



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

“DEPRESIÓN ASOCIADA A LA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS ESTUDIANTES DE OCTAVO Y NOVENO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA SECCIÓN MATUTINA DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA”. EN EL PERIODO JUNIO-NOVIEMBRE DEL 2014

TESIS DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTORA:

Margoth de los Ángeles Procel Barragán

DIRECTORA:

Dra. Nancy Banda

Loja-Ecuador
2015



No todos ocupan los mejores puestos, sino los más preparados, aunque no sean genios.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

Dra. Nancy Banda

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA

Que una vez realizado el trabajo de investigación “DEPRESIÓN ASOCIADA A LA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS ESTUDIANTES DE OCTAVO Y NOVENO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA SECCIÓN MATUTINA DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA”. EN EL PERIODO JUNIO-NOVIEMBRE DE 2014 de autoría de la Srta. Egresada Margoth de los Ángeles Procel Barragán, previo a optar el grado de Medico General ha sido revisado y dirigido, por lo que autorizo su presentación.

Atentamente


Dra. Nancy Banda

AUTORÍA

Yo Margoth de los Ángeles Procel Barragán, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Margoth de los Ángeles Procel Barragán.

Firma:

Cédula: 1104838204

Fecha: 16 de Noviembre de 2015

CARTA DE AUTORIZACION DE TESIS

Yo MARGOTH DE LOS ANGELES PROCEL BARRAGÁN declaro ser autora de la tesis titulada “**DEPRESIÓN ASOCIADA A LA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS ESTUDIANTES DE OCTAVO Y NOVENO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA SECCIÓN MATUTINA DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA**”. EN EL PERÍODO JUNIO-NOVIEMBRE DE 2014 como requisito para optar el grado de Médico General; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional (RDI):

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tengan convenio la universidad. La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los diez y seis días del mes de Noviembre del dos mil quince.



Firma:.....

Autor: MARGOTH DE LOS ANGELES PROCEL BARRAGÁN

Cédula: 1104838204

Dirección: Barrio “Reinaldo Espinoza”

Correo electrónico: margoth_procel@yahoo.com

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis: Dra. Nancy Banda.

Tribunal de Grado:

Presidente del Tribunal: Dra. Ruth Maldonado Rengel.

Vocal del Tribunal: Dra. Elvia Ruiz Bustan.

Vocal del Tribunal: Dra. Ana Puertas Azanza.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación a DIOS y a la Virgen María quienes iluminaron mi camino y me permitieron llegar hasta aquí; con mucho cariño a mis padres, a mí mami quien me apoyo incondicionalmente, a mis hermanos quienes han sido la guía y el camino para poder llegar a este punto de mi carrera, que con su ejemplo, dedicación y palabras de aliento nunca bajaron los brazos para que yo tampoco lo haga aun cuando todo se complicaba, a mis sobrinos y a mis angelitos que están en el cielo.



AGRADECIMIENTO

Al culminar el presente trabajo de tesis mis más sinceros agradecimientos:

- A Dios y a la Virgen del Cisne por darme la vida, y ser mi guía principal
- Mi infinito agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, por brindarme la oportunidad de superarme.
- Mi eterno agradecimiento al personal docente de la carrera de Medicina, que con su abnegación y paciencia supieron inculcar sus valiosos conocimientos a lo largo de mi vida universitaria.
- A la doctora Nancy Banda por su colaboración, dirección y ser mi guía en la elaboración de mi tesis.
- Mi agradecimiento a la Lic. Dinna Riofrio de Cruz, Rectora del Colegio Adolfo Valarezo por permitirme realizar mi proyecto de tesis en el establecimiento que acertadamente dirige.
- Mi extenso agradecimiento a todos los estudiantes del Octavo y Noveno año de Educación Básica del Colegio Adolfo Valarezo, porque además de brindar datos e información para mi tesis, compartieron sus experiencias, amistad en esta etapa de su vida para mi realización profesional.
- A mis Padres por el amor y el apoyo moral y económico.
- A mis Hermanos por su apoyo incondicional.

a) TÍTULO

“DEPRESIÓN ASOCIADA A LA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS ESTUDIANTES DE OCTAVO Y NOVENO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA SECCIÓN MATUTINA DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA”. EN EL PERÍODO JUNIO-NOVIEMBRE DE 2014

b) RESUMEN

El presente estudio es un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y analítico-transversal cuyo propósito fue determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión con una muestra de 288 estudiantes entre las edades de 11 a 15 años de género masculino y femenino que asisten a los Octavo y Noveno año de Educación Básica del Colegio “Adolfo Valarezo”. Se utilizó el APGAR familiar para valorar funcionalidad familiar y el test de Beck para determinar los grados de depresión los datos se procesaron a través del programa Excel 2010 los cuales fueron procesados y analizadas con estadística descriptiva. Se determinó que el 18.75% de estudiantes que participaron en esta investigación presentan relación entre la depresión y disfuncionalidad familiar, el 39.93% tienen buena función familiar mientras que el 60.07% presentan disfuncionalidad familiar predominando la disfunción familiar leve. De acuerdo a la depresión según la clasificación del Test de Beck el 72.57% no presenta depresión mientras el 27.43% presentó depresión, distribuido el 18.75% con depresión leve, el 5.90% depresión moderada, el 1.39% depresión grave y depresión extrema el 1,39%.

Palabras claves: DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR, DEPRESIÓN, ADOLESCENCIA.

SUMMARY

This study is a quantitative type, descriptive and analytic cross whose purpose was to determine the relationship between family functioning and depression in a sample of 288 students between the ages of 11-15 years male and female attending the eighth and ninth year of Basic Education "Adolfo Valarezo" College. Family APGAR was used to assess family functioning and Beck test to determine the degree of depression data were processed through Excel 2010 program which were processed and analyzed with descriptive statistics. It was determined that 18.75% of students who participated in this study present relationship between depression and family dysfunction, the 39.93% have good family function while 60.07% have family dysfunction predominantly mild family dysfunction. According to depression by classification test Beck 72.57% no depression while 27.43% had depression, distributed 18.75% with mild depression, 5.90% moderate depression, 1.39% severe depression and extreme depression 1, 39%.

Keywords : family dysfunction , depression, adolescence.

c) INTRODUCCIÓN

Según la OMS la familia es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Familia es un grupo conformado por dos o más personas unidas por vínculos de afinidad. (Agostino, 2006)

La familia es una institución que varía, se transforma, se adapta, se reinventa, perdura y puede constituir un elemento central en la organización de la vida y del bienestar propio. El afecto y el apoyo dentro del contexto familiar son fundamentales para un adecuado desarrollo psicosocial de los niños y, sin duda, son un elemento clave del bienestar psicosocial. (Luis, 2011)

Según Hunt (2007) da dos definiciones de familia disfuncional: primero, considera que “Una familia disfuncional es donde el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente los miembros de la familia”. Por lo tanto, la estabilidad emocional y psicológica de los padres es fundamental para el buen funcionamiento de la familia. Y segundo, “Una familia disfuncional es donde sus miembros están enfermos emocional, psicológica y espiritualmente.”. Además, se habla de familia disfuncional cuando el rol de uno de los padres es asumido por otra persona, por ejemplo, los abuelos, los tíos, un trabajador social, entre otros. Cuando la familia comienza a distorsionar su función principal ante la sociedad y antepone a ello los conflictos, actualmente se le etiqueta como familia disfuncional o multi problemática.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que para el año 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad del mundo.

Por tales motivos se decidió realizar este trabajo investigativo que desea determinar ¿CÓMO INFLUYE LA DISFUNCION FAMILIAR EN LA DEPRESION DE LOS ESTUDIANTES DE OCTAVO Y NOVENO AÑO DE EDUCACION BASICA SECCIÓN MATUTINA DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA? EN EL PERIODO JUNIO-NOVIEMBRE DE 2014

El objetivo general que se planteó fue: Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en los y las estudiantes de Octavo y Noveno Año de Educación Básica sección matutina del Colegio Adolfo Valarezo de la Ciudad de Loja.

Así como también se trazó objetivos específicos como: 1) Conocer el nivel de Funcionalidad familiar de los y las estudiantes de Octavo y Noveno Año de Educación Básica sección matutina del colegio Adolfo Valarezo de la Ciudad de Loja, 2) Determinar el nivel de depresión de acuerdo al test de Beck.

La metodología empleada es de tipo cuantitativo, porque permitió evaluar y cuantificar el nivel de disfuncional familiar y la depresión mediante escalas numéricas tanto en el APGAR familiar como en el test de Beck para la depresión respectivamente. Analítico de corte transversal, porque las variables se estudiaron simultáneamente en determinado momento.

Esta investigación se llevó a cabo en el período Junio-Noviembre de 2014, cuya muestra fue de 288 estudiantes de octavo y noveno año de educación básica sección matutina del Colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja.

Se determinó que del 60.06% que presentaron disfunción familiar, el 48.56% presento disfunción familiar leve, relacionado el 15.47% con depresión leve, el 2.38% con depresión moderada y el 1.19% con depresión grave; el 34.10% presentaron disfunción familiar moderada, relacionado el 13.55% con depresión leve, el 6.78% con depresión moderada y el 3.38% con depresión grave; el 17.34% presentaron disfunción familiar grave, relacionado el 46.67% con depresión leve, el 20.00% con depresión moderada y el 13.34% con depresión grave.

Según la determinación de funcionalidad familiar, el 39.93 % presentaron una buena función familiar, mientras que el 60.07 % presentaron disfuncionalidad familiar predominando la disfunción familiar leve con el 29.17 %, en tanto que el 20.49 % disfunción familiar moderada y el 10.42% disfunción familiar severa.

El 72.57% de estudiantes no presentaron depresión, el 18.54 % presentaron depresión leve, el 5.90% depresión moderada, y el 2.78% depresión grave.

d) REVISIÓN DE LITERATURA

1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

1.1 FUNCIONALIDAD FAMILIAR: La funcionalidad familiar es un determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre los miembros de una familia, enfocándose en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente las funciones que les corresponden. (Oliva, 2006)

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante. (Montañés, Bartolomé, Montañés, & Parra, 2008)

Criterios Para Funcionalidad Familiar

Comunicación: Clara, directa, específica y congruente.

Individualidad: Autonomía respetada e indiferencias toleradas.

Toma de decisiones: Buscar la solución más apropiada para cada problema.

Reacción a los eventos críticos: Flexible para adaptarse a las demandas exigentes. (Velez Llano, 2007)

1.2 DEPRESIÓN: La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (Usado, 2014)

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria. (Almudena García, 2013)

El término depresión se utiliza con tres significados básicos: como síntoma, como síndrome y como enfermedad. La depresión como síntoma equivale a la vivencia de tristeza, al “sentirse triste” y se ha vulgarizado para aludir a un estado de ánimo. La depresión como síndrome es accesible al diagnóstico clínico y psicopatológico y supone un conjunto de síntomas. La depresión como enfermedad sería la entidad nosológica definida a partir del conocimiento de su etiopatogenia. (Collados Zorraquino José, 2012)

1.3 ADOLESCENCIA: La OMS define la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 u 11 años hasta los 19 años, y considera dos fases: la adolescencia temprana, de los 10 u 11 hasta los 14 o 15 años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años.

2. LA FAMILIA

2.1 DEFINICIONES: Cuando hablamos de familia estamos hablando de un concepto socialmente construido y que ha tenido una evolución.

Durante muchos años se consideró y definió a la familia como aquel grupo de personas cuyo vínculo se encontraba mediado por una relación exclusiva de consanguinidad, que demanda una genealogía y consecuente con esta, una identidad familiar particular, si se realizaba algún tipo de diferenciación, era entonces la de la familia nuclear y extensa, siendo conformada esta última por los abuelos, tíos, primos, etc.(Luis, 2011)

Con el cambio del tiempo, los cambios sociales, la participación pública de la mujer en nuevos espacios, entre otros aspectos, trajeron consigo transformaciones en la estructura familiar. El divorcio y las nuevas nupcias, por ejemplo, complejizaron la mirada hacia la familia, puesto que esta se hacía cada vez más amplia (“tus hijos, los míos y los nuestros”).

Adicionalmente, la desigual realidad socioeconómica en Latinoamérica, sumada a la falta de educación y a las dificultades de acceso a oportunidades laborales y de servicios de salud, han propiciado de una u otra forma, pautas de relación en los grupos familiares de maltrato y ocio, relacionan esto con el hecho de que cada año, el número de niños y jóvenes que abandonan el hogar aumente considerablemente. (Mendizabal J. Anzures B., 2011)

2.2 TIPOS DE FAMILIA: Otro determinante importante a la hora de educar a los hijos, sobre todo por las diferentes demandas que supone una u otra situación, son los tipos de familias que actualmente nos podemos encontrar en la sociedad:

TRADICIONAL	DE NUEVO TIPO	SEGÚN FORMA DE CONVIVENCIA
<ul style="list-style-type: none">• Familia nuclear• Familia extensa o conjunta• Familia ampliada	<ul style="list-style-type: none">• Familia simultanea• Familia padrastal y madrastal• Familia con un solo progenitor o monoparental• Familias homosexuales	<ul style="list-style-type: none">• Díadas conyugales• Estructura unipersonal o ciclo individual• Hogar o unidad domestica• La familia de origen

2.2.1 TRADICIONAL

Familia nuclear. Conformada por dos generaciones, padres e hijos. Unidos por lazos de consanguinidad conviven bajo el mismo techo y por consiguiente desarrollan sentimientos más profundos de afecto, intimidad e identificación. Es dinámica en su composición y evoluciona con los vaivenes de su ciclo vital y con los cambios socio-culturales que la determinan.

Familia extensa o conjunta. Está integrada por una pareja con o sin hijos y por otros miembros con sus parientes consanguíneos ascendentes, descendentes y/o colaterales; recoge varias generaciones que comparten habitación y funciones.

Familia ampliada. Modalidad derivada de la anterior, en tanto que permite la presencia de miembros no consanguíneos convivientes afines, tales como vecinos, colegas, paisanos, compadres, ahijados. Comparten vivienda y eventualmente otras funciones en forma temporal o definitiva.

2.2.2 DE NUEVO TIPO

Familia simultánea. Está integrada por una pareja donde uno de ellos o ambos, vienen de tener otras parejas y de haber disuelto su vínculo marital. En la nueva familia es frecuente que los hijos sean de diferentes padres o madres siendo mayor el número de hijos que en las formas nuclear o monoparental.

Familia padrastal o madrastal. Dependiendo de si es el hombre o la mujer quien entra a cumplir funciones parentales con los hijos de la nueva pareja.

Familia con un solo progenitor o monoparental. Ocurre cuando en los casos de separación, abandono, divorcio, muerte o ausencia por motivos forzosos (trabajo, cárcel, secuestro, etc.) de uno de los padres, el otro se hace cargo de los hijos y conviven; la relación de pareja que esto supone, varía desde la cohabitación en fluctuaciones temporales, hasta vínculos volátiles.

Familias homosexuales. Se registra como una tendencia universal la emergencia y reconocimiento de esta organización familiar, que supone una relación estable entre dos personas del mismo sexo. Los hijos llegan por intercambios sexuales de uno o ambos miembros de la pareja, por adopción y/o procreación asistida. Independientemente de la posición ética o moralista frente a esta modalidad familiar, es un hecho que supone el cumplimiento de las funciones básicas de la familia y asignación de responsabilidades entre sus miembros, al igual que en las otras tipologías.

2.2.3 SEGÚN FORMA DE CONVIVENCIA

Díadas conyugales. Dos personas que por opción o imposibilidad orgánica, no cumplen procesos procreativos y deciden convivir sin hijos. Puede ser una variación de las familias homosexuales, cuando las personas del mismo sexo deciden vivir juntas y asumir un compromiso de convivencia, pero sin descendencia.

Estructura unipersonal o ciclo individual: corresponden a personas solas que no comparten la vivienda. Surge por opción o necesidad, independientemente de su situación afectiva, lo que no excluye al desarrollo de relaciones erótico-afectivas o de pareja o filiales. Es frecuente en las personas solteras, viudas y ancianas.

Hogar o unidad doméstica. Es una estrategia de sobrevivencia donde las personas están unidas voluntariamente para aumentar el número de perceptores económicos y lograr economías de escala. No hay claridad en el tipo de relación que media entre sus miembros, y en cada caso se establece por concertación. Pueden o no incluir vínculos sentimentales, de autoridad, de solidaridad, poder o solo presentarse una de ellas; lo imprescindible es la relación económica de sus componentes. Algunas formas de hogar más reconocidas son; cuarteles, conventos, campamentos, asilos, hospitales. Como expresiones atípicas de convivencia, se registran también el gaminismo, infantes institucionalizados (orfanatos, hogares sustitutos) y nómadas o recolectores.

La familia de origen. Constituida por la familia nuclear (padres biológicos o sustitutos y hermanos) del ego, o miembro índice, o persona que demanda atención profesional. Pese a los procesos de composición y recomposición y el aislamiento geográfico y/o funcional, la familia de origen será siempre la misma. Es importante diferenciarla de los otros grupos que se constituyen en la edad adulta, ya que la mayoría de las personas funcionan como mínimo, en dos sistemas familiares paralelos: e nuclear actual (pareja y/o hijos) y la familia de origen (donde inicio su existencia). Las otras tipologías pueden manifestarse. Así la familia legal es aquella que legítimamente se encuentra constituida con base en

un matrimonio civil o religioso y la familia de hecho es el grupo social que se encuentra unido mediante un contrato psicológico con intención duradera o inestable y constituido por individuos de diferente origen respecto al origen respecto al estado civil anterior y sus hijos. A este grupo pertenece la familia en unión libre.

La familia según el contexto de desarrollo

Dentro de las características que se deben tener en cuenta en el abordaje familiar, los contextos rural y urbano de los que provienen las familias son aspectos relevantes, puesto que demarcan dos contextos de desarrollo familiar diferentes, con características particulares, que si bien es cierto no se pueden generalizar, si es importante tenerlas presentes. (Donati, 2014)

2.3 FUNCIONES DE LA FAMILIA: Una de las características que distingue a la familia es su capacidad de integrar muchas funciones en una única fórmula de convivencia.

Algunas de las principales funciones que la familia cumple son las siguientes:

Función Biológica: Cumple con la mantención de la especie a través de la procreación, basada en relaciones afectivas, de apoyo, y amor el que prolonga y proyecta en los hijos.

Función educativa o social: Es la inserción de los hijos en la comunidad. La familia en las actividades diarias enseña a sus miembros los comportamientos que necesitan para vivir junto a los demás, modelación de los roles sexuales, enseñar a los hijos su responsabilidad grupal.

Económica: En ella cabe distinguir: mantenimiento de los miembros no productivos, se orienta a proveer los alimentos, el abrigo y todos aquellos elementos necesarios para la subsistencia.

Función solidaria y psicológica: Identifica el apoyo de los padres en el ámbito emocional y afectivo. Debe ser un apoyo positivo para determinar un camino eficaz hacia la identidad y aceptación de lo que cada uno es. Cada miembro de la familia debe definirse como un ser individual, cada miembro desarrolla sus talentos en un marco de respeto y tolerancia. (Franklin, 2012)

3. DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

CONCEPTO

Una familia disfuncional es en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continuamente y regularmente unos a otros o solamente uno de los miembros familiares crea estas acciones, lo que lleva a la probabilidad que los niños que crecen en tales familias crean que este comportamiento es normal.(Parra & Oliva, 2006)

Dulanto (2008), considera que la familia, “hoy en día, tiene muchos problemas y dificultades relacionados con la educación y formación familiar, lo que lleva a que atravesase por graves conflictos que suelen orillarla a crisis. Son múltiples los factores, tanto internos como externos, que actúan en la dinámica familiar, más son los externos los que están minando la autoridad paterna y entorpeciendo la adecuada comunicación en el seno familiar y especialmente la interacción con los hijos Adolescentes”.

La disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas poco saludables en los adolescentes agravándose al asociarse con el nivel de escolaridad, ocupación y estado civil de los padres, aun cuando se sabe de la existencia de factores externos a la familia que pueden estar influyendo en las crisis biológicas de desarrollo o emocionales que enfrentan cotidianamente.(Silva-Diverio, 2007)

3.2 CAUSAS DE UNA FAMILIA DISFUNCIONAL

Las causas que presentan las familias disfuncionales son:

- Padres divorciados o separados en conflicto permanente, o padres que se deben separar, pero no lo hacen.
- Mala comunicación entre los miembros de la familia.
- Migración de uno o de los dos padres
- Falta de tiempo compartido, sobre todo en actividades recreativas y eventos sociales ("Nunca hacemos nada como una familia").

- Los jóvenes tienen miedo de hablar de lo que está sucediendo en el hogar (dentro o fuera de la familia), o tienen de otra manera miedo de sus padres.
- Miembros de la familia (incluyendo a los niños) que reniegan unos de los otros, y/o se niegan a ser vistos juntos en público.
- Peleas frecuentes entre padres ya sean casados, divorciados o separados, causando la pérdida de atención hacia los adolescentes. (Martínez M., 2011)

3.3 CONSECUENCIAS DE LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

Las consecuencias de la disfuncionalidad familiar son:

- La falta de empatía, comprensión y sensibilidad hacia ciertos miembros de la familia o por otra parte la expresión de empatía extrema hacia uno o más miembros de la familia.
- Comportamiento abusivo, ridiculización, apatía a un miembro de la familia,
- Inadecuados o inexistentes límites para un solo miembro de la familia, tolerando el tratamiento inadecuado de los demás, sin poder expresar lo que es un tratamiento aceptable e inaceptable, “tolerancia de abuso emocional o sexual, o físico”.
- La falta de respeto hacia los otros miembros de la familia, desechar objetos personales que pertenecen a otros, contacto físico que no le gusta a otra persona, no cumplir promesas importantes sin causa justificada, violar a propósito un límite que otra persona ha expresado.
- Extremos en conflicto, sea demasiada lucha o argumentación insuficiente entre los miembros de la familia.
- Celos u otros comportamientos controladores.
- Crianza de los hijos desigual (irse a los extremos con un niño mientras se continua haciendo caso omiso de las necesidades de otro)
- Pérdida de la autoridad paterna o materna
- Maltrato entre los miembros de la familia. (Herrera Santi, 2012)

4. LA ADOLESCENCIA

DEFINICIONES: Del latín *Adolescere*: Desarrollarse, Olescere, que significa crecer, según el significado del latín la adolescencia, significa el desarrollarse la persona, ya sea hombre o mujer.

La adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica.

En esta etapa se experimenta cambios que se dan a escala social, sexual, físicos y psicológico. (Sarah, Pineda, & Aliño., 2013)

La OMS define la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 u 11 años hasta los 19 años, y considera dos fases: la adolescencia temprana, de los 10 u 11 hasta los 14 o 15 años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años.

5. LA DEPRESIÓN: Es una enfermedad mental que se caracteriza por tristeza sin razón aparente que la justifique, es un trastorno mental que interfiere con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades.

Se caracteriza por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza y desesperanza profunda que conlleva al suicidio. Entendido como la autodestrucción de la persona, puede ser planificado o no; se basa en pensamientos negativos personales influidos por ciertos factores. (Zúñiga, Jacobo, & Rodríguez, 2013)

La depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, o incluso somático. La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo.

Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos (derivados de una decepción sentimental, problemas familiares, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte.(Juan & Espinosa, 2012)

La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, ya que se puede presentar un agotamiento que se verá reflejado en la falta de interés hacia uno mismo, o incluso el desganado para la productividad, lo cual no solo afectará a quien está pasando por la depresión. (Robert et al., 2011)

5.1 DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Durante la adolescencia se puede presentar la depresión, esta se caracteriza porque se presentan sentimientos persistentes de tristeza y desánimo además de que comúnmente se presenta una pérdida de la autoestima y una ausencia de interés por las actividades cotidianas.

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

Por otro lado, factores externos que acentúen la depresión en el adolescente como; una muerte de algún familiar , el maltrato dentro de la familia , la ruptura con el novio o la novia, el abuso por parte de compañeros e inclusive el fracaso escolar asociados con una baja autoestima y una percepción negativa de la vida del adolescente. (Serapio Costa, Crispo, & Guelar, 2014)

Ésta puede tener efectos en el crecimiento y desarrollo, el desempeño escolar, las relaciones con iguales y la familia y puede llevar inclusive al suicidio.

Sin embargo, a pesar de los factores externos, son básicamente los cambios hormonales que se presentan durante la pubertad y sus efectos en el estado anímico y psicológico los causales de que se pueda presentar la somatología de la depresión, existe un aumento de la emotividad provocada por la necesidad que experimenta el ser humano de abandonar viejos hábitos de acción, pensamiento estableciendo otros nuevos.(Almudena García, 2013)

Los adolescentes al sentirse incomprendidos manifiestan conductas negativas o claramente antisociales (hurtos, agresividad, consumo de alcohol y drogas), suelen tener retraimiento social, trastornos en el estado de ánimo, falta de alegría y desinterés por cosas que antes le atraían.

En los adolescentes, la depresión suele acompañar ciertos desórdenes de conducta, como anorexia, bulimia, drogadicción, violencia etc.

A veces todos los adolescentes se sienten tristes o necesitados. Generalmente, estas emociones son reacciones lógicas a los altos y bajos que se tienen en la vida. Sin embargo, hay adolescentes que se ven envueltos rápidamente en la tristeza y la frustración. Estos adolescentes pueden vivir en un estado que sobrepasa a la tristeza. (Collados Zorraquino José, 2012)

5.2 CAUSAS DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

Es fundamental conocer las causas de este trastorno para detectarlo y superarlo. La depresión puede deberse a situaciones difíciles de superar pero en los adolescentes, las causas pueden ser:

- Conflictos con los padres
- Estrés
- Influencia de las hormonas
- Dificultades en el proceso de maduración
- Enfermedades
- Antecedentes familiares
- Abuso o maltrato escolar
- Poca habilidad de socialización
- Inestabilidad emocional
- Fracaso en el colegio
- Ruptura con la pareja
- Sensación de abandono o rechazo
- Un estado de ánimo triste o irritable de forma persistente
- Sentimientos de inutilidad o de culpa
- Aislamiento social, la mala comunicación
- Dificultad con las relaciones.
- Patologías orgánicas (Herrera Santi, 2012)

5.3 SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

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

- La ansiedad

- El insomnio
- Nerviosismo
- Baja autoestima
- Ideas de autoeliminación
- Pérdida de interés en actividades de las que antes disfrutadas
- Mala alimentación, cambios significativos en el apetito o el peso corporal
- Tristeza prolongada
- Un estado de ánimo triste o irritable de forma persistente
- Agitación o enlentecimiento psicomotriz
- Pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o de culpa
- Dificultad para concentrarse
- Arranques de gritos, quejas, irritabilidad inexplicable o llanto
- Sentimientos de abandono, rechazo o fracaso
- Un comportamiento imprudente
- Retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales
- Actuaciones violentas, comportamiento rebelde o el escaparse de la casa
- Uso de drogas o de bebidas alcohólicas.
- Cambios pronunciados en su personalidad.
- Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su trabajo escolar.
- Quejas frecuentes de síntomas físicos, tales como: los dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional del adolescente
- Pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones
- Poca tolerancia de los elogios o los premios.
- Pensamientos de muerte o suicidio e incluso intentos de suicidio.

Los síntomas varían mucho entre las personas y, a veces, la depresión puede esconderse detrás de una cara sonriente no hay que ignorar las señales de advertencia. En el peor de los casos, la depresión grave puede conducir al suicidio.(Mendizabal J. Anzures B., 2011)

6. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

6.1 APGAR FAMILIAR: El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.

Es un cuestionario de cinco preguntas que buscan evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión al respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas claves considerados marcadores de las principales funciones de la familia.

Este es un instrumento diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilktein (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. (Cossio et al., 2012)

COMPONENTES DEL APGAR FAMILIAR

Adaptación: Es la utilización de los recursos intra y extra familiares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o periodo de crisis.

Participación: Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia. Mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos

Crecimiento: Mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.

Afecto: Mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.

Recursos: Es el compromiso o determinación de dedicar (tiempo, espacio, dinero) a los demás miembros de la familia.

Fue denominado APGAR familiar por ser una palabra fácil de recordar a nivel de los médicos dada su familiaridad con el test de uso casi universal en la evaluación del recién nacido propuesto por la doctora Virginia Apgar y porque denota una evaluación rápida y de fácil aplicación. El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de la familia en un momento determinado.

Con este instrumento los integrantes del equipo de Atención Primaria de Salud pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfuncionales familiares, con el propósito de darle seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario.

Por cada componente hay cinco ítems con su puntuación del 0 al 4 respectivamente sumando así cada respuesta dando como resultado la presencia de funcionalidad o disfuncionalidad familiar.

Buena Función Familiar: 18-20

Disfunción Familiar Leve: 14-17

Disfunción Familiar Moderada 10-13

Disfunción Familiar Severa: 9 o menos

El APGAR no solo sirve para detectar la disfuncionalidad familiar si no que guía al profesional de la salud a explorar a aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáticas, midiendo tanto el ambiente emocional que

rodea a miembro familiares como también la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis.(Cossio et al., 2012)

6.2 TEST PARA LA DEPRESIÓN DE BECK

El **Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II)**, creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario auto administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual).

Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en 1961, la revisión de 1971 bajo el título de BDI-1A; y el BDI-II, publicado en 1996. El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas.

El resultado del BDI no es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión, se necesitan evaluaciones complementarias (entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etc.), pero es una herramienta útil para despistaje o chequeo.

IMPACTO DEL BDI

El desarrollo del BDI ha sido muy importante para la psicología y la psiquiatría porque ha representado una alternativa a la conceptualización psicoanalítica de la depresión. También ha establecido un principio seguido en su desarrollo por otros cuestionarios autoadministrados, que los ítems pueden ser inicialmente recogidos directamente de los pacientes y a partir de ellos sugerir teorías, que al contrario, desarrollar un instrumento a partir de una teoría que podría no ser válida.

El Inventario para la Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) se ha convertido en el instrumento más utilizado para evaluar si una persona sufre una depresión. Entre sus múltiples ventajas destaca su rapidez, pues se contesta en relativamente pocos minutos.

HISTORIA DEL TEST DE DEPRESIÓN DE BECK

El cuestionario fue creado por el doctor Aaron Temkim Beck, profesor de psiquiatría de la Universidad de Pennsylvania. A principios de los 60 desarrolló la llamada Terapia Cognitiva, cuando puso en marcha una serie de experimentos para demostrar algunos de los preceptos fundamentales del psicoanálisis, pero no logró su objetivo, lo que le llevó a buscar otras formas de terapia.

Fue así como después de un larga temporada de trabajo, Beck desarrolló la Terapia Cognitiva, que parte de la base de que los problemas mentales y emocionales tienen su origen en procesos psicológicos que no se pueden observar desde el exterior. El postulado central es que la persona se ve alterada por su interpretación de lo que le ha ocurrido, y no por los sucesos en sí mismos.

PUNTOS DEL TEST DE BECK

Éstos son los 21 puntos que evalúa del Test de Beck:

- Tristeza
- Pesimismo
- Sensación de fracaso
- Insatisfacción
- Culpa
- Expectativas de castigo
- Auto desprecio
- Autoacusación
- Ideas suicidas
- Episodios de llanto

- Irritabilidad
- Retirada social
- Indecisión
- Cambios en la imagen corporal
- Enlentecimiento
- Insomnio
- Fatigabilidad
- Pérdida de apetito
- Pérdida de peso
- Preocupaciones somáticas
- Bajo nivel de energía

La persona evaluada puntúa de 0 a 3 la intensidad con la que siente cada emoción. Así la puntuación máxima que puede obtener el entrevistado (si contestara un 3 en todas las preguntas) sería de 63. La más baja sería 0.

Entre **1 y 10 puntos** se considera que la persona ha tenido leves altibajos bastante normales y está por completo fuera de peligro.

Entre **11 y 16**, una leve perturbación de su estado de ánimo

Entre **17-20** se supone que ha habido estados de depresión intermitentes.

Entre **21-30** es posible que el facultativo diagnostique una depresión moderada.

De **31 a 40**, una depresión grave, y entre **40-63**, una depresión extrema. (Aaron T, 2013)

e) METODOLOGÍA

1. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo investigativo es de tipo cuantitativo, analítico, transversal.

- De tipo cuantitativo: Porque permitió evaluar y cuantificar el nivel de disfuncional familiar y la depresión mediante escalas numéricas tanto en el APGAR familiar como en el test de Beck para la depresión respectivamente.
- De tipo transversal porque las variables se estudiaron simultáneamente en determinado momento.
- LUGAR: Colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja ubicado en las calles Carlos Román y Adolfo Valarezo.
- TIEMPO: Junio-Noviembre de 2014

2. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo: Estuvo formado por 560 estudiantes de octavo, noveno y décimo año de Educación Básica sección matutina del Colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja en el periodo junio-noviembre de 2014

La muestra: Estuvo representada por 288 estudiantes pertenecientes al Octavo y Noveno año de Educación Básica. Para ello se utilizó muestreo probabilístico realizándose un sorteo aleatorio en la que participaron los inspectores dirigentes de cada año de Educación Básica.

3. CRITERIOS ÉTICOS

El presente trabajo investigativo se cumplió bajo los parámetros de la confidencialidad y de total anonimato. La identidad de cada uno de los estudiantes se llevó a cabo mediante la designación de códigos dependiendo del número de lista.

4. PROCEDIMIENTO

Una vez presentado y revisado el proyecto de investigación según los parámetros establecidos por las autoridades del área de la Salud Humana de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, se obtuvo la pertinencia respectiva. Considerando que el proyecto de tesis fue aprobado se continuo con los trámites pertinentes para la designación de director de tesis, contando ya con director se procedió a dar cumplimiento al trabajo investigativo.

Para realizar la presente investigación se solicitó el permiso a la rectora del establecimiento educativo Adolfo Valarezo Lic. Dinna Riofrio de Cruz, solicitándole el permiso para la realización de la investigación, se informó a los dirigentes y a los estudiantes sobre el tema y su participación además se les solicito a los padres de familia su aprobación para que sus hijos sean parte de este estudio mediante el consentimiento informado una vez obtenido se procedió a la recolección de la información mediante la aplicación del test de Beck y el APGAR familiar.

La recolección de los datos se efectuó en la segunda semana del mes de Junio y Julio del año 2014, en base a los datos obtenidos se expuso resultados que permitirán establecer la relación entre la disfunción familiar y la depresión y con ello aportar a la Institución y a las familias sobre la realidad de sus dirigidos para la actuación oportuna.

5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Los instrumentos que se utilizaron fueron el APGAR familiar y el test de depresión de Beck.

El **APGAR FAMILIAR**, es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, es un cuestionario de cinco preguntas que buscan evidenciar el estado funcional de la familia.

COMPONENTES DEL APGAR FAMILIAR

Adaptación: Es la utilización de los recursos intra y extra familiares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o periodo de crisis.

Participación: Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia.

Crecimiento: Mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta).

Afecto: Mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.

Recursos: Es el compromiso o determinación de dedicar (tiempo, espacio, dinero) a los demás miembros de la familia.

Por cada componente hay cinco ítems con su puntuación del 0 al 4 respectivamente sumando así cada respuesta dando como resultado la presencia de funcionalidad o disfuncionalidad familiar.

Buena Función Familiar: 18-20

Disfunción Familiar Leve: 14-17

Disfunción Familiar Moderada 10-13

Disfunción Familiar Severa: 9 o menos

TEST PARA LA DEPRESIÓN DE BECK: Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual).

El resultado del BDI no es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión, se necesitan evaluaciones complementarias (entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etc.), pero es una herramienta útil para chequeo.

PUNTOS DEL TEST DE BECK

Éstos son los 21 puntos que evalúa del Test de Beck:

- Tristeza
- Pesimismo
- Sensación de fracaso
- Insatisfacción
- Culpa
- Expectativas de castigo
- Auto desprecio
- Autoacusación
- Ideas suicidas
- Episodios de llanto
- Irritabilidad
- Retirada social
- Indecisión
- Cambios en la imagen corporal
- Enlentecimiento
- Insomnio
- Fatigabilidad
- Pérdida de apetito
- Pérdida de peso
- Preocupaciones somáticas
- Bajo nivel de energía

Entre 1 y 10 puntos se considera que la persona ha tenido leves altibajos bastante normales y está por completo fuera de peligro.

Entre 11 y 16, una leve perturbación de su estado de ánimo

Entre 17-20 se supone que ha habido estados de depresión intermitentes.

Entre 21-30 es posible que el facultativo diagnostique una depresión moderada.

De 31 a 40, una depresión grave, y entre 40-63, una depresión extrema.

6. PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y PLAN DE ANÁLISIS

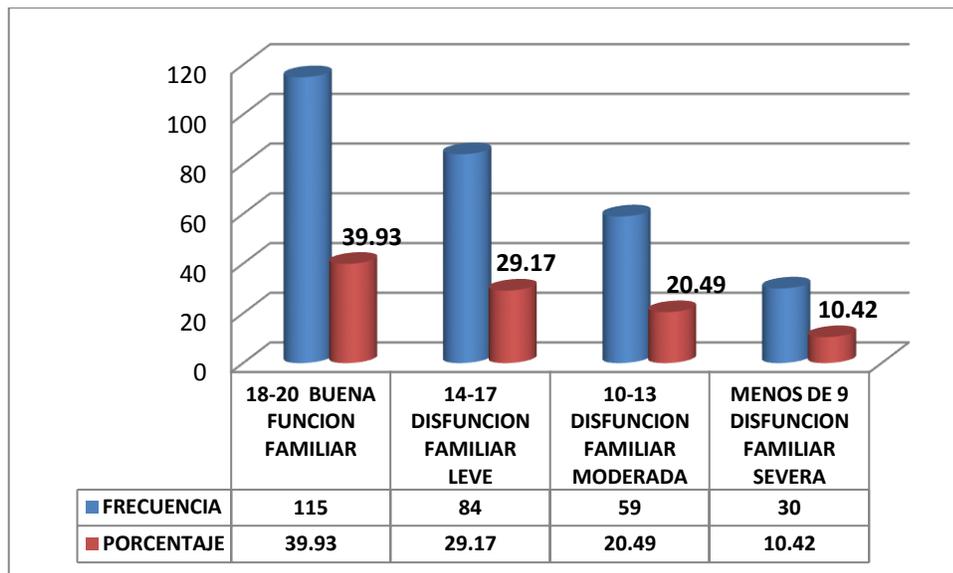
Para la recolección de datos se realizó como primer paso la aplicación del APGAR familiar y el test de depresión de Beck a los estudiantes de Octavo y Novenos año.

Una vez obtenida toda la información y registrada en el APGAR familiar y el test de Beck se procedió a la tabulación mediante el programa estadístico informático Excel 2010 y su análisis respectivamente, los resultados fueron presentados en tablas y gráficos.

f) RESULTADOS

GRÁFICO N° 1

VALORACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR, EN LOS ESTUDIANTES DE OCTAVO Y NOVENO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERÍODO JUNIO-NOVIEMBRE DE 2014



Fuente: Hoja de recolección de datos (APGAR FAMILIAR)

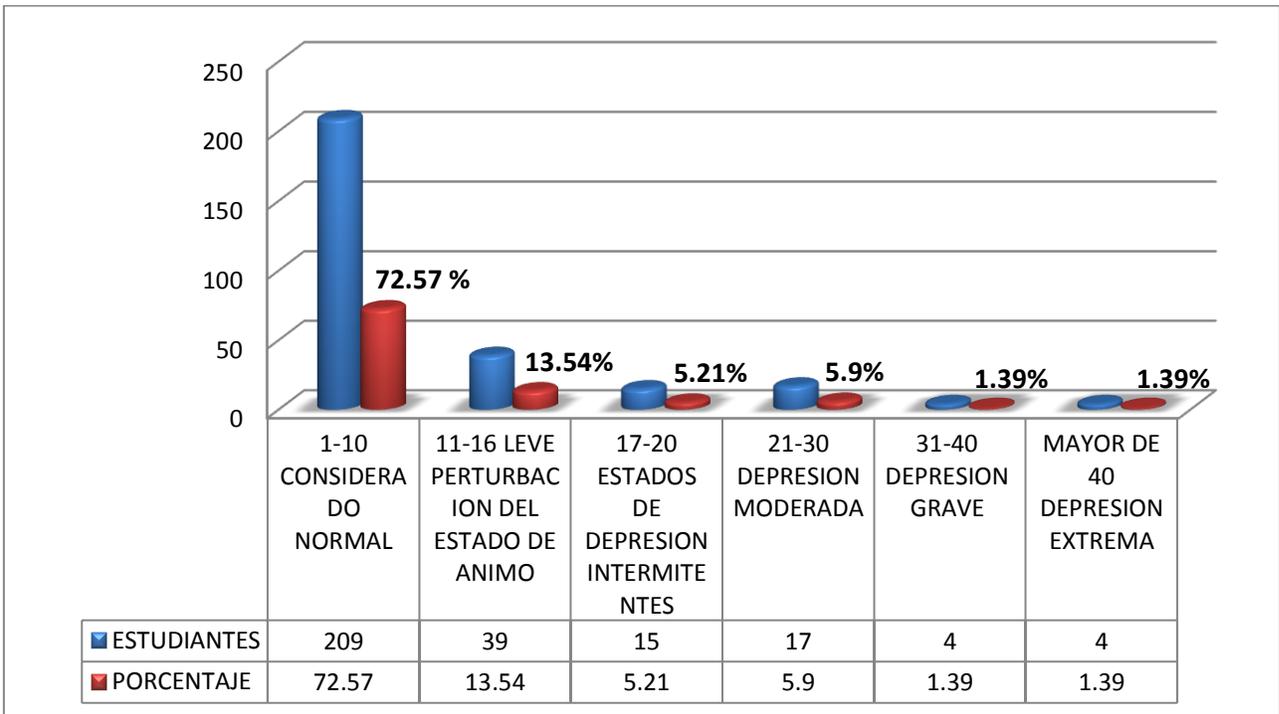
Elaboración: Margoth de los Ángeles Procel Barragán

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el presente gráfico observamos que de 288 estudiantes que representan el 100%, el 39.93 % presentan una buena función familiar , mientras que el 60.07 % presenta disfuncionalidad, distribuida en leve 29.16% , moderada 20.49%, severa 10.42% .

GRÁFICO N° 2

NIVEL DE DEPRESION, EN LOS ESTUDIANTES DE OCTAVO Y NOVENO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERÍODO JUNIO-NOVIEMBRE DE 2014



Fuente: Hoja de recolección de datos. (TEST DE BECK)

Elaboración: Margoth de los Ángeles Procel Barragán

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el presente gráfico, observamos que de 288 estudiantes que representan el 100%, el 72.57% no tienen ningún grado de depresión, mientras que el 27.43% tienen algún grado de depresión distribuida en perturbación del estado de ánimo 13.54%, estados de depresión intermitentes 5.21%, depresión moderada 5.9%, depresión grave 1.39% y depresión extrema 1.39%.

TABLA N° 3

RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE OCTAVO Y NOVENO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERÍODO JUNIO-NOVIEMBRE DE 2014

DISFUNCIÓN FAMILIAR		DEPRESIÓN		
		LEVE	MODERADA	GRAVE
LEVE	84 (48.56%)	13 (15.47%)	2 (2.38%)	1 (1.19%)
MODERADA	59 (34.10%)	8(13.55%)	4 (6.78%)	2 (3.38%)
GRAVE	30 (17.34%)	14 (46.67%)	6 (20.00%)	4 (13.34%)
TOTAL	173			

Fuente: Hoja de recolección de datos (APGAR FAMILIAR Y TEST DE BECK)

Elaboración: Margoth de los Ángeles Procel Barragán

En el presente gráfico, observamos que del 48.56% que presenta disfunción familiar leve, el 15.47% se relaciona con depresión leve, el 2.38% depresión moderada y el 1.19% presenta depresión grave; del 34.10% que presenta disfunción familiar moderada, el 13.55% se relaciona con depresión leve, el 6.78% depresión moderada y el 3.38% presenta depresión grave; del 17.34% que presenta disfunción familiar moderada, el 46.67% se relaciona con depresión leve, el 20.00% depresión moderada y el 13.34% presenta depresión grave.

g) DISCUSIÓN

Los estudios realizados hasta la actualidad han demostrado una relación significativa entre la disfunción familiar y la depresión en la adolescencia, es por ello que se ha llegado a determinar que la depresión en la adolescencia es más frecuente en pacientes provenientes de familias disfuncionales que en aquellos que tienen una buena función familiar. En países vecinos como Colombia las cifras de depresión son de 17.09% y 25.2% de acuerdo a los últimos estudios realizados, en Perú la prevalencia es de 18.2 %, mientras que en Chile muestra cifras de 25.9%.

Carabay y colaboradores (2014) realizaron un estudio en una escuela primaria semiurbana, de bajo nivel socioeconómico en el Estado de México, que incluyó 326 niños, de 8 a 12 años de edad. Del total de los 326 niños, se identificó un 65.9% de familias funcionales por el estilo de afrontamiento de los problemas y solamente el 34.1% de las familias resultaron con algún grado de disfuncionalidad. Sin embargo, se observó que sólo el 11.7% de los niños desarrollaron síntomas de depresión infantil y de ellos únicamente el 8.7% provenían de familias disfuncionales.

Otro estudio realizado en Guanajuato México, 2007 por Gallardo, reportó que el 43% de casos de depresión en adolescentes de 10 a 19 años de edad, se relacionan con disfunción familiar.

Un estudio realizado en la Ciudad de Guayaquil por el Dr. Ricardo Morla Boloña, Emma Saad de Janon y Julia Saad sobre depresión en adolescentes y cuyo resultado indico que el 61.3 % de adolescentes pertenecían a familias disfuncionales, presentando síntomas como mala comunicación con uno o ambos padres, hermanos, violencia familiar, maltrato verbal.

Comparando con esta investigación, e 18.75% de estudiantes que participaron en esta investigación presentan relación entre la depresión y disfuncionalidad familiar.

Gonzales y cols (2013) estudiaron la depresión en relación a disfuncionalidad familiar en los adolescentes de primer a al quinto año de secundaria del Colegio Nacional Mixto del Distrito de Los Olivos - Lima. La población de estudio fue de 163 estudiantes. El nivel de disfunción familiar fue muy elevado: 26,4% con disfunción moderada y 24,5% con severa. La relación funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas mostraron que el 50,0% de adolescentes de familias con disfunción severa presentan manifestaciones depresivas bien definidas, y el 46,5% de familias con disfuncionalidad moderada también presenta manifestaciones depresivas bien definidas; incluso un 18,4% proveniente de familias con buen funcionamiento presentan manifestaciones depresivas.

Comparando con esta investigación, el 39.93 % presentan una buena función familiar , mientras que el 60.07 % presenta disfuncionalidad, distribuida en leve 29.16% , moderada 20.49%, severa 10.42% .

Estudios realizados por el Dr. Barros Tapia en la ciudad de Cuenca que incluyo 1000 estudiantes en etapa escolar con fines de indagar trastornos afectivos, disfunción familiar, los resultados de prevalencia de síntomas depresivos alcanzo el 15,2% y de ansiedad un 16.2% la depresión se observó con mayor frecuencia en escolares de 10-13 años. Las familias disfuncionales graves representan el 1.4% también se presentaron familias con disfuncionalidad leve esta situación se presentó en el 18.9% de los casos.

Este estudio se enfoca en la relación entre la disfuncionalidad familiar y la depresión en estudiantes de Octavo y Noveno año de Educación Básica, los resultados encontrados indican que el 48.56% presento disfunción familiar leve, relacionado el 15.47% con depresión leve, el 2.38% con depresión moderada y el 1.19% con depresión grave; el 34.10% presentaron disfunción familiar moderada, relacionado, el 13.55% con depresión leve, el 6.78% con depresión moderada y el 3.38% con depresión grave; el 17.34% presentaron disfunción familiar grave, relacionado el 46.67% con depresión leve, el 20.00% con depresión moderada y el 13.34% con depresión grave.

Un estudio realizado por la Dra. Diana Toro, Dra. Paniagua, Dr. Carlos Gonzales en un grupo de adolescentes de la ciudad de me Medellin-Colombia en el año

2009 que incluyó 779 adolescentes para evaluar el riesgo de suicidio, depresión y disfunción familiar, la prevalencia de riesgo de suicidio se situó entre 23% y 26.5%.

En la presente investigación el 22.22% presentan algún grado de ideas suicidas distribuido en que el 17.01% a veces piensan en suicidarse pero no lo cometerían, el 2.78% desearía suicidarse, y el 2.43% se suicidaría si tuvieran la oportunidad, siendo valores a tomar en cuenta, debido a que representan alarmas para actuar a tiempo con los estudiantes que eminentemente ya están en riesgo de tomar decisiones inadecuadas según lo señala el test de Beck.

h) CONCLUSIONES

- Se determinó que del 60.06% que presentaron disfunción familiar, el 48.56% presento disfunción familiar leve, relacionado el 15.47% con depresión leve, el 2.38% con depresión moderada y el 1.19% con depresión grave; el 34.10% presentaron disfunción familiar moderada, relacionado, el 13.55% con depresión leve, el 6.78% con depresión moderada y el 3.38% con depresión grave; el 17.34% presentaron disfunción familiar grave, relacionado el 46.67% con depresión leve, el 20.00% con depresión moderada y el 13.34% con depresión grave.
- Según la determinación de funcionalidad familiar, el 39.93 % presentaron una buena función familiar, mientras que el 60.07 % presentaron disfuncionalidad familiar predominando la disfunción familiar leve con el 29.17 %, en tanto que el 20.49 % disfunción familiar moderada y el 10.42% disfunción familiar severa.
- El 72.57% de estudiantes no presentaron depresión, el 18.54 % presentaron depresión leve, el 5.90% depresión moderada, y el 2.78% depresión grave.

i) RECOMENDACIONES

Es importante tomar en cuenta cómo influye la familia en la adolescencia y la depresión, por cuanto una buena funcionalidad familiar en esta etapa no sólo depende de cómo actúen los adolescentes sino también de la forma en que los integrantes de la familia comprendan y asuman esta etapa de la vida.

- Se recomienda a los padres de familia, tener más comunicación con sus hijos para de esta manera fomentar en ellos el amor, el respeto, la confianza hacia ellos y apoyarlos en las dificultades y problemas que se les presenten para evitar complicaciones como la depresión característica de la etapa de la adolescencia.
- Se recomienda al personal docente realizar charlas educativas dirigidas a los padres de familia sobre la adolescencia y los cambios propios de esta etapa para orientar a cómo entender de mejor manera a sus hijos.
- Se recomienda a la comunidad fomentar e incentivar programas sociales que promueva la participación directa de adolescentes y familia como colaboradores en diferentes actividades recreativas (charlas, talleres, grupos juveniles).
- Se recomienda al personal médico y de salud cumplir con los programas de prevención, promoción y curación enfocados en la realidad de cada familia identificando precozmente los casos de disfunción familiar que pueda afectar a la población adolescente y futuras complicaciones que afecten su integridad física y emocional, fomentando la participación directa entre la familia y los adolescentes.

j) BIBLIOGRAFÍA

Aaron T, B. (2013). Evaluación del inventario BDI-II Inventario de Ansiedad de BECK, Volume 3, , paginas 15–18.

Almudena García, A. (2013). La depresión en adolescentes. (J. M. Eduardo Bunge, M Gomar, Ed.)National Association of School Psychologists (Segunda Ed, Vol. Volumen 8). Francia: 2013. Retrieved from <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>

Collados Zorraquino José. (2012). Guia de practica clinica de la depresión en la infancia y la adolescencia. (J. Collados, Ed.)Avalia.T (Tercera Ed). San Pablo: 2012. Retrieved from http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_paciente.pdf

Cossio, M. L. T., Giesen, L. F., Araya, G., Pérez-Cotapos, M. L. S., VERGARA, R. L., Manca, M., ... Héritier, F. (2012). No Title No Title. (M. L. T. Cossio, L. F. Giesen, G. Araya, M. L. S. Pérez-Cotapos, & R. VERGARA, Eds.)Instrumentos Familiares (Tercera Ed, Vol. XXXIII). Madrid: 2012. <http://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>

Donati, P. (2014). Tipos de Familia. (P. Doanti, Ed.)Tipos de Familia (Tercera Ed). Argentina: 2014.

Franklin, T. (2012). FUNCIONES DE LA FAMILIA La familia es la institución básica en el seno de la cual se determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad. Constituye la forma más simple de o. (L. Thompson, Ed.) (Segunda ed). Uruguay: 2012.

Herrera Santi, P. (2012). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. (M. Á. Zúñiga, Ed.)Revista Cubana de Pediatría (Segunda Ed, Vol. Volumen 71). Madrid: 2012. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

75311999000100006&Ing=es&nrm=iso&tIng=es

Juan, P., & Espinosa, A. (2012). Déficit de Atención e Hiperactividad en el Niño y Adolescente: La necesidad de un trabajo conjunto. (P. Juan, Ed.) (Tercera Ed). Madrid: 2013.

Luis, G. S. J. (2011). La familia: concepto, tipos y evolución. (P. Editori, Ed.) Enciclopedia británica en Español (I Segunda E). España: 2011.

Martínes M. (2011). Funcionalidad y disfuncionalidad de la familia. (R. Enrique, Ed.) (Segunda). España: 2011.

Mendizabal J. Anzures B. (2011). La Familia y el Adolescente. (M. J. A. B., Ed.) Revista Medica del Hospital General (Tercera Ed, Vol. 3). Francia: 2013. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-1999/hg993g.pdf>

Montañés, M., Bartolomé, R., Montañés, J., & Parra, M. (2008). Influencia del contexto familiar en las conductas adolescentes. (CEU, Ed.) (Tercera Ed, Vol. 2008). España: 2013.

Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. (M. J. M. Costa, F. A. M. Ferrer, & D. H. D'Antonio, Eds.) Anuario de Psicología (Segunda Ed, Vol. 37). Madrid: RUBINZAL-CULZONI.

Parra, Á., & Oliva, A. (2006). Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. (A. Crespillo, Ed.) Anales de psicología (Quinta Ed, Vol. Volume 18). Colombia: 2014.

Robert, F., Ortega, F., Vélez, J., Fernanda, L., Ballestas, F., & Emilio Garcia Losa. (2011). Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. (E. G. Losa, Ed.) (Cuarta Ed). Colombia: 2011.

Sarah, J., Pineda, S., & Aliño., M. (2013). El concepto de Adolescencia. (S. Pineda & M. Aliño., Eds.) Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral en la Adolescencia (Quinta Ed). Venezuela. Retrieved from <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/Capitulo I.pdf>

Serapio Costa, A., Crispo, R., & Guelar, D. (2014). Realidad psicosocial : La adolescencia. (R. Crispo & D, Eds.)Adolescencia y comportamiento de género (Segunda). Bolivia.

Silva-Diverio, I. (2007). La adolescencia y su interrelación con el entorno. (C. Antonio, Ed.)Injuve (Tercera Ed, Vol. Volumen 3). Madrid: 2011. Retrieved from http://www.injuve.es/sites/default/files/LA_ADOLESCENCIA_y_entorno_completo.pdf

Usado, D. (2014). ¿Cómo puedo ser libre de la depresión? (O. Tondo, Ed.) (Tercera Ed). Colombia.

Velez Llano, Y. (2007). Calidad de vida, funcionalidad familiar y apoyo social de redes comunitarias deportivas-reactivas en las familias de estrato bajo con adolescentes. (Y. Velez Llano, Ed.) (Quinta Edi). Francia: 2014.

Zúñiga, M. Á., Jacobo, B. R., & Rodríguez, A. S. (2013). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. (S. H. Elias, Ed.)International Journal of Psychology and Psychological Therapy (Tercera Ed). Paraguay. Retrieved from <http://www.ijpsy.com/volumen9/num2/232/la-relacion-entre-depresion-y-conflictos-ES.pdf>

k) ANEXOS

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

Yo **MARGOTH DE LOS ANGELES PROCEL BARRAGÁN** estudiante del sexto año de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja enfocada y comprometida con la salud me encuentro realizando mi trabajo investigativo titulado como:

“DEPRESIÓN ASOCIADA A LA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS ESTUDIANTES DE OCTAVO Y NOVENO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA SECCIÓN MATUTINA DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA”. EN EL PERIODO JUNIO-NOVIEMBRE DE 2014

Sr padre de familia me dirijo para solicitarle la participación de su hijo (a) en esta investigación, e informarle que la identificación será reservada.

Contando con su apoyo le anticipo mis agradecimientos.

REPRESENTANTE

2. APGAR FAMILIAR

Edad: _____ Género: _____

FUNCIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface en mi familia: a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.					

Resultados APGAR Familiar

Función familiar.....

Calificación.....

3. TEST DE BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1.

No me siento triste ()

Me siento triste. ()

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. ()

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo. ()

2.

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro. ()

Me siento desanimado respecto al futuro. ()

Siento que no tengo que esperar nada. ()

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán. ()

3.

No me siento fracasado. ()

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. ()

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso. ()

Me siento una persona totalmente fracasada. ()

4.

Las cosas me satisfacen tanto como antes. ()

No disfruto de las cosas tanto como antes. ()

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas. ()

Estoy insatisfecho o aburrido de todo. ()

5.

- No me siento especialmente culpable. ()
Me siento culpable en bastantes ocasiones. ()
Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. ()
Me siento culpable constantemente. ()

6.

- No creo que esté siendo castigado. ()
Me siento como si fuese a ser castigado. ()
Espero ser castigado. ()
Siento que estoy siendo castigado. ()

7.

- No estoy decepcionado de mí mismo. ()
Estoy decepcionado de mí mismo. ()
Me da vergüenza de mí mismo. ()
Me detesto. ()

8.

- No me considero peor que cualquier otro. ()
Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores. ()
Continuamente me culpo por mis faltas. ()
Me culpo por todo lo malo que sucede. ()

9.

- No tengo ningún pensamiento de suicidio. ()
A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería. ()
Desearía suicidarme. ()
Me suicidaría si tuviese la oportunidad. ()

10.

- No lloro más de lo que solía llorar. ()
Ahora lloro más que antes. ()
Lloro continuamente. ()
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera. ()

11.

No estoy más irritado de lo normal en mí. ()

Me molesto o irrito más fácilmente que antes. ()

Me siento irritado continuamente. ()

No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme()

12.

No he perdido el interés por los demás. ()

Estoy menos interesado en los demás que antes. ()

He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. ()

He perdido todo el interés por los demás. ()

13.

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. ()

Evito tomar decisiones más que antes. ()

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. ()

Ya me es imposible tomar decisiones. ()

14.

No creo tener peor aspecto que antes. ()

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo. ()

Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer

poco atractivo. ()

Creo que tengo un aspecto horrible. ()

15.

Trabajo igual que antes. ()

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo. ()

Tengo que obligarme mucho para hacer algo. ()

No puedo hacer nada en absoluto. ()

16.

Duermo tan bien como siempre. ()

No duermo tan bien como antes. ()

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir. ()

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir. ()

17.

No me siento más cansado de lo normal. ()

Me canso más fácilmente que antes. ()

Me canso en cuanto hago cualquier cosa. ()

Estoy demasiado cansado para hacer nada. ()

18.

Mi apetito no ha disminuido. ()

No tengo tan buen apetito como antes. ()

Ahora tengo mucho menos apetito. ()

He perdido completamente el apetito. ()

19.

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada. ()

He perdido más de 2 kilos y medio. ()

He perdido más de 4 kilos. ()

He perdido más de 7 kilos. ()

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO. ()

20.

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal. ()

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento. ()

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más ()

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa. ()

21.

No he observado ningún cambio reciente en mi interés. ()

Estoy menos interesado por el sexo que antes. ()

Estoy mucho menos interesado por el sexo. ()

He perdido totalmente mi interés por el sexo. ()

GUÍA PARA LA INTERPRETACIÓN DEL INVENTARIO DE LA DEPRESIÓN DE BECK

Puntuación del Nivel de depresión

1-10Estos altibajos son considerados normales.

11-16Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20Estados de depresión intermitentes.

21-30Depresión moderada.

31-40Depresión grave.

>40Depresión extrema.

CONTENIDO

CERTIFICA.....	¡Error! Marcador no definido.
AUTORÍA.....	¡Error! Marcador no definido.
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
TÍTULO.....	1
RESUMEN.....	2
SUMMARY.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	7
FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	7
DEPRESIÓN.....	7
ADOLESCENCIA.....	8
LA FAMILIA.....	8
DEFINICIONES.....	8
TIPOS DE FAMILIA:.....	9
FUNCIONES DE LA FAMILIA.....	12
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	13
CONCEPTO.....	13
CAUSAS DE UNA FAMILIA DISFUNCIONAL.....	13
CONSECUENCIAS DE LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	14
LA ADOLESCENCIA.....	15
DEFINICIONES:.....	15
LA DEPRESIÓN.....	15
DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA.....	16
CAUSAS DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES.....	17
SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA.....	17
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.....	19

APGAR FAMILIAR:	19
TEST PARA LA DEPRESIÓN DE BECK	21
METODOLOGÍA.....	24
RESULTADOS	29
DISCUSIÓN	32
CONCLUSIONES.....	35
RECOMENDACIONES	36
BIBLIOGRAFÍA.....	37
ANEXOS	40