos, compañeros y otras personas. Estas terapias son proporcionadas por profesionales entrenados en estas técnicas y expertos en su uso, normalmente psicólogos clínicos y/o psiquiatras.

En adolescentes con depresión mayor leve se recomienda la terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal como modalidades de psicoterapia iniciales, debido a que son las que han demostrado ser más eficaces en este grupo de edad. No se recomienda utilizar fármacos antidepresivos en el tratamiento inicial de los niños y adolescentes con depresión leve. (Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia, 2018)

5. Metodología

5.1. Tipo de Estudio

De enfoque cuantitativo y prospectivo.

5.2. Tipo de Diseño Utilizado

Descriptivo, transversal

5.3. Unidad de Estudio

La presente investigación se realizó en el Colegio de Bachillerato “Ocho de Noviembre” del cantón Piñas, perteneciente a la parte alta de la provincia de El Oro.

5.4. Universo y Muestra

El universo estuvo constituido por 761 estudiantes del Colegio “Ocho de Noviembre” correspondientes a cursos de bachillerato, acorde a la nómina que maneja la institución educativa y debido a la situación postpandemia se encontraban realizando sus actividades académicas vía online.

Se decidió realizar el estudio en una muestra del universo para lo cual se utilizó la fórmula de Suarez Ibujés y el programa EPI INFO con el cual se obtuvo el siguiente resultado.

$$n = \frac{N\delta^2 Z^2}{(N - 1)e^2 + \delta^2 Z^2}$$

$$\frac{(761)(0.5)^2(1.96)^2}{(761 - 1)0.05^2 + (0.5)^2(1.96)^2}$$

$$n = 256$$

Donde:

n = el tamaño de la muestra.

N= tamaño de la población.

δ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, se usa un valor constante de 0,5.

Z= Valor obtenido mediante niveles de confianza empleando para esta investigación un 95% de confianza, equivalente a 1,96.

e= Límite aceptable de error muestral el cual varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), empleando para esta investigación un 5% (0,05=).

5.5. Criterios de Inclusión

- Adolescentes legalmente matriculados entre primer, segundo y tercer año de bachillerato.
- Estudiantes con edades entre 14-19 años.
- Alumnos y representantes que hayan aceptado el consentimiento informado.

5.6 Criterios de Exclusión

- Estudiantes previamente diagnosticados con patología psiquiátrica.
- Estudiantes que no completen toda la información solicitada.
- Estudiantes fuera del número de muestra calculado

5.7. Métodos e Instrumentos y Procedimiento

5.7.1. Métodos. El presente estudio se realizó con la aplicación del Test de Zung y el Test de Funcionamiento Familiar-APGAR a los adolescentes que cursan en el Colegio de Bachillerato “Ocho de Noviembre”.

5.7.2. Instrumentos.

5.7.2.1. Consentimiento informado. (Anexo 1). El consentimiento informado es un documento informativo en el cual se invita a las personas a participar en una investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado autoriza a una persona a participar en un estudio, así como también permite que la información recolectada durante dicho estudio, pueda ser utilizada por el o los investigadores del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados.

Este consentimiento estuvo dirigido a los estudiantes que cursan en el colegio de bachillerato “Ocho de Noviembre” y a sus representantes legales o personas a cargo a quienes se los invitara a participar en el estudio denominado “Funcionalidad familiar y depresión en adolescentes del Colegio de Bachillerato “Ocho de Noviembre” del cantón Piñas”.

Este documento estuvo compuesta con la información del estudio: investigador, director de tesis, introducción, propósito, tipo de intervención de la investigación, selección de los participantes, participación voluntaria, beneficios, riesgos, confidencialidad, compartiendo los resultados, derecho a negarse o retirarse, a quien contactar, nombre del participante, firma del participante y fecha.

5.7.2.2 Test de Funcionalidad familiar - APGAR (Anexo 2). Este es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos.

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia.

5.7.2.2.1. Dimensiones. Evalúa cinco dimensiones: adaptabilidad, cooperación, crecimiento, afectividad y capacidad resolutiva.

Los componentes de este instrumento son 5 elementos que se evalúan para evaluar la funcionalidad de la familia. Esto es:

Adaptación: es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.

Participación: o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.

Gradiente de recursos: es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.

Afectividad: es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.

Recursos o capacidad resolutive: es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

Estos cinco elementos son muy importantes, considerando su presencia en toda la tipología de los diferentes tipos de familia, pudiendo ser en base a su estructura, desarrollo, integración o en base a su demografía.

Debe ser respondido de forma personal.

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

0: Nunca

1: Casi nunca

2: Algunas veces

3. Casi siempre

4: Siempre.

Interpretación del puntaje:

Normal: 17-20 puntos

Disfunción leve: 16-13 puntos.

Disfunción moderada: 12-10 puntos

Disfunción severa: menor o igual a 9

5.7.2.3. Test de Zung (Anexo 3). La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung en el año 1965 para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.

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. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Hay 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).

El rango de calificación es de 20-80. Sin embargo, se debe tomar en cuenta que los valores de los puntales obtenidos se deben transformar usando la parrilla de interpretación que incluye el test.

Teniendo así la siguiente agrupación de puntuaciones:

25-49 rango normal

50-59 Ligeramente deprimido

60-69 Moderadamente deprimido

70 o más, Severamente deprimido

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

Validez: Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, si muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85%) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

5.8. Procedimiento

Luego de una exhaustiva revisión bibliográfica se procedió a iniciar el presente proyecto solicitando la aprobación y pertinencia del proyecto de investigación a la dirección de

Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, después se solicitó designación de director de tesis.

Posterior a ello se realizaron los trámites de permiso y aprobación para realizar el proyecto al Rector, autoridad máxima del Colegio de Bachillerato “Ocho de Noviembre”, para poder recopilar los datos necesarios, teniendo en cuenta que debido a la situación postpandemia los alumnos recibían clases de manera online en sus viviendas sin acudir de manera presencial a la institución para ningún tipo de actividad académica por lo cual se decidió adaptar las encuestas del presente estudio a la modalidad virtual.

Se identificó a los tutores responsables de cada curso quienes ayudaron como intermediarios para establecer comunicación con los alumnos, se socializó el propósito del estudio, el manejo de la información y autorización dado para lo cual se envió el consentimiento informado a los padres de familia o responsables de los estudiantes mediante sus representados. (Anexo 1)

Luego se procedió a aplicar el Test de Zung para evaluar la presencia de riesgo de depresión y el Test de Funcionalidad familiar –APGAR a todos los estudiantes que junto con sus padres hayan aceptado formar parte del proyecto de investigación, recolección de información que se obtuvo durante un periodo de 5 meses de seguimiento correspondientes al periodo enero-mayo del año 2021. (Anexo 2 y 3)

Finalmente recopilados los datos necesarios se elaboró la base de datos (Anexo 6) a partir de la cual se calcularon las tablas de cada variable estudiada con los respectivos resultados obtenidos para realizar el análisis y conclusiones correspondientes.

5.9 Equipos y Materiales

- Computadora
- Red inalámbrica vía Internet
- Textos
- Material de oficina
- Esferos
- Transporte
- Hojas de impresión

5.10. Análisis Estadístico

Se ingresó la información recolectada por los instrumentos en una matriz de datos en el programa Microsoft Office Excel 2019, luego se realizó la respectiva agrupación por variables obteniendo así las tablas de resultados y se ejecutó un análisis descriptivo de cada variable por cada objetivo específico planteado, posteriormente se elaboró las conclusiones y recomendaciones en base a las mismas.

6. Resultados

6.1. Resultados para el Primer Objetivo

Tabla 1. Nivel de funcionalidad familiar de los adolescentes que cursan el bachillerato en el Colegio “Ocho de Noviembre” del cantón Piñas según edad y sexo.

Nivel de Funcionalidad familiar	Masculino						Femenino						Total	
	14-15		16-17		18-19		14-15		16-17		18-19			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Normal	27	11%	18	7%	6	2%	19	7%	26	10%	4	2%	100	39%
Disfunción Leve	12	5%	10	4%	0	0%	23	9%	15	6%	1	0%	61	24%
Disfunción Moderada	6	2%	9	4%	1	0%	16	6%	16	6%	0	0%	48	19%
Disfunción Severa	8	3%	8	3%	0	0%	13	5%	18	7%	0	0%	47	18%
Total	53	21%	45	18%	7	2%	71	28%	75	29%	5	2%	256	100%

Fuente: Test APGAR de Funcionalidad Familiar

Autora: Lisbeth Alexandra Vacacela Hipo.

Análisis: La población de estudio estuvo conformada por 256 adolescentes que cursan la sección de bachillerato del Colegio “Ocho de Noviembre” del cantón Piñas que cumplieron los criterios de inclusión, 41% (n= 105) de sexo masculino y 59% (n= 151) de sexo femenino. En el sexo masculino, el rango de edad entre 14 a 15 años 21% (n= 53), presentó funcionalidad familiar normal en 11% (n= 27), mientras que el 5% (n= 12) indicó disfunción leve; en el rango de edad de 16 a 17 años (18%) (n=45) la funcionalidad familiar fue normal en el 7% (n= 18), conforme avanza la edad disminuye el número de estudiantes con disfunción familiar. En el sexo femenino dentro del grupo entre 14 a 15 años (28%) (n= 71), la funcionalidad familiar normal representó el 7% (n= 19) sin embargo la disfunción leve prevalece en un 9% (n= 23), en mujeres de 16 a 17 años 29% (n=75) la funcionalidad familiar se evidenció como normal en el 10% (n= 26), conforme avanza la edad la funcionalidad familiar normal se mantiene mientras que los casos de disfuncionalidad familiar disminuyen. De manera general la disfuncionalidad moderada representó el 19% (n= 48), mientras que la disfuncionalidad familiar severa se mostró en el 18% (n=47).

6.2. Resultados para el Segundo Objetivo

Tabla 2. Nivel de depresión de los adolescentes que cursan el bachillerato en el Colegio “Ocho de Noviembre” del cantón Piñas según edad y sexo.

Nivel de Depresión	Masculino						Femenino						Total	
	14-15		16-17		18-19		14-15		16-17		18-19			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Normal	31	12%	21	8%	5	2%	20	8%	25	10%	5	2%	107	42%
Depresión leve	14	5%	17	7%	1	0%	22	9%	29	11%	0	0%	83	32%
Depresión moderada	7	3%	6	2%	1	0%	22	9%	10	4%	0	0%	46	18%
Depresión severa	1	0%	1	0%	0	0%	7	3%	11	4%	0	0%	20	8%
Total	53	21%	45	18%	7	2%	71	28%	75	29%	5	2%	256	100%

Fuente: Escala de autoevaluación de depresión de Zung.

Autor: Lisbeth Alexandra Vacacela Hipo.

Análisis: De acuerdo con la Escala de autoevaluación de depresión de Zung, en el sexo masculino en el grupo de edad de 14 y 15 años el 12% (n=31) es normal, 5% (n=14) presenta depresión leve, en el rango de edad de 16 y 17 años en el 8% (n=21) hay ausencia de depresión, la depresión leve en el 7% (n= 17), conforme avanza la edad disminuye la depresión. En el sexo femenino el grupo de edad en el cual se evidenció mayor número de casos de depresión está en el rango de 14 y 15 años igualándose la depresión leve con la depresión moderada con el 9% (n=22) respectivamente, existe ausencia de depresión en el 8% (n= 20), en adolescentes mujeres de 16 a 17 años la depresión leve se mostró en el 11% (n= 29), no hay depresión en el 10% (n= 25), conforme avanza la edad la depresión disminuye representando inexistencia de casos en el rango de edad de 18 y 19 años. De manera general la depresión moderada representa el 18% (n=46).

6.3. Resultados para el Tercer Objetivo:

Tabla 3. Relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes que cursan el bachillerato en el Colegio “Ocho de Noviembre” del cantón Piñas.

NIVEL DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR	NIVEL DE DEPRESION									
	Normal		Leve		Moderado		Severa		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Normal	67	26%	22	9%	11	4%	0	0%	100	39%
Disfunción Leve	25	10%	21	8%	12	5%	3	1%	61	24%
Disfunción Moderada	12	5%	23	9%	8	3%	5	2%	48	19%
Disfunción Severa	3	1%	17	7%	15	6%	12	5%	47	18%
Total	107	42%	83	32%	46	18%	20	8%	256	100%

Fuente: Test de Funcionalidad Familiar – APGAR y Escala de autoevaluación de depresión de Zung.

Autora: Lisbeth Alexandra Vacacela Hipo.

Análisis: Los participantes que tienen ausencia de depresión muestran funcionalidad familiar normal en el 26% (n=67), las personas con nivel de depresión leve demuestran funcionalidad familiar normal en el 9% (n=22), quienes presentan depresión moderada tienen disfunción severa en un 6% (n= 15), finalmente el grupo que tienen nivel de depresión severo presentan disfunción familiar severa en el 5% (n=47). Entre los participantes la ausencia de disfunción es la más distintiva al igual que la ausencia de depresión.

Tabla 4. Chi2 entre nivel de depresión y funcionalidad familiar en adolescentes que cursan el bachillerato en el Colegio “Ocho de Noviembre” del cantón Piñas.

Estadístico chi-cuadrado (X²)	75.439
Grados de libertad	9
Significación p:	< 0.0001

Autora: Lisbeth Alexandra Vacacela Hipo.

Análisis: El valor de chi² equivale a 75.439 con 9 grados de libertad. Existe asociación entre el nivel de funcionalidad familiar y el nivel de depresión con un valor de p < 0,0001. De acuerdo con estos resultados, es posible concluir que existe significancia estadística en los resultados del estudio realizado.

7. Discusión

Una de las principales características del ser humano es su capacidad de socializar, pertenecer y adaptarse a varios sistemas o grupos, de los cuales el primero y más importante es la familia la cual tiene varias funciones, tales como: la posibilidad de socializar, control social, determinación del estatus y canalización de afectos, entre otras. La forma de desempeñar estas funciones variará de acuerdo a la sociedad en la cual se encuentre el grupo familiar. (Oliva, E & Villa, V, 2013). Los problemas de salud mental y la depresión en particular tienden a hacer su aparición a finales de la infancia e inicios de la adolescencia. Los factores que pueden causar depresión en la familia, son las relaciones inadecuadas entre sus integrantes, que puede llevar al adolescente a perder el sentido de la vida y comenzar a desarrollar ideas suicidas para suprimir el dolor emocional por el que atraviesa. Por este motivo, los desajustes emocionales que ellos presentan están estrechamente relacionados a las contradicciones familiares. (Olivera, A; Rivera, E; Gutiérrez, M & Méndez, J, 2019)

El presente estudio tuvo como finalidad determinar el grado de funcionalidad familiar y el nivel de depresión en adolescentes del Colegio de Bachillerato “Ocho de Noviembre” del cantón Piñas, el cual estuvo constituido por una muestra de 256 estudiantes, 41% (n= 105) de sexo masculino y 59% (n= 151) de sexo femenino en los que se aplicó el Test APGAR de funcionalidad familiar, identificándose disfunción en el 61% (n=156) del cual destaca el grado de disfunción leve que se presentó en el 24% (n=61) de mayor predominio en el sexo femenino, datos similares a los obtenidos en un estudio en 240 adolescentes entre 15 y 19 años, pertenecientes al municipio de Quindío, Colombia en el que se evidenció la presencia de disfuncionalidad familiar en el 46,3%, destacando el grado de disfunción leve en 36,7%.(Serna, D. et al., 2020). Otro estudio realizado en Perú en 91 adolescentes entre 12 y 17 años presentó resultados con predominancia en el nivel de funcionalidad intermedia en un 65.9% y 34% funcionalidad baja, la cual fue obtenida con el instrumento denominado “Adaptabilidad familiar, FACES IV”, resultados que difieren a los obtenidos a la presente investigación. (Olivera, A; Rivera, E; Gutiérrez, M & Méndez, J, 2019).

En la presente investigación el 58% (n= 149) de los participantes mostró sintomatología depresiva, de los cuales el 24% (n=61) presentó depresión leve, prevaleciendo en el sexo femenino y en el grupo etario de 14 a 15 años, similar a un estudio realizado en Perú denominado “Relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la academia preuniversitaria Alexander Fleming” conformado por una muestra de 468

adolescentes entre 14 y 20 años, quienes manifestaron diferentes niveles de depresión en el 58,7%, de los cuales el 50% correspondió al nivel leve, sin hacer distinción entre sexos. (Ochoa, G, 2015).

La funcionalidad familiar se relaciona con el nivel de depresión en los adolescentes, el 39% (n= 100) de las personas sin disfunción familiar no presentaron sintomatología depresiva, mientras que los estudiantes con alteración en la funcionalidad familiar 61% (n=156) manifestaron depresión en 49% (n=149), lo que guarda semejanza con el estudio realizado por Serna, (2020), en el cual se evidenció disfunción familiar en 46,2% asociada a depresión en el 45,9 %.

El estudio realizado tiene un valor de $p < 0,0001$ al igual que en todos los estudios ya expuestos, determinándose relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y depresión.

De acuerdo con lo antes mencionado se puede inferir que el contexto familiar influye de manera significativa en los adolescentes, ya que éste interviene en la forma en que los estudiantes afrontan las situaciones cotidianas.

8. Conclusiones

La funcionalidad familiar se encuentra alterada en la mayoría de los adolescentes del Colegio de bachillerato “Ocho de Noviembre” del cantón Piñas, la disfunción leve predomina en el grupo etario de 14 y 15 años, de sexo femenino, lo cual puede deberse a que la población de mujeres fue mayor que la de varones y conforme va aumentando la edad, la prevalencia de casos disminuye.

La depresión se encuentra en gran porcentaje de los adolescentes de la institución educativa, destacando el nivel leve, en el rango de edad entre 16 y 17 años, similar a los casos en los niveles leve y moderado en edades de 14 a 15 años de sexo femenino.

En los adolescentes con funcionalidad familiar normal existe mayor ausencia de depresión, los estudiantes con disfunción leve presentaron depresión leve y severa, y en los casos de disfunción severa predomina el nivel de depresión severa.

9. Recomendaciones

Al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, por medio del personal en atención primaria, se recomienda trabajar en la elaboración de programas dirigidos a la promoción y prevención de la salud mental en el adolescente y su entorno familiar, labor que se sugiere realizar de manera conjunta con el Ministerio de Educación mediante estrategias que permitan identificar posibles casos de depresión en las instituciones educativas para que sean asistidos de manera oportuna por personal capacitado evitando el desarrollo de complicaciones.

Al Rector del Colegio de Bachillerato “Ocho de Noviembre”, se recomienda realizar la gestión pertinente a instituciones de Educación Superior más cercanos en la región, tales como la Universidad Nacional de Loja o Universidad Técnica de Machala en las respectivas carreras de Psicología para solicitar orientación y apoyo en la aplicación de acciones que permitan alcanzar un estado de bienestar psicológico de manera general y de ser necesario personalizada acorde a la edad y situación en la que viva cada uno de los adolescentes.

En futuras investigaciones se recomienda se consideren variables sociodemográficas que no fueron tomadas en cuenta en este estudio como: acceso a servicios básicos, redes de apoyo, espiritualidad, convivencia con un familiar con antecedente de suicidio o patología psiquiátrica, consumo de tabaco, drogas y alcohol, como factores en el entorno familiar asociados a depresión.

10. Bibliografía

- Academia Nacional de Medicina de México. (2017). Depresión en adolescentes: diagnóstico y tratamiento. Boletín de Información Clínica. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un175i.pdf>
- Aguilar, C. (2017). Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en adolescentes tardíos. Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Psicólogo Educativo. Recuperado de: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28397/1/Trabajo%20de%20Titulaci%C3%B3n.pdf>
- Allen, B. & Waterman, H. (2019). Etapas de la adolescencia. Healthy Children. Recuperado de: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
- Basantes, D; Villavicencio, N; Alvear, L; Ramos, R; Valdes, E, (2020). Ansiedad y depresión en adolescentes. Scielo. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7925608.pdf>
- Blessing, M. (2020). Types of Family Structures. Lovetoknow. Recuperado de: <https://family.lovetoknow.com/about-family-values/types-family-structures>
- Buitrago, J., Pulido, L., & Guichá, A. (2017). Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de Boyacá. *Scielo*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v20n38/0124-0137-psico-20-38-00296.pdf>
- Counseling & Psych Services Brown University. (s,f). Dysfunctional Family Relationships Understanding Dysfunctional Relationship Patterns in Your Family. Recuperado de: <https://www.brown.edu/campus-life/support/counseling-and-psychological-services/dysfunctional-family-relationships>
- Espinoza, Y. (2015). Estudio sobre la disfuncionalidad familiar y su incidencia en el aprendizaje de niños y niñas de primer y segundo año de educación primaria de la escuela sagrado corazón de Jesus del canton Tulcan. Recuperado de: <https://bibdigital.epn.edu.ec/bitstream/15000/10577/1/CD-6255.pdf>

- Falacato, M; Hernandez, N & Calzada, Y. (2017). Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. *Revista Finlay*, vol. 7, n.3. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000300001&lng=es&tlng=es
- Gallego, M. (2019). Depresión Adolescente-Guía para entenderla. Recuperado de: <https://incitandoacrecer.com/padres-donosti/adolescentes/depresion-adolescente-guia-completa-para-entenderla>
- Garibay, J; Jiménez, C; Vieyra, P; Hernández, M & Villalón, J. (2014). Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad. Vol. 2. Núm. 2. Elsevier. *Revista de medicina e investigación*. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-disfuncion-familiar-depresion-ninos-8-12-X2214310614603740>
- González, S; Pineda, A & Gaxiola, J. (2017). Depresión adolescente: Factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Revista Javeriana. Universidad Psicológica*. Recuperado de: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/12993/19927>
- Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. (2018). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t). Recuperado de: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf
- Güemes, M; González, M & Hidalgo, M. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral*. XXI (4), p. 233–244. Recuperado de: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/06/Pediatria-Integral-XXI-4_WEB.pdf#page=8
- INEC. (2017). Infografía Depresión. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Recuperado de: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias-INEC/2017/infografia-depresion.pdf>
- Maldonado, R; Suarez, R; Rojas, A & Gavilanes, Y. (2017). La funcionalidad familiar: una determinante de la conducta de los adolescentes. *Revista Electrónica de Portales Médicos*.

Recuperado de: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/funcionalidad-familiar-conducta-de-los-adolescentes/#:~:text=Se%20considera%20un%20funcionamiento%20familiar;transmis%C3%B3n%20de%20valores%20%C3%A9ticos%20y>

Marengo, P. (2020). La resiliencia: enfoque psicosocial y educativo. Education Business Group. Recuperado de: <https://ebg.ec/wp-content/uploads/2020/12/EBG-LA-RESILIENCIA-ENFOQUE-PSICOSOCIAL-Y-EDUCATIVO-1.pdf>

National Institute of Mental Health (2016). Depression. Informacion Basica. NIMH. Recuperado de: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp/19-mh-8079spdf_159009.pdf

Ochoa, G. (2015). "Relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la Academia Preuniversitaria Alexander Fleming Arequipa 2015". Universidad Nacional de San Agustín. Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/311/M-21267.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Olivera, A; Rivera, E; Gutiérrez, M & Méndez, J. (2019). Funcionalidad familiar en la depresión de adolescentes de la Institución Educativa Particular "Gran Amauta de Motupe" Lima, 2018. Revista Estomatológica Herediana, 29(3), 189-195.

Oliva, E; Villa, V (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Justicia Juris, ISSN 1692-8571, 10(1), 11-20

OMS. (2021). Salud mental del adolescente. Centro de prensa. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

OMS. (s,f). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia. Un periodo de transición de crucial importancia. Recuperado de: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

OMS. (2017). Temas de Salud. Depresión. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/depression/es/>

OMS. (2020). Depresión. Centro de prensa. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- OMS. (2020). Salud mental del adolescente. Centro de prensa. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health#:~:text=A%20nivel%20mundial%2C%20la%20depresi%C3%B3n,los%2010%20y%20los%2014.>
- Pruthi, S. (2018). Depresión en Adolescentes. Mayo Clinic. Recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/teen-depression/symptomscauses/syc-20350985?p=1>
- Real Academia Española. (s.f). Familia. Recuperado de: <https://dle.rae.es/familia>
- Rey, M; Tolulope, B & Liu, G, (2017). Trastornos del Ánimo. Capítulo E.1. Depresión en niños y adolescentes. Traducción de la versión inglesa del 2015. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Recuperado de: <https://iacapap.org/content/uploads/E.1-Depresi%C3%B3n-Spanish-2017.pdf>
- Serna, D. et al., (2020). Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 19(5), e3153. Epub. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000600016&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000600016&lng=es&tlng=es)
- Sigüenza, W; Bunay, R & Guamán, M, (2018). Funcionamiento familiar e ideal según el modelo Circumplejo de Olson. Vol. 9. Recuperado de: https://www.researchgate.net/figure/Figura-3-Tipologia-familiar-real-simbolos-cuadrados-e-ideal-simbolos-triangulares_fig2_326144248
- Solorzano, M. (2018). Ciclo Vital de la Familia. Medicosfamiliares.com. Recuperado de: <https://www.medicosfamiliares.com/familia/ciclo-vital-de-la-familia.html>
- Statista Research Department. (2020). Number of children looked after due to a dysfunctional family in England 2012-2018. Recuperado de: <https://www.statista.com/statistics/680731/number-of-children-looked-after-due-to-a-family-dysfunction-england/>
- Tigre, J. (2017). Estado cognitivo y funcionalidad familiar de los adultos mayores de la Zona 7. Ecuador, 2016. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Recuperado de: <https://editorial.ucsg.edu.ec/ojs-medicina/index.php/ucsg-medicina/article/view/871>

11. Anexos

Anexo 1. Aprobación de Tema y Pertinencia del Proyecto de Tesis



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0067 DCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Lisbeth Alexandra Vacacela Hipo
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

FECHA: 18 de febrero de 2021

**ASUNTO: APROBACIÓN DE TEMA E INFORME DE PERTINENCIA DEL
PROYECTO DE TESIS**

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: **"FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESION EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO "OCHO DE NOVIEMBRE" DEL CANTON PIÑAS"**, de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por la Dra. María Susana González, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido se considera **aprobado y pertinente**, puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



PLANO AL ESTABLECIMIENTO 2021
TANIA VERONICA
CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**
C.c.- Archivo, Estudiante.
NOT

Anexo 2. Designación del director de tesis



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0093 DCM-FSH-UNL

PARA: Dra. María Susana González
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

FECHA: 23 de febrero de 2021

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como Director(a) de tesis del tema: **"FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESION EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO "OCHO DE NOVIEMBRE" DEL CANTON PIÑAS"**, autoría de la Srta. Lisbeth Alexandra Vacacela Hipo.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,





Firmado electrónicamente por:
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**
C.c.- Archivo, Estudiante.
NOT

Anexo 3. Autorización para recolección de datos

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

 **COLEGIO DE BACHILLERATO "8 DE NOVIEMBRE"**
AMIE: 07H00852 TELEFONO: 2976-015 CORREO: inst8nov@hotmail.com
Fundado el 16 de abril de 1963, mediante Acuerdo Ministerial 621 ET.
Piñas - El Oro 


Dra.
Tania Cabrera
ENCARGADA DE LA GESTION ACADEMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA.
Loja.


De mi consideración:

Por medio de la presente, me permito dar contestación al Memorándum No. 0137 DCM-FSH-UNL, de fecha 08 de marzo del año en curso, autorizo a la señorita LISBETH ALEXANDRA VACACELA HIPO realice la encuesta a los estudiantes del bachillerato de nuestra Institución.




Particular que comunico para los fines consiguientes,

Atentamente,


Lic. Robert Romero Valarezo
RECTOR DEL PLANTEL



Dirección: Av. Amazonas N34-451 y Av. Atahualpa.
Código postal: 170507 / Quito-Ecuador
Teléfono: 593-2-396-1300
www.educacion.gob.ec

Anexo 4. Certificado de traducción al idioma inglés



Av. Orillas del Zamora 93-94 entre
Segundo Puertas Moreno y Clodoveo Carrión
Loja, Ecuador

Telf- +593 - 7 - 2579-934 EC
Mobil: +593 - 9 - 9866 - 0001
www.wei Loja.edu.ec

Yo, Lic. Freddy P. Castillo H., profesor de Wei ENGLISH INSTITUTE;

Certifico:

Que tengo el conocimiento y dominio de los idiomas español e inglés y que las traducciones de los siguientes:

RESUMEN DE TESIS: “Funcionalidad familiar y depresión en adolescentes del Colegio de bachillerato "Ocho de Noviembre" del cantón Piñas”

para: **VACACELA HIPO LISBETH ALEXANDRA**

es verdadero y correcto a mi mejor saber y entender, sin haber cambiado, aumentado o disminuido su sentido en ninguna línea o párrafo del mismo.

FREDDY PAUL CASTILLO HOYOS
Firmado digitalmente por FREDDY PAUL CASTILLO HOYOS
Fecha: 2022.11.23 16:45:05 -05'00'

Firmado en Loja a los veintitrés días del mes de noviembre de 2022



Anexo 5. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

Consentimiento Informado Organización Mundial de la Salud (OMS)

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a adolescentes que cursan sus estudios en el Colegio de Bachillerato “8 de Noviembre”, a quienes se invita participar en el presente estudio denominado “Depresión y funcionalidad familiar en adolescentes del Colegio de Bachillerato “8 de Noviembre” del cantón Piñas”

Tesista: Lisbeth Alexandra Vacacela Hipo.

Director de tesis: Dra. María Susana González García, Esp.

Introducción

Yo, Lisbeth Alexandra Vacacela Hipo portadora de la CI. 0750721771, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, estoy realizando un estudio para determinar la relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes del Colegio de Bachillerato “8 de Noviembre” del cantón Piñas mediante el llenado del Test de Zung y Test de funcionalidad familiar- APGAR. A continuación, pongo a su conocimiento la información y le invito a participar de este estudio, cualquier duda estoy a su disposición.

Propósito

Al conocer la presencia de depresión en los estudiantes y la calidad de funcionalidad familiar podemos priorizar a la población con esta patología, y posteriormente establecer la relación entre la que este ocasiona, esto nos ayudará a elaborar medidas preventivas e informativas para un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado.

Tipo de intervención de la investigación

Esta investigación incluirá datos personales y la aplicación Test de Zung y Test de funcionalidad familiar- APGAR

Selección de participantes:

Las personas que han sido seleccionadas de manera previsible a estudiantes que deben estar cursando sus estudios de bachillerato en el colegio “8 de Noviembre”.

Participación voluntaria

Cabe recalcar que su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede tomar otra decisión posteriormente y decidir no formar parte del estudio, aun cuando haya aceptado antes. En caso de que usted acceda a participar en este estudio, se le pedirá completar el siguiente cuestionario anexo a este documento que tomará 10 minutos aproximadamente.

Información sobre el cuestionario

La Escala de síntomas depresivos (ESD-Z) es una escala de autorreporte que mide sintomatología depresiva, creada por Zung WW.A en el año 1965, en la construcción de esta escala los criterios diagnósticos usados comprenden la mayoría de las características de la depresión, contemplando aspectos afectivos, fisiológicos y psicológicos por lo cual ha tenido una amplia difusión.

El test de funcionalidad familiar APGAR es un instrumento diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test que evalúa cinco funciones básicas de la familia consideradas las más importantes por el autor, las cuales son: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos.

Procedimiento y protocolo:

Para la recolección de la información se aplicará el Test de Zung y Test de funcionalidad familiar- APGAR mismo que tendrá una duración de aproximadamente 15 minutos por cada persona. Esta actividad se llevará a cabo mediante una encuesta.

Duración

Esta actividad tiene una duración de aproximadamente 15 minutos por cada persona y se llevará a cabo a través de una encuesta vía online.

Beneficios

Si usted acepta participar en este estudio se beneficiará en que podrá conocer si existe una relación directa entre la presencia de depresión en adolescentes y la funcionalidad familiar.

Confidencialidad

Esta investigación se realizará en los estudiantes de bachillerato elegidos pertenecientes a el Colegio de Bachillerato “Ocho de Noviembre” que hayan aceptado participar.

Su información recopilada durante la investigación no estará disponible para otras personas y será solo de conocimiento de la investigadora.

Compartiendo los resultados

Toda la información obtenida al finalizar el estudio será socializada en el repositorio digital de la Universidad Nacional de Loja. Además, ésta será manejada con absoluta reserva y confidencialidad, no se divulgará información personal de ninguno de los participantes.

Derecho de negarse o retirarse

Cabe recalcar que su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Puede tomar otra decisión posteriormente y decidir no formar parte del estudio, aun cuando haya aceptado antes. En caso de que usted acceda a participar en este estudio, se le pedirá completar el siguiente cuestionario anexo a este documento que tomará 10 minutos aproximadamente.

A quien contactar:

Si tiene alguna inquietud puede comunicarla al siguiente correo electrónico lisbeth.vacacela@unl.edu.ec o al número de teléfono 0986252248

He leído o me ha sido leída la información proporcionada. He podido preguntar sobre ella y se me ha contestado adecuadamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE SAULUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

Nombre del estudiante participante: _____

Numero de cedula del estudiante: _____

Nombre del Representante del estudiante: _____

Número de cédula del Representante del estudiante: _____

Fecha Día /Mes/Año _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... con número de identificación luego de haber recibido la información necesaria y haber resuelto dudas sobre ello, doy mi consentimiento voluntario para que mi hijo/a y/o representado participe en este estudio de investigación denominado “Funcionalidad familiar y depresión en adolescentes del Colegio de Bachillerato “Ocho de Noviembre” del cantón Piñas”, de la autoría de la señorita Lisbeth Alexandra Vacacela Hipo, estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, entiendo que tengo el derecho de retirar del estudio a mi hijo/a en cualquier momento. Por tal razón de forma libre y voluntaria y en plena capacidad para ejercer mis derechos consiento a mi hijo/a a participar en esta investigación.

Firma:

Yo.....con número de identificación como estudiante he leído o me ha sido leída la información proporcionada. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento. Por tal razón de forma libre y voluntaria y en plena capacidad para ejercer mis derechos consiento participar en esta investigación.

Firma:

Anexo 6. Test De Funcionalidad Familiar-APGAR



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

Test De Funcionalidad Familiar-APGAR

El test de funcionalidad familiar APGAR es un instrumento diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test que evalúa cinco funciones básicas de la familia consideradas las más importantes por el autor, las cuales son: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos.

Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. La familia es definida como el (los) individuos con quien Ud. usualmente vive. Si usted vive solo (a), su familia consiste en la (s), personas, con quienes tiene ahora el lazo emocional más fuerte.

Edad: _____

Sexo: Masculino () Femenino ()

Curso: _____

Para cada pregunta marcar una x en el caso específico para usted.

Preguntas	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	Total
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia, cuando						

tengo algún problema y/o necesidad						
2. Me satisface como mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.						
3. Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades.						
4. Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como la rabia, tristeza, amor						
5. Me satisface como compartimos en mi familia: 1. El tiempo para estar juntos. 2. Los espacios en la casa. 3. El dinero.						
6. ¿Usted tiene un (a), amigo(a), cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?						

7. Estoy satisfecho (a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)						
TOTAL PUNTAJE						

Anexo 7. Escala de Síntomas Depresivos “Test de Zung”



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE SAULUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

Escala de síntomas depresivos “Test de Zung”

La Escala de síntomas depresivos (ESD-Z) es una escala de autorreporte que mide sintomatología depresiva, creada por Zung WW.A en el año 1965, en la construcción de esta escala los criterios diagnósticos usados comprenden la mayoría de las características de la depresión, contemplando aspectos afectivos, fisiológicos y psicológicos por lo cual ha tenido una amplia difusión.

Edad: _____

Sexo: Masculino () Femenino ()

Curso: _____

Por favor lea cada enunciado, decida y marque con (X) en la columna con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Enunciado	Poco tiempo	Algo de tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del 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 en 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 me late más rápido de lo normal				
10. Me canso sin razón alguna				
11. Mi mente esta tan clara como siempre				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacia				
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				
18. Mi vida es bastante plena				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que disfrutaba antes				

Anexo 8. Certificado de tribunal de grado.



CERTIFICACION DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 23 de Noviembre de 2022

En calidad de tribunal calificador del trabajo de titulación denominado **“Funcionalidad familiar depresión en adolescentes del Colegio de Bachillerato “Ocho de Noviembre” del cantón Piñas**”, de la autoría de la Srta. Lisbeth Alexandra Vacacela Hipo portadora de la cédula de identificación Nro. 0750721771 previo a la obtención del título de Médica General, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del tribunal por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y sustentación pública.

APROBADO

Méd. Gabriela de los Ángeles Chacón Valdivezo

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO

Dr. Edwin Fabricio Nagua Carrión
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO

Dra. Angélica María Gordillo Iñiguez
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO