



Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA

Funcionalidad familiar y su relación con la depresión en adolescentes del bachillerato de la zona 7 del Ecuador 2016.

Tesis previa a la obtención del título de
Especialista en Medicina Familiar y
Comunitaria.

Autor: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles.

Directora: Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc.

Loja – Ecuador

2017

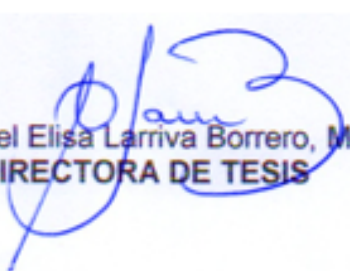
CERTIFICACIÓN

Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido, orientado y discutido, en todas sus partes el desarrollo de la tesis intitulada "Funcionalidad familiar y su relación con la depresión en adolescentes del bachillerato de la zona 7 del Ecuador 2016", de la autoría del Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles, la misma que cumple a satisfacción los requisitos de fondo y forma, exigidos por la Institución para los procesos de graduación de postgrado, por tal motivo autorizo su presentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Loja, 30 de enero de 2017


Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

AUTORIA

Yo, Mario Alberto Ordóñez Trelles declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a 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: Mario Alberto Ordóñez Trelles

Firma:



Cédula: 1104193386

Fecha: 30 de enero de 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo Mario Alberto Ordóñez Trelles, declaro ser autor de la tesis titulada: "Funcionalidad familiar y su relación con la depresión en adolescentes del bachillerato de la zona 7 del Ecuador 2016", como requisito para optar al grado de: Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; 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.

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 tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 30 días del mes de enero del dos mil diez y siete, firma el autor.

Firma: 

Autor: Mario Alberto Ordóñez Trelles

Cédula: 1104193386

Dirección: Anthon Philips y Av. Tiwintza. Correo electrónico:

betoma87@gmail.com

Teléfono: 072112071 Celular: 0995573076

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora de Tesis: Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc.

Tribunal de Grado: Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

Dr. Luis Alberto Pacheco Correa

DEDICATORIA

A Dios, por el regalo de la vida, por enseñarme mi propósito y permitirme vivir a plenitud la Medicina Familiar y Comunitaria.

A mis padres, que con su esfuerzo y perseverancia, han logrado darme mis estudios, y forjar en mi valores que me permiten ser la persona y profesional que soy.

A mis hermanas, que han estado presentes en mis logros, apoyándome e incentivándome día a día a ser un mejor ser humano y un buen profesional.

A mis amigos del postgrado, con quienes compartí múltiples anécdotas y aprendizajes, y a quienes llevaré en lo profundo de mi memoria.

Mario Alberto

AGRADECIMIENTO

Con aprecio, consideración, estima, profundo respeto y reconocimiento sincero por toda la bondad, comprensión, apoyo y gracia brindada a mi persona tanto en mi vida estudiantil como en la realización de este trabajo, agradezco de todo corazón:

- A la Universidad Nacional de Loja, a través del Programa de Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria, por haberme acogido en su seno y haber fortalecido en mí el amor por el saber, con solvencia y calidad.
- A los adolescentes que participaron voluntariamente, por su invaluable aporte a mejorar sus condiciones de salud y de los demás adolescentes de la Zona 7 del Ecuador.
- A la Dra. Anabel Larriva, quien supo orientar este trabajo de investigación con sus valiosos conocimientos.
- Al Ing. José Eduardo González, quien con sus conocimientos y gran paciencia colaboró en la elaboración y revisión del presente trabajo investigativo.
- A mis amigos y amigas del Macroproyecto de adolescentes, a mis compañeros y compañeras, docentes y autoridades de la Especialidad, por haberme colaborado y apoyado en todo el proceso investigativo.

Y, en general, a todas las personas que de una u otra manera me brindaron su contribución espiritual y generosa a través de información, consejos y continuo incentivo de optimismo que me permitió concluir con éxito este aporte investigativo.

Mario Alberto

INDICE GENERAL

	<u>Pág.</u>
Portada	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
INDICE GENERAL	vii
a. Título	1
b. Resumen	2
Abstract	3
c. Introducción	4
d. Revisión de Literatura	6
4.1. FAMILIA	6
4.1.1 Definición	6
4.1.2 Tipología Familiar	6
4.1.3 La familia desde el enfoque sistémico	7
4.2 FUNCIONALIDAD FAMILIAR	8
4.2.1 Definición	8
4.2.2 Categorías de la Funcionalidad familiar	8
4.2.3 Evaluación de la funcionalidad familiar a través del Test de percepción de la Funcionalidad Familiar FFSIL.	9
4.3 DEPRESIÓN Y ADOLESCENCIA	10
4.3.1 Depresión	10
4.3.2 Adolescencia	10
4.3.3 Depresión en la adolescencia	10
4.3.4 Factores protectores y de riesgo para depresión	11
4.3.5 Sintomatología depresiva en la adolescencia	11
4.4 FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN	12
4.4.1 La disfunción familiar como factor de riesgo para depresión	12
4.4.2 Trastornos en las categorías de la función familiar como factores de riesgo para depresión	12
4.4.3 Complicaciones y morbilidad de la depresión en la adolescencia.	13
4.5 INFORMACIÓN RELEVANTE SOBRE EL CONTEXTO SOBRE DONDE SE DESARROLLÓ LA INVESTIGACIÓN	13
4.5.1 Ubicación de la zona de influencia e intervención del proyecto	13
4.5.2 Superficie	13
4.5.3 División política	14
4.5.4 Unidades de Planificación	14
4.5.5 Aspectos socioeconómicos de la zona 7	15
e. Materiales y métodos	20
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	20
5.2 UNIDAD DE ESTUDIO	20
5.3 UNIVERSO	20
5.4 MUESTRA	21

5.5 MUESTREO	21
5.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	23
5.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	23
5.8 TÉCNICAS	23
5.8.1 Datos Generales	23
5.8.2 Edad	23
5.8.3 Sexo	24
5.8.4 Institución	24
5.8.5 Área geográfica	24
5.8.6 Año Escolar	24
5.8.7 Tipología familiar	24
5.8.8 Nivel socioeconómico	24
5.9 INSTRUMENTOS	24
5.9.1 Test de Percepción de la Funcionalidad Familiar (FFSIL)	24
5.9.2 Escala de depresión de Hamilton	25
5.9.3 Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico del Instituto nacional de Estadísticas y Censos (INEC)	25
5.10 Procedimiento	25
5.10.1 Fase piloto del estudio	25
5.10.2 Aplicación del Test	25
5.10.3 Control de Calidad	26
5.11 Equipo y materiales	26
5.12 Análisis de datos	26
5.13 Aspectos éticos	27
f. Resultados	28
6.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS ADOLESCENTES INVESTIGADOS	28
6.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE ELEMENTOS INDIVIDUALES DE LA MUESTRA	36
6.3 ANÁLISIS INFERENCIAL DEL PROBLEMA ESTUDIADO	37
g. Discusión	52
h. Conclusiones	57
i. Recomendaciones	58
j. Referencias bibliográficas	59
Anexos	65

1. Título

Funcionalidad familiar y su relación con la depresión en adolescentes del bachillerato de la zona 7 del Ecuador 2016

2. Resumen

La depresión constituye la principal causa de morbilidad y discapacidad en los adolescentes. Se estima que afecta a 350 millones de personas y comienza a menudo a temprana edad, reduce el funcionamiento y frecuentemente es recurrente. Las perturbaciones o situaciones estresantes que comprometan el sistema familiar pueden producir un desequilibrio, ya sea en los planos físico o emocional de él o los integrantes que hacen parte de él, como es el caso de los adolescentes. Al constituir la depresión una enfermedad que desarmoniza la salud mental y que constituye un problema frecuente en nuestro país y en la zona 7 del Ecuador, con un aumento en su incidencia y prevalencia, se establece como un problema de salud mental que debe ser evaluado, diagnosticado y sobre todo prevenido oportunamente. La investigación tiene como objetivo analizar la funcionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes de bachillerato de la zona 7 del Ecuador en el 2016 desde sus categorías, la caracterización familiar, y desde los aspectos socio-económico y demográficos. El estudio es de tipo cuantitativo no experimental, de diseño transversal de causalidad, con una población objetivo de 66.856 adolescentes de las instituciones educativas, del nivel de bachillerato de la Zona 7 y una muestra de 959 adolescentes a quienes se les aplicó el FFSIL y el Test de Depresión de Hamilton. Los datos fueron analizados mediante la prueba estadística del χ^2 , valor de p, V de Cramer y el OR con un IC al 95%. Se determinó que el 69.3% de los adolescentes que viven en familias disfuncionales tienen depresión, siendo la disfunción familiar un factor de riesgo para sufrir depresión (OR de 2,262 y un IC₉₅ de 1,629 - 3,141). En conclusión, la disfunción familiar constituye un factor de riesgo para depresión en los adolescentes.

Palabras Clave: Depresión, Adolescentes, Funcionalidad Familiar, Familia.

Abstract

The depression is the main cause of morbidity and disability in the adolescent. It is estimated that 350 million people affected and often begins at an early age, reduces performance and is often recurrent. Disturbances or stressful situations that compromise the family system can produce an imbalance, whether in physical or emotional levels of it or members who are part of it, as in the case of adolescents. To the constitute the depression a disease that changes a mental health and is a frequent problem in our country and in the southern region of Ecuador, with an increase in incidence and prevalence, is established as a mental health problem that must be evaluated, diagnosed and especially timely prevented. The research has as objective is the familiar functionality and its relationship to depression among adolescents in high school in area 7 of the Ecuador in 2016 from categories it characterization family, and from them aspects partner-economic and demographic The study is of type quantitative not experimental, of design cross of causality, with a population target of 66.856 adolescent of them institutions educational, of the level of high school of the area 7 and a shows of 959 teen to who is them applied the FFSIL and the Test of Hamilton depression. The data were analyzed using statistical test Chi 2, value of P, V Cramer and OR with 95% CI. 69.3% of adolescents living in dysfunctional families have depression, family dysfunction being a risk factor for suffering depression (OR of 2.262 and 95% CI 1.629 to 3.141). Family dysfunction is a risk factor for depression in adolescents.

Keywords: Depression , Teens , Family Functionality, Family

3. Introducción

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud en el año 2014, determinaron que la depresión constituye la principal causa de morbilidad y discapacidad en los adolescentes (OMS, 2014). Su prevalencia aumenta desde la niñez a la adolescencia (Kaltiala-Heino, Rimpela, Rantanen, & Laippala, 2001) y es mayor en el sexo femenino con una razón 2 : 1, y el momento crítico en el que aparece la diferencia entre sexos es entre los 15 y 18 años (España, 2009) (Asarnow et al., 2005).

En Europa en el año 2004 tuvo una prevalencia de 12,8% (Alonso et al, 2004); en España la prevalencia de depresión mayor se estimó en un 2,3% en adolescentes de 13 y 14 años y en un 3,4% en adolescentes de 18 años (España, 2009). En Estados Unidos su prevalencia va del 5 al 8,3%. En el Ecuador, no se cuentan datos estadísticos de prevalencia o incidencia de depresión por año; pero en el año 2013, el Ministerio de Salud informó que a nivel ambulatorio en adolescentes de 15 a 19 años se diagnosticaron 700 casos de episodios depresivos, de entre los cuales 425 fueron leves, 125 moderados, 41 graves sin síntomas psicóticos y 7 graves con síntomas psicóticos (Gahona, 2013).

Los factores considerados de riesgo para el apareamiento de depresión en los adolescentes incluyen: aspectos familiares, del entorno y factores individuales. Entre los aspectos familiares se incluyen antecedentes de depresión en alguno de los padres, alcoholismo familiar, la disfuncionalidad familiar y la violencia (Van núcleo familiar Voorhees et al., 2008) (España, 2009) (Elizabeth, Bee, Yap, Doreen, & Francis, 2014), y entre los factores de riesgo del entorno se incluye un bajo nivel socioeconómico, que aumenta dos veces el riesgo de padecer depresión en relación a aquellos de un mejor entorno socioeconómico (España, 2009).

Cuando la familia no se llega a adaptar a los constantes cambios del sistema familiar e individual de sus miembros, es cuando empiezan los problemas, la familia se enferma, y al suceder esto generalmente la familia manifiesta su enfermedad a través del miembro de la familia catalogado como "paciente designado", que puede ser uno de los hijos. Entre los factores que pueden "enfermar" a la familia se incluyen: la resistencia a los cambios evolutivos del hijo, la resistencia a los cambios del ciclo vital de la familia y el mantenimiento de actitudes educativas erróneas. En las familias, lo que está "enfermo" es el tejido de las relaciones que vinculan a unos miembros con otros. El efecto inmediato de esta realidad es que debemos hablar más bien de familias que hacen enfermar en cuanto que ponen en juego elementos dinámicos que lejos de contribuir a cuanto se ha señalado como positivo, se convierten en elementos desencadenantes de nuevos conflictos y deterioros posteriores (Ríos, 1999).

De esta manera, el manejo de la depresión va más allá del tratamiento emocional y conductual del adolescente; éste debe incluir programas de prevención, con los cuales se intervenga antes de que aparezcan los síntomas depresivos o mientras éstos sean leves, manejando los factores de riesgo para la depresión en los jóvenes (incluyendo los factores familiares) (Sutton, 2008) (Stice,

Shaw, Bohon, & Marti, 2010). Sin embargo el manejo sistémico de la depresión va encaminado a tratar la causa que en este caso va a ser la “familia que enferma”.

En este contexto, queda aún por consensuar la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en los adolescentes, y al constituir ésta una enfermedad que desarmoniza la salud mental y que constituye un problema frecuente en nuestro país y en la región sur del Ecuador, con un aumento en su prevalencia, se establece como un problema de salud mental que debe ser evaluado, diagnosticado y sobre todo prevenido oportunamente. De ahí la importancia de la presente investigación, que nos permite conocer la realidad de este problema en la población adolescente de nuestra zona de intervención e influencia, determinar la importancia de la funcionalidad familiar y sus categorías como factores protectores o de riesgo para esta enfermedad y establecer si el nivel socio económico y los factores socio demográficos se asocian como determinantes en el apareamiento de esta patología en los adolescentes.

Los objetivos de la investigación fueron: (1) analizar la funcionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes de bachillerato de la zona 7 del Ecuador en el 2016; (2) determinar la funcionalidad familiar, sus categorías y la caracterización de las familias por su ontogénesis y tamaño; (3) establecer el grado de depresión en los adolescentes; (4) analizar la relación entre la funcionalidad familiar, sus categorías y su caracterización con la depresión; y, (5) analizar la funcionalidad familiar y su relación con la depresión desde los aspectos demográficos y socioeconómicos. Finalmente se planteó como hipótesis el que la disfunción familiar constituye un factor de riesgo para el desarrollo de depresión en los adolescentes de bachillerato.

4. Revisión de Literatura

4.2. FAMILIA

4.1.1. Definición

“La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior” (Espinal, Gimeno, 2006).

Es un ámbito privilegiado de formación de actitudes, habilidades y valores que permiten, posteriormente, que el sujeto afronte una etapa vital tan decisiva como es la adolescencia. Durante una serie de años la socialización ejercida por la escuela y el grupo de amigos estará controlada y filtrada por la institución familiar, que seleccionará las experiencias vitales de sus miembros (“Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV,” 2004).

4.1.2. Tipología Familiar

La familia puede clasificarse según su tamaño y su ontogénesis:

4.1.2.1. Familia según su tamaño

- a. Familia pequeña: Cuando está compuesta por 1 a 3 miembros.
- b. Familia mediana: Cuando está compuesta por 4 a 6 miembros.
- c. Familia grande: Cuando está compuesta por 7 o más miembros (Galbán Noa, Milagro Pérez Valdés, Janelly María Hernández Morgado, 2003).

4.1.2.2. Familia según su ontogénesis

- a. Familia nuclear: Son matrimonios casados en primeras nupcias y con hijos biológicos.
- b. Familia extensa: Está constituida por más de dos generaciones en el hogar de los abuelos.
- c. Familia ampliada: Familias en que se incluye a otras personas, que pueden tener algún tipo de vínculo consanguíneo (madre, tíos, sobrinos) no tener vínculo de consanguinidad alguno, como es en el caso de las empleadas domésticas, o alguna persona que esté de visita en casa. Pero son importantes, ya que pueden ser causa de

conflictos o problemas familiares o, en algunas ocasiones, de apoyo positivo o recurso familiar.

- d. Familia reconstituida: Es una familia en la que dos personas deciden tener una relación formal de pareja y forman una nueva familia, pero como requisito al menos uno de ellos incorpora un hijo de una relación anterior.
- e. Familia monoparental: Es aquella en que un solo cónyuge esta con la responsabilidad total de la crianza y convivencia de los hijos (Osorio & Alvarez, 2004).

4.1.3. La familia desde el enfoque sistémico

4.1.3.1. Sistema Familiar

Desde la perspectiva de la teoría general de sistemas, la familia se define como un sistema, es decir: “La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior” (Minuchin, 1986).

Uno de los conceptos de la teoría de sistemas comprende los conceptos de totalidad. La familia como un sistema en conformidad con el concepto de totalidad va más allá de las características individuales de los integrantes del núcleo familiar. Es más que la suma de sus componentes, por lo que es única en forma, dinámica y estructura, lo que la hace diferente a todas. Pero como una telaraña cualquier modificación o cambio en una de las partes afecta a todas otras partes del sistema, influyendo sobre ellas y modificando el sistema, en conjunto de modo que se transforma en otro diferente en algún aspecto respecto del anterior.

Por eso cualquier afectación en la salud de uno de los miembros de ese hogar, tiene algún tipo de efecto en los otros integrantes de la familia, la familia es una unidad, y cada integrante forma parte del conjunto total; en ella cualquier circunstancia de modificación de carácter interno o externo influye en la conducta y en el comportamiento de todos sus integrantes (Osorio & Alvarez, 2004).

4.1.3.2. Subsistemas familiares

Aunque son muchos los subsistemas estructurales o funcionales que pueden darse dentro de la familia, como las diferentes familias nucleares que se diferencian en la familia extensa, en el sistema familiar nuclear, que es el referente predominante en nuestra cultura, encontramos tres subsistemas estructurales básicos y bien diferenciados: la constelación fraternal, parental y conyugal, si bien aparecen altamente relacionados entre sí como se demuestra, no sólo a nivel científico, sino en la misma vida cotidiana. Cada uno de estos dos subsistemas tiene sus propias normas y relaciones que se definen en su interior, aunque, naturalmente, en algunos aspectos vitales de la convivencia reciben influencia

mutua uno del otro, mucho más intensa cuando hablamos de la educación de los hijos (Espinal, Gimeno, 2006).

- a. Subsistema conyugal: Generalmente es una pareja de diferente sexo, que decide iniciar una relación formal de convivencia. La pareja decide cuáles serán las nuevas reglas que regirán este nuevo subsistema.
- b. Subsistema parental: Los padres o la persona que cumple el rol de padre o de madre, decide cuales son las herramientas básicas que necesita transmitirle a los hijos dentro de un proceso de socialización. En este subsistema se debe incluir a los abuelos, los tíos, los hermanos, los primos o las personas que forman parte de la familia y que se preocupan de la educación de los niños. Sus creencias, vivencias y experiencias serán transmitidas para que los más pequeños aprendan desde el hogar algunas de las normas sociales que deben conocer.
- c. Subsistema fraternal: Según Minuchin, es aquel en que se encuentran dónde están los hermanos. El subsistema fraterno es el primer laboratorio social en que los niños pueden experimentar relaciones con sus padres. En este subsistema los niños aprenden sus primeras vivencias y conductas en relación con los comportamientos que deben o no tener respecto de las otras personas dentro y fuera de sus familias (Osorio & Alvarez, 2004).

4.2. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

4.2.1. Definición

Puede ser definida como el conjunto de procesos en la crianza o interacción de un grupo de personas que forman una familia, se orientan al crecimiento físico y emocional de los miembros (Gómez-Bustamante, Castillo-Ávila, & Cogollo, 2013). Ésta explica la forma como el sistema familiar opera, evalúa o se comporta (Valencia, 2010).

4.2.2. Categorías de la Funcionalidad familiar

4.2.2.1. Cohesión

Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisión de las tareas cotidianas (González, De, & Freiiome, 1997).

4.2.2.2. Armonía

Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo (González et al., 1997).

4.2.2.3. Comunicación

Los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa. Esta comunicación dentro de una familia puede conseguirse usando mensajes verbales, no verbales e implícitos. La comunicación 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 (Osorio & Alvarez, 2004)(González et al., 1997).

4.2.2.4. Adaptabilidad

Habilidad para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera (González et al., 1997).

4.2.2.5. Afectividad

Capacidad de los miembros de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros (González et al., 1997).

4.2.2.6. Rol

Cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar (González et al., 1997).

4.2.2.7. Permeabilidad

Capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones (González et al., 1997).

4.2.3. Evaluación de la funcionalidad familiar a través del Test de percepción de la Funcionalidad Familiar FFSIL.

Actualmente existen un sinnúmero de test y cuestionarios que valoran y evalúan la funcionalidad familiar, uno de ellos es el Test de percepción de la funcionalidad familiar denominado FFSIL. Este instrumento confeccionado permite diagnosticar el funcionamiento familiar (dinámica relacional sistémica que se da entre los miembros de una familia), a través de la percepción de uno de los miembros. Se parte del principio de que es sencillo, de bajo costo, de fácil comprensión para cualquier nivel de escolaridad y que puede ser aplicado por cualquier tipo de personal (médico de familia, enfermera, trabajadora social, etcétera)(González et al., 1997).

Éste instrumento permite la evaluación de la funcionalidad familiar a través de las categorías: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad. Constituye una prueba de alta confiabilidad por su estabilidad y coherencia interna, con alta validez de contenido, de criterio y de construcción (González et al., 1997).

La evaluación de la funcionalidad familiar permite determinar si una familia es funcional o disfuncional:

4.2.3.3. Familia Funcional

Son familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que son funcionales, son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida, por ninguno de los miembros; y donde todos laboran, trabajan y contribuyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo (Land, 2008).

La familia que es funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis, que mantiene unidos a sus miembros a pesar de las crisis que se presenten, permitiendo que se progrese para que se puedan resolver con el fin de lograr un desarrollo en todo el sistema familiar y que cada miembro alcance un mayor grado de madurez. Estas familias se caracterizan porque los roles de cada miembro están establecidos y son cumplidos, todos trabajan en equipo con el propósito de alcanzar bienestar por igual sin ninguna distinción haciéndolo con entusiasmo y amor (Paladines & Quinde, 2010).

4.2.3.4. Familia disfuncional

Es aquella que no tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Algunos autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas (Herrera, 1997).

4.3. DEPRESIÓN Y ADOLESCENCIA

4.3.2. Depresión

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la depresión se define como un trastorno del estado de ánimo en el que predomina el humor disfórico, con presencia de síntomas físicos, afectivos y emocionales como insomnio, falta de concentración, irritabilidad y pérdida de interés o insatisfacción en todas o en casi todas las actividades (Brevario, 2002).

4.3.3. Adolescencia

Es el periodo de transición entre la niñez y la etapa adulta que fluctúa entre los 12 y 17 años de edad (en el Ecuador desde los 10 a 19 años de edad). En esta etapa, varones y mujeres, atraviesan cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que tendrán trascendencia en su adaptación psicológica y social como adulto (Arenas & Vásquez, 2009).

4.3.4. Depresión en la adolescencia

La depresión constituye un problema común en la salud mental de los adolescentes en el mundo (Thapar et al, 2012). Además, es un importante factor de riesgo para el suicidio, constituye la segunda o tercera causa de muerte en este grupo de edad (Windfuhr et al., 2008).

La enfermedad depresiva durante la adolescencia, con frecuencia no recibe la atención debida. Los adolescentes deprimidos no reciben atención de los padres; además, no buscan ayuda en ellos y evitan consultar a un profesional de la salud. Cuando recurren a la atención médica, lo hacen con quejas primariamente somáticas (Salinas et al., 2013).

4.3.5. Factores protectores y de riesgo para depresión

Dentro de la familia, se pueden evidenciar tanto factores de riesgo como de protección hacia el adolescente, los factores de riesgo hacen referencia a las características internas y/o externas del individuo, que aumentan la probabilidad o predisposición de que se produzca un determinado fenómeno (Clayton, 1992).

4.3.5.3. Factores protectores

Almudena cita a Cava et al, quienes refieren que entre los factores protectores se destacan: buenas amistades, estatus en el grupo de iguales, actitud de respeto a la autoridad y de rechazo hacia el consumo, adecuada comunicación familiar, elevada autoestima social y elevada autoestima familiar (Almudena, 2009).

4.3.5.4. Factores de riesgo

Los factores considerados de riesgo para el apareamiento de depresión en los adolescentes incluyen:

1. Factores familiares: se incluyen antecedentes de depresión en alguno de los padres, alcoholismo familiar, la disfuncionalidad familiar y la violencia. Dentro de la disfuncionalidad familiar, las familias extendidas son las más disfuncionales, por ende se considera a este tipo de familia como un factor de riesgo (González, Macuyama, & Silva, 2013).
2. Factores del entorno: conflictos interpersonales, malas relaciones sociales, bajos ingresos económicos (González et al., 2013) y vivir en zonas urbanas (Kaltiala-Heino et al., 2001).
3. Factores individuales: que abarcan: la mala adaptación en la escuela, trabajo o con la pareja, el bullying, el acoso, el consumo de drogas, la dieta, el sobrepeso y obesidad (Voorhees et al., 2008) (España, 2009) (Elizabeth et al., 2014).

4.3.6. Sintomatología depresiva en la adolescencia

La depresión es un síndrome en el que interactúan diversas modalidades, entre ellas: somática, afectiva, conductual y cognitiva (Almudena, 2009), 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 (OMS,2014).

La sintomatología difiere a la de los adultos y es más destructiva. La mayoría de los especialistas describen los síntomas de la depresión propios de los adolescentes en: aumento o descenso de peso, hipo o hiperinsomnia, disminución en el rendimiento académico, problemas de atención y dificultad de concentración, anergia, agitación motora o enlentecimiento, ausencia de motivación, estado de ánimo deprimido y baja autoestima, evitación de actividades lúdicas, interacción social y familiar disminuidas, deseo continuo de estar solo y no ser molestado, pensamientos recurrentes de muerte y actividades autodestructivas (Almudena, 2009).

4.4. FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN

4.4.1. La disfunción familiar como factor de riesgo para depresión

Vargas Murga cita a López - Jiménez et al., en cuyo estudio afirman que cuando el funcionamiento familiar se altera por situaciones emergentes o por la presencia de un miembro identificado con el padecimiento, se requiere que el sistema familiar sea asistido y capacitado para afrontar los requerimientos en el ámbito individual, familiar y social (Vargas Murga, 2014).

La influencia de la desestructuración familiar es evidente en la génesis de las enfermedades psiquiátricas durante la adolescencia, específicamente, de las diferentes formas de depresión (Zuluaga, Lemos, & Torres, 2012a). El proceso de ruptura conyugal es el motivo más frecuente de separación de los hijos de sus respectivos padres, lo cual provoca cambios fundamentales en los ámbitos familiar, social y psíquico, que afectan así la percepción que el adolescente tiene del mundo circundante y generan crisis psicológicas y emocionales en ellos; evidentes tanto desde una perspectiva funcional familiar como estructural, pues, existen familias que desde el punto de vista de su estructura se consideran nucleares, pero en la interacción de sus miembros son claramente disfuncionales, lo cual influye naturalmente en los mecanismos etio-patogénicos de los trastornos psíquicos en los adolescentes (Gibb, Beevers, Andover, & Holleran, 2006).

4.4.2. Trastornos en las categorías de la función familiar como factores de riesgo para depresión

Entre los principales aspectos de la funcionalidad familiar que han sido identificados como factores de riesgo para el apareamiento de depresión destacan: la presencia de problemas de comunicación entre padres e hijos (discusiones, conversaciones violentas) y una menor cohesión (Estevez, E., Musitu, G. y Herrero, 2005) (Kashani, Burbach, & Rosenberg, 1988) (Galicia et al, 2009) (Zúñiga et al, 2009), la percepción de los adolescentes acerca de que en su familia existe un alto nivel de conflictividad, hostilidad y rechazo, un escaso o excesivo control conductual

por parte de los padres (Villatoro, J., Andrade, P., Fleiz, C., Medina-Mora, M., Reyes, I. y Rivera, 1997) (Thapar et al, 2012), así como una baja experimentación de afecto y cercanía (Pardo, G., Sandoval, A. y Umbarita, 2004). La presencia de estos factores inciden de manera negativa en los ámbitos emocional y cognitivo de los adolescentes, provocando que sean más propensos a sufrir un trastorno depresivo (Kraaij, V., Garnefski, N., Wilde, E. y Dijkstra, 2003).

4.4.3. Complicaciones y morbilidad de la depresión en la adolescencia.

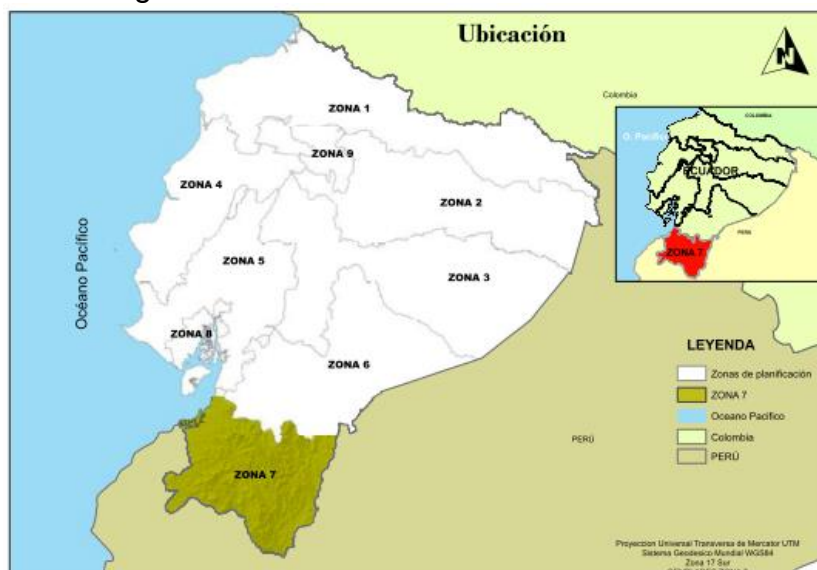
La depresión es una entidad infra diagnosticada, que acarrea un mayor número de complicaciones y comorbilidades, así como aumento del riesgo de cronicidad o de la aparición de enfermedades psiquiátricas en la edad adulta (Sebastián & Estopiñan, 2012), en particular, los trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias y el trastorno bipolar, así como la conducta suicida, desempleo, y problemas físicos. Por lo tanto, un episodio de depresión en la adolescencia a menudo anuncia una enfermedad crónica o recurrente, y prevé una amplia gama de problemas psicosociales y mala salud (Thapar et al, 2012) (Anita Thapar, Stephan Collishaw, Daniel S Pine, 2012).

4.5. INFORMACIÓN RELEVANTE SOBRE EL CONTEXTO SOBRE DONDE SE DESARROLLÓ LA INVESTIGACIÓN

4.5.1. Ubicación de la zona de influencia e intervención del proyecto.

La Zona 7 se ubica entre las coordenadas 3°30' y 5°0' de latitud sur y 78°20' y 80°30' de longitud oeste; limita al norte con las zonas 5 y 6, al Sur y Oriente con Perú, al Occidente con Perú y el Océano Pacífico (SENPLADES, 2015).

Figura 1. Ubicación en el Territorio Nacional



Fuente: Instituto Geográfico Militar, INEC, MAE.
Elaboración: SENPLADES, Zona 7.

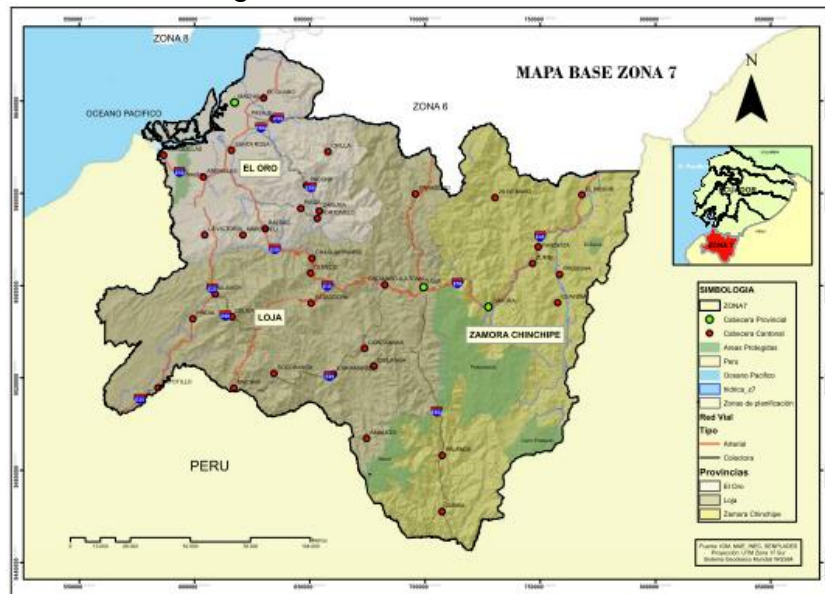
4.5.2. Superficie

Posee una superficie de 27491,9 km² que representa el 11% del territorio ecuatoriano, distribuido en tres provincias El Oro (5866,6 Km²), Loja (11 065 Km²) y Zamora Chinchipe (10 559,7 km²).

4.5.3. División política

La división política administrativa de la zona, comprende tres Provincias: el Oro, con 14 cantones y 49 parroquias; Loja, con 16 cantones y 78 parroquias; y Zamora Chinchipe, con 9 cantones y 28 parroquias.(SENPLADES, 2015).

Figura 2. Zona de Planificación 7.



Fuente: Instituto Geográfico Militar, INEC, SENPLADES.
Elaboración: SENPLADES, Zona 7.

4.5.4. Unidades de Planificación

De acuerdo al Registro Oficial No.290, del 28 de mayo de 2012, para la gestión de las entidades y organismos que conforman la Función Ejecutiva, es establece que se conformarán 19 Distritos (6 en El Oro, 9 en Loja y 4 en Zamora Chinchipe) y 164 circuitos (66 en El Oro, 72 en Loja y 26 en Zamora Chinchipe).

Figura 3: Distritos y circuitos de la Zona 7.



Fuente: Instituto Geográfico Militar, INEC, SENPLADES.
Elaboración: SENPLADES, Zona 7.

Tabla 1. Distritos administrativos por provincia Zona 7

Provincia	Distrito	Cantón(es)	Nro. de circuitos
El Oro	07D01	Chilla, El Guabo, Pasaje	15
	07D02	Machala	21
	07D03	Atahualpa, Portovelo, Zaruma	9
	07D04	Balsas, Marcabelí, Piñas	6
	07D05	Arenillas, Huaquillas, Las Lajas	8
	07D06	Santa Rosa	7
Loja	11D01	Loja	22
	11D02	Catamayo, Chaguarpamba, Olmedo	9
	11D03	Paltas	5
	11D04	Celica, Puyango, Pindal	7
	11D05	Espíndola	3
	11D06	Calvas, Gonzanamá, Quilanga	9
	11D07	Macará, Sozoranga	5
	11D08	Saraguro	6
	11D09	Zapotillo	6
Zamora Chinchipe	19D01	Zamora, Yacuambi	9
	19D02	Nangaritza, Centinela del Cóndor, Paquisha	6
	19D03	Chinchipe, Palanda	7
	19D04	Yantzaza, El Pangui	4
Total		19 Distritos	164 Circuitos

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2010.
Elaboración: SENPLADES Zona 7.

4.5.5. Aspectos socioeconómicos de la zona 7.

4.5.5.1. Población

Según el Censo de 2010, la zona 7 tiene una población de 1'141.001 habitantes, que corresponde al 7,9 % del total nacional; 65,7% es urbana y 34,3% es rural. El Oro aglutina el 52,6 % del total zonal; seguida de Loja con 39,4% y Zamora Chinchipe con 8,0%. La población masculina representa el 50,2% y la femenina 49,8 %.

Tabla 2. Población por área geográfica

Área	El Oro		Loja		Zamora Chinchipe		Total	
	Población	%	Población	%	Población	%	Población	%
Urbana	464 629,0	77,4	249 171,0	55,5	36 163,0	39,6	749 963,0	65,7
Rural	136 030,0	22,6	199 795,0	44,5	55 213,0	60,4	391 038,0	34,3
Subtotal	600 659,0	100,0	448 966,0	100,0	91 376,0	100,0	1 141 001,0	100,0

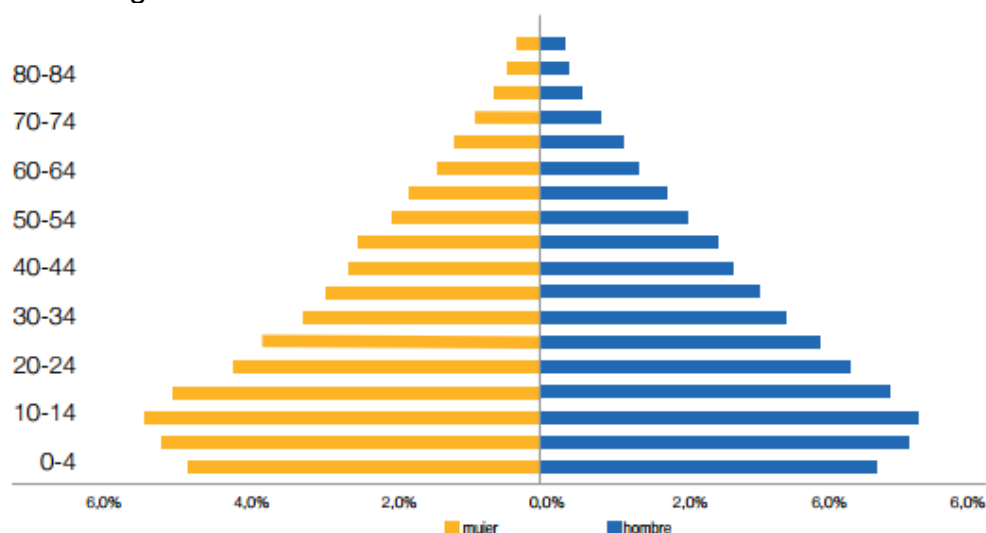
Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2010.
Elaboración: SENPLADES Zona 7.

Tabla 3. Población según sexo por provincia.

Sexo	El Oro		Loja		Zamora Chinchipe		Total	
	Población	%	Población	%	Población	%	Población	%
Hombres	304 362	50,7	220 794	49,2	47 452	51,9	572 608	50,2
Mujeres	296 297	49,3	228 172	50,8	43 924	48,1	568 393	49,8
Subtotal	600 659	100,0	448 966	100,0	91 376	100,0	1 141 001,0	100,0

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2010.
Elaboración: SENPLADES Zona 7.

Figura 4. Pirámide Poblacional de la Zona 7

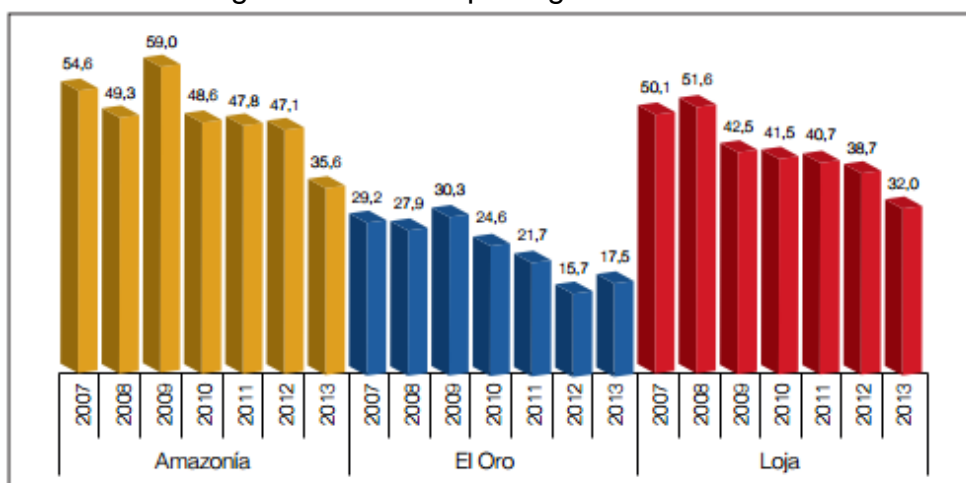


Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2010.
Elaboración: SENPLADES Zona 7.

4.5.5.2. Pobreza

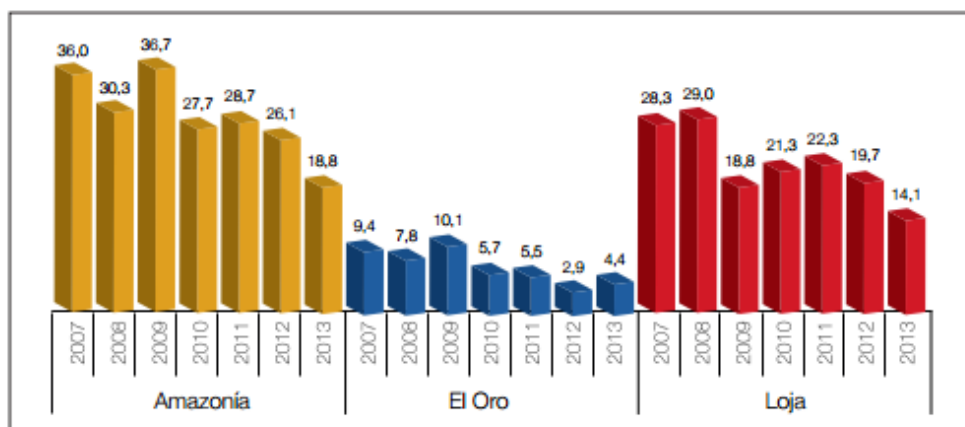
Desde el 2007 se han logrado avances significativos en materia de desarrollo social y económico en la Zona 7. Entre ellos se pueden destacar: la disminución sostenida de la pobreza y extrema pobreza por ingresos, la reducción de la desigualdad, los avances en cobertura educativa y las mejoras en la asistencia sanitaria. La pobreza y extrema pobreza por ingresos disminuyeron, en El Oro, 14,90 puntos porcentuales (pp) y 8,30 pp respectivamente; en Loja, 19,70 y 14,10; y en Zamora Chinchipe, 10,10 y 0,09 pp respectivamente (SENPLADES, 2015).

Figura 5. Pobreza por ingresos



Fuente: SENPLADES, Atlas de las desigualdades socioeconómicas del Ecuador, 2013. Elaboración: SENPLADES, Zona 7

Figura 6. Extrema pobreza por ingresos



Fuente: SENPLADES, Atlas de las desigualdades socioeconómicas del Ecuador, 2013. Elaboración: SENPLADES, Zona 7

La desigualdad expresada por la relación entre el 10% más rico y el 10% más pobre, bajó aproximadamente 40 pp en Zamora Chinchipe, más de 20 pp en Loja y más de 2 pp en El Oro.

Es necesario mencionar que aún prevalecen carencias estructurales, la problemática más apremiante se expresa en las condiciones de pobreza en que viven parte importante de habitantes, esto conlleva a la negación de sus derechos ciudadanos e impide el acceso y disfrute de servicios básicos y sociales. Por ende,

de El Oro y 10.157 en la provincia de Zamora Chinchipe, siendo el total de la Zona 7 de 115.961 adolescentes de las edades antes mencionadas, lo cual corresponde al 8,16% de adolescentes del Ecuador (INEC, 2010).

La población de adolescentes pertenecientes al primero, segundo y tercer año de bachillerato, matriculados en las unidades educativas de la Zona 7 en el año 2016 asciende a 66.856 adolescentes, que corresponde al 4,7% del total de la población de adolescentes del país (Educación, 2015).

4.5.5.4. Infraestructura Educativa

En cuanto a la prestación de servicios sociales – la educación es un factor determinante para alcanzar el Buen vivir en el Territorio –, al analizar los principales indicadores, se registra lo siguiente: para el año 2010, la escolaridad en personas mayores de 24 años de edad fue de 10,10 años; registrando índices más bajos en la provincia de Zamora Chinchipe 9,50 años. La población indígena tiene los mayores porcentajes de analfabetismo, especialmente en las mujeres. De otro lado, se registró un porcentaje del 31,60% de estudiantes que utilizaron internet, cifra que es inferior al nacional del 34,10%.

En la zona de estudio, la mayor concentración de infraestructura educativa se encuentra en la provincia de Loja con el 51,94%; seguida por la provincia de El Oro con el 30,94%; y, la provincia de Zamora Chinchipe con el 17,11%. De los 2.574 establecimientos, el 87% son de educación básica (incluyendo nivel inicial) luego bachillerato con 12,85%. Una distribución más adecuada se está impulsando con la desconcentración en distritos y circuitos en todo el territorio nacional.

Tabla 4. Establecimientos de educación (primero y segundo niveles).

Provincias	Bachillerato	%	Educación Básica	%	Educación Artística	%	Unidades educativas del milenio	%
Loja	173	46,3	1 360	52,8	1	33,3	2	33,3
El Oro	140	37,4	772	30,0	1	33,3	2	33,3
Zamora Chinchipe	61	16,3	442	17,2	1	33,3	2	33,3
TOTAL	374	100	2 574	100	3	100	6	100

Fuente: Ministerio de Educación, 2013.

Elaboración: SENPLADES, Zona7.

5. Materiales y métodos

5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio forma parte del macroproyecto de investigación denominado “**Problemática de salud de los adolescentes de bachillerato de la Zona 7 del Ecuador 2016**”, integrado por 12 estudiantes del Programa de Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Nacional de Loja, explorando diferentes aspectos de la problemática de los adolescentes, a través de la aplicación de encuestas y mediciones antropométricas dirigidas a los adolescentes de bachillerato de las provincias de Loja, El Oro y Zamora Chinchipe.

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, cuantitativo no experimental (debido a que se observaron los fenómenos tal como se dieron en su contexto natural, y posteriormente se los analizó) y de diseño transversal de causalidad (pues describe las relaciones entre la funcionalidad familiar y la depresión en un momento determinado) (Hernández Sampieri, 2010).

5.2. UNIDAD DE ESTUDIO

El estudio se realizó en la Zona de Planificación 7, ubicada entre las coordenadas 03°30' y 05°00' de latitud sur y 78°20' y 80°30' de longitud oeste; limita al norte con las zonas 5 y 6, al sur y oriente con la República del Perú, al occidente de igual forma con la República del Perú y el Océano Pacífico. Según la división política administrativa de la zona, esta comprende tres provincias: El Oro, con 14 cantones y 49 parroquias; Loja, con 16 cantones y 78 parroquias; y, Zamora Chinchipe, con nueve cantones y 28 parroquias.

De acuerdo al Registro Oficial No. 290, del 28 de mayo de 2012, para la gestión de las entidades y organismos que conforman la Función Ejecutiva, se establece que se conformarán 19 distritos (seis en El Oro, nueve en Loja y cuatro en Zamora Chinchipe) y 164 circuitos (66 en El Oro, 72 en Loja y 26 en Zamora Chinchipe); niveles administrativos de planificación que se establecen para garantizar la distribución y provisión de bienes y servicios públicos de calidad y calidez para la ciudadanía, los cuales serán implementados en el territorio nacional por las diferentes carteras de Estado (Ministerios y Secretarías).

5.3. UNIVERSO

Está conformado por la población de adolescentes de bachillerato de las Provincias de El Oro; Loja y Zamora Chinchipe, según la Coordinación Zonal 7 de Educación se encuentran registrados en la base AMIE 66.856 estudiantes de bachillerato de la siguiente forma:

El Oro:	34.018
Provincia de Loja:	25.246
Provincia de Zamora Chinchipe:	6.554
Total de Alumnos:	66.856

5.4. MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula de Pita Fernández, a partir del total de estudiantes de primero, segundo y tercer año de bachillerato de las tres provincias que integran la Zona 7 del Ecuador, así:

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

Donde:

n = Tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo

Z = Valor del nivel de confianza, nivel de confianza 95% → Z = 1,96

e = Límite aceptable de error muestral, e = 0,03 (3%)

p = Proporción que esperamos encontrar.

Valor aproximado del parámetro que queremos medir, p = 0,07 (7%)

Provincia de El Oro

$$N = \frac{34018 (1,96)^2 \cdot 0,07 \cdot (1-0,07)}{(34018-1) \cdot (0,03)^2 + (1,96)^2 \cdot 0,07 \cdot (1-0,07)} = 276 \text{ (valor ajustado a perdidas= 324)}$$

Provincia de Loja

$$n = \frac{25246 (1,96)^2 \cdot 0,07 \cdot (1-0,07)}{(25246-1) \cdot (0,03)^2 + (1,96)^2 \cdot 0,07 \cdot (1-0,07)} = 275 \text{ (valor ajustado a perdidas= 322)}$$

Provincia de Zamora Chinchipe

$$n = \frac{6554 (1,96)^2 \cdot 0,07 \cdot (1-0,07)}{(6554-1) \cdot (0,03)^2 + (1,96)^2 \cdot 0,07 \cdot (1-0,07)} = 267 \text{ (valor ajustado a perdidas= 314)}$$

Total de Muestra: **960 adolescentes**

Esta muestra calculada fue analizada mediante el software Gpower v. 3.1, confirmándose un poder y/o potencia estadística superior al 80%.

Durante el análisis estadístico se excluyó a 209 adolescentes como casos perdidos, de manera que la muestra final fue de 750 adolescentes, cuyo poder y/o potencia estadística se mantienen por encima del 80%. El análisis inferencial se realizó en base a los 419 casos diagnosticados con algún grado de depresión.

5.5. MUESTREO

Se realizó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple, se utilizó el sistema informático Microsoft Excel, el cual permitió seleccionar los colegios de cada una de las provincias involucradas en el estudio; además, fue posible por

conglomerados determinar el número de estudiantes de primero, segundo y tercer año de bachillerato hasta completar el total de la muestra por provincia establecido. El proceso se ejecutó de la siguiente forma:

Tomando como referencia la base AMIE del Ministerio de Educación, se seleccionó los establecimientos educativos que cumplan un requisito fundamental, esto es, tener bachillerato, luego se procedió a establecer los estratos por establecimientos, para lo cual se tomó en cuenta el número de estudiantes, índice de urbanidad, tipo de establecimiento (fiscal, particular y fisco misional), jornada de estudio (matutinos, vespertinos, nocturnos y a distancia; de tal forma que se logre una verdadera representatividad para cada uno de los grupos estudiados, con este proceso se determinó los establecimientos a visitar y el número de encuestas que aplicará a cada uno de ellos.

Tabla 5. Distribución de Colegios en la Provincia de Loja

PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	TOTAL BACHILLERATO	ESTRATOS	MUESTRA
LOJA	CALVAS	CARIAMANGA	INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR CARIAMANGA	209	ESTRATO 2	30
LOJA	CELICA	POZUL (SAN JUAN)	MAXIMILIANO RODRIGUEZ	122	ESTRATO 1	27
LOJA	LOJA	EL SAGRARIO	INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR BEATRIZ CUEVA DE AYORA	1038	ESTRATO 6	26
LOJA	LOJA	VALLE	UNIDAD EDUCATIVA A DISTANCIA DE LOJA EXT HNO ANGEL PASTRANA	554	ESTRATO 3	23
LOJA	LOJA	EL SAGRARIO	UNIDAD EDUCATIVA EXPERIMENTAL SUDAMERICANO	85	ESTRATO 1	27
LOJA	LOJA	EL SAGRARIO	UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL VICENTE ANDA AGUIRRE	926	ESTRATO 5	32
LOJA	LOJA	SAN SEBASTIAN	COLEGIO EXPERIMENTAL BERNARDO VALDIVIESO	1612	ESTRATO 9	19
LOJA	LOJA	VALLE	INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DANIEL ALVAREZ BURNEO	1546	ESTRATO 8	18
LOJA	LOJA	VILCABAMBA (VIC)	COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA	323	ESTRATO 2	30
LOJA	MACARA	GENERAL ELOY ALF	MACARA	625	ESTRATO 4	14
LOJA	SARAGURO	SARAGURO	CELINA VIVAR ESPINOSA ITS	424	ESTRATO 3	24
LOJA	LOJA	SAN LUCAS	UNIDAD EDUCATIVA A DISTANCIA DE LOJA EXT MONS LEONIDAS PROA	35	ESTRATO 1	25
LOJA	LOJA	SUCRE	COLEGIO DR. ANTONIO PEÑA CELI	86	ESTRATO 1	27
TOTAL				7585		322

Fuente: Base AMIE. Ministerio de Educación, 2016.

Elaboración: Md. Mario Alberto Ordóñez

Tabla 6. Distribución de Colegios en la Provincia de El Oro

PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	TOTAL BACHILLERATO	ESTRATOS	ENCUESTAS
EL ORO	ZARUMA	ZARUMA	26 DE NOVIEMBRE	547	ESTRATO 3	21
EL ORO	MACHALA	LA PROVIDENCIA	SAGRADO CORAZON DE JESUS	21	ESTRATO 1	23
EL ORO	SANTA ROSA	SANTA ROSA	SANTA ROSA	502	ESTRATO 3	22
EL ORO	ARENILLAS	ARENILLAS	ARENILLAS	657	ESTRATO 4	27
EL ORO	EL GUABO	EL GUABO	DR JOSE MARIA VELASCO IBARRA	602	ESTRATO 4	50
EL ORO	PASAJE	OCHOA LEON (MATRIZ)	CARMEN MORA DE ENCALADA	984	ESTRATO 5	30
EL ORO	PASAJE	OCHOA LEON (MATRIZ)	EDUARDO PAZMIÑO BARCIONA	240	ESTRATO 2	21
EL ORO	MACHALA	MACHALA	JUAN HENRIQUEZ COELLO	292	ESTRATO 2	21
EL ORO	PASAJE	CASACAY	FRANCISCO OCHOA ORTIZ	40	ESTRATO 1	23
EL ORO	MACHALA	MACHALA	ISMAEL PEREZ PAZMIÑO	1231	ESTRATO 7	12
EL ORO	MACHALA	MACHALA	9 DE OCTUBRE	2342	ESTRATO 12	22
EL ORO	MACHALA	MACHALA	9 DE MAYO	1023	ESTRATO 6	22
EL ORO	MACHALA	LA PROVIDENCIA	JUAN MONTALVO	869	ESTRATO 5	30
TOTAL				9350		324

Fuente: Base AMIE. Ministerio de Educación, 2016.

Elaboración: Md. Mario Alberto Ordóñez

Tabla 7. Distribución de Colegios en la Provincia de Zamora

PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	TOTAL BACHILLERAT ^c	ESTRATOS	MUESTRA ^a
ZAMORA CHINCHIPE	EL PANGUI	EL PANGUI	UNIDAD EDUC EXPERIMENTAL A DISTANCIA ZAMORA CH EXT PANGUI	171	ESTRATO 2	22
ZAMORA CHINCHIPE	YANTZAZA	YANTZAZA	INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR PRIMERO DE MAYO	711	ESTRATO 5	34
ZAMORA CHINCHIPE	YANTZAZA	YANTZAZA	JUAN XXIII	261	ESTRATO 2	22
ZAMORA CHINCHIPE	YANTZAZA	YANTZAZA	MARTHA BUCARAM DE ROLDOS	343	ESTRATO 3	24
ZAMORA CHINCHIPE	CENTINELA DEL C	ZUMBI	UNIDAD EDUC EXPERIMENTAL A DISTANCIA ZAMORA CH EXTEN SAN ISIDR	27	ESTRATO 1	27
ZAMORA CHINCHIPE	CHINCHIPE	ZUMBA	UNIDAD EDUC EXPERIMENTAL A DISTANCIA ZAMORA CH EXT GUARIMIZAL	30	ESTRATO 1	27
ZAMORA CHINCHIPE	CHINCHIPE	ZUMBA	TÉCNICO INDUSTRIAL ZUMBA	228	ESTRATO 2	23
ZAMORA CHINCHIPE	PALANDA	PALANDA	UNIDAD EDUC EXPERIMENTAL A DISTANCIA ZAMORA CH EXT FATIMA	5	ESTRATO 1	27
ZAMORA CHINCHIPE	PAQUISHA	PAQUISHA	UNIDAD EDUC EXPERIMENTAL A DISTANCIA ESXT NUEVO QUITO	17	ESTRATO 1	27
ZAMORA CHINCHIPE	ZAMORA	ZAMORA	12 DE FEBRERO	686	ESTRATO 5	33
ZAMORA CHINCHIPE	ZAMORA	ZAMORA	INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR SAN FRANCISCO	369	ESTRATO 3	25
ZAMORA CHINCHIPE	ZAMORA	ZAMORA	MADRE BERNARDA	177	ESTRATO 2	23
TOTAL				3025		314

Fuente: Base AMIE. Ministerio de Educación, 2016.

Elaboración: Md. Mario Alberto Ordóñez

5.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes que asistieron al primero, segundo y tercer año de bachillerato de los colegios de las provincias de El Oro, Loja y Zamora Chinchipe, que expresaron su deseo de participar en el estudio a través del asentimiento informado (Anexo 4), y posterior autorización de sus padres o representantes legales a través del consentimiento informado (Anexo 5).

5.7. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudiantes de 20 años y más que al momento de realizar el estudio asistieron al bachillerato, considerados por su edad, según la Organización Mundial de la Salud, como adultos jóvenes.
- Adolescentes de primero, segundo y tercer año de bachillerato con algún grado de discapacidad o enfermedad mental.

5.8. TÉCNICAS

Se aplicó a los adolescentes una encuesta anónima que incluyó: la información demográfica, la encuesta de estratificación del nivel socioeconómico del INEC, el Test de Percepción de la Funcionalidad Familiar (FFSIL) y la Escala de depresión de Hamilton. El diseño general de los instrumentos se detalla a continuación:

5.8.1. Datos Generales

Los datos sociodemográficos fueron tomados mediante aplicación de la encuesta auto llenada por identificación propia, más el llenado de la encuesta socioeconómica del INEC 2010.

5.8.2. Edad

Restringido al grupo de edad del estudio.

5.8.3. Sexo

Ambos sexos, el porcentaje en cada uno de los sexos se escogió según el análisis de la muestra.

5.8.4. Institución

Restringido al grupo de instituciones que fueron escogidas.

5.8.5. Área geográfica

Se toma en cuenta las provincias de Loja, Zamora y El Oro.

5.8.6. Año Escolar

Año que estuvo cursando el adolescente de bachillerato.

5.8.7. Tipología familiar

Se toma en cuenta el número de integrantes y tipo de familia por su ontogénesis.

5.8.8. Nivel socioeconómico

Se compiló la información correspondiente de acuerdo a la encuesta socioeconómica establecida a nivel nacional (Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos del Ecuador, 2011).

5.9. INSTRUMENTOS

5.9.1. Test de Percepción de la Funcionalidad Familiar (FFSIL) (Anexo 1)

La aplicación de este instrumento, permitió diagnosticar el funcionamiento familiar, a través de la percepción de uno de los miembros; parte del principio, es sencillo, de bajo costo y de fácil comprensión para cualquier escolaridad y que pueda ser aplicado por cualquier tipo de persona. Toma en cuenta 7 categorías: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad; que permiten identificar a las familias como familias funcionales, moderadamente funcionales, disfuncionales y severamente disfuncionales (González, De, & Freiiome, 1990).

Confiabilidad. La media del coeficiente de confiabilidad o de correlación r de Pearson fue de 0,42, existe relación positiva pero no es perfecta (Nuñez, 2015).

Validez. La medida de la fiabilidad y validez se la realizó mediante el cálculo del Alfa de Cronbach con uso del software SPSS, el cual tiene un valor de 0,91 a 0,94, excelente aceptable. Este resultado reflejaría la validez del instrumento ya que se encuentra dentro de los valores aceptables. El instrumento fue validado y

permitirá valorar a las familias de manera integral en su estructura y funcionalidad (Nuñez, 2015).

5.9.2. Escala de depresión de Hamilton (Anexo 2). Escala hetero aplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión. Los ítems de este instrumento incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento. Se valora si el adolescente al momento de realizar la encuesta se encuentra: no deprimido, con depresión ligera o menor, depresión moderada, depresión severa o depresión muy severa (I. N. de Salud, 2000).

Confiabilidad. La confiabilidad del test usando la Guía de Entrevista Estructurada ha sido notificado con una r de Pearson de 0,81 (Bech, 2010).

Validez: Se ha reportado que su validez va de 0.65 a 0,90 con medidas generales de severidad de la depresión, y para ser altamente correlacionados con puntuaciones clínicas medidas como MADRS y IDS-C (Bech, 2010).

5.9.3. Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico del Instituto nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (Anexo 3)

La encuesta fue desarrollada y validada por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), entre las características a tomar en consideración se tiene: características de la vivienda (puntaje de 236 puntos), educación (171 puntos), características económicas (170 puntos), bienes (163 puntos), TIC's (161 puntos) y hábitos de consumo (99 puntos) (Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos del Ecuador, 2011b).

5.10. Procedimiento

5.10.1. Fase piloto del estudio

Se realizó una prueba piloto dirigida a 75 estudiantes de ambos sexos de los primeros, segundos y terceros años de bachillerato del Colegio "27 de Febrero" de la ciudad de Loja, elegidos de forma aleatoria simple, a quienes se les aplicó la encuesta, previa autorización del Rector del colegio. Los datos obtenidos fueron sistematizados e ingresados en las hojas de cálculo del programa Microsoft Excel y luego ingresados o copiados en el programa SPSS. Se realizó un análisis factorial a través del alpha de Cronbach, obteniéndose un valor de 7.80, que corresponde a una fiabilidad aceptable.

5.10.2. Aplicación del Test

Se solicitó el permiso correspondiente a la Coordinación Zonal 7 de Educación, una vez afirmativa la solicitud se aplicó el test en las Unidades Educativas Fiscales de bachillerato, y a los Rectores y Rectoras de las Unidades

Educativas Particulares, con quienes se coordinó la fecha y hora para la selección de los estudiantes y la aplicación del Test. Posteriormente se aplicó el test validado según el cronograma y la distribución de la muestra por cada provincia, cantón y parroquia seleccionada aleatoriamente.

5.10.3. Control de Calidad

Los datos obtenidos se ingresaron progresivamente en el Microsoft Excel a la par como se iba recopilando la información, proceso realizado en el lapso de 1 mes; y, al finalizar el mismo se realizó el control de calidad de los datos y el libro de códigos. Se entregó la base de datos al asesor metodológico para un segundo control de calidad.

5.11. Equipo y materiales

Tabla 8. Equipos y materiales utilizados en el proceso investigativo

Recurso	Tipo	Etiqueta del material	Valor
Computadora	Equipo	Dell Core i5	2000
Impresora	Equipo	Epson tinta	250
Calculadora	Material	Casio	50
Balanza de precisión	Equipo	SECA	250
Tallímetro	Equipo	SECA	50
Papel	Material	Bond A4	50
CD	Material	Samsung	3,5
Flash Memory	Material	Kingston	8
Lapiceros	Material	Bic	0,35
Lápiz	Material	Mongol	0,35
Borrador	Material	Pelikan	3
Marcador 1	Material	Permanente	1
Marcador 2	Material	Borrable	1
Fotocopias	Material	SN	0,02
Impresión	Material	SN	0,05
Anillados	Material	SN	4
Encuadernación	Material	SN	12
Movilización	Costo		
Viáticos	Trabajo		10/hora
Cámara digital	Material	Samsung	350
Tablero	Material	Madera	5
Grapadora	Material	BIC	10
Grapas	Material		1
Clips	Material		1
Sacapuntas	Material		1
Sobre Manila	Material		1
Digitadores	Trabajo		1/hora
Foliador	Material		10
Refrigerio	Trabajo		2/hora
Internet	Costo		

Fuente: Investigación directa 2016. Base de datos del proyecto “Funcionalidad familiar y su relación con la depresión en adolescentes del bachillerato de la zona 7 del Ecuador”.

Elaboración: Md. Mario Alberto Ordóñez

5.12. Análisis de datos

Los datos fueron ingresados al programa Microsoft Excel, posterior a ello se exportaron al software estadístico SPSS versión 16, a través del cual se hizo el análisis estadístico utilizando la razón de prevalencia con un intervalo de confianza del 95%, para los estadísticos de frecuencia, prueba de Chi cuadrado y valor de p para establecer la significancia estadística, la V de Crammer para establecer la magnitud del efecto y/o la fuerza de la dependencia, y el Odds Ratio (OR), este último proceso fue donde se estableció si las variables dependiente e intervinientes eran factores de riesgo, protectores o son indiferentes. La prevalencia fue determinada a través de la siguiente fórmula:

$$Prevalencia\ puntual = \frac{Ct}{Nt}$$

Donde:

Ct = número de casos existentes (prevalentes) en un momento o edad determinados.

Nt = número total de individuos en la población en ese momento o edad determinados.

5.13. Aspectos éticos

El investigador declara no tener conflictos de interés que hayan afectado la realización de la presente investigación.

Una parte importante en la presente investigación fue el solicitar el consentimiento informado a cada estudiante, dejando en claro que pudieron retirarse del mismo en cualquier momento que lo vieron conveniente, de igual forma se recalca que los datos aportados por ellos tienen la más absoluta confidencialidad. Así también, se procedió a solicitar el permiso correspondiente a la Zonal 07 de Educación. Mismo procedimiento se llevó a cabo en cada uno de los planteles educativos.

6. Resultados

6.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS ADOLESCENTES INVESTIGADOS

Cuadro 1. Sexo del adolescente

Sexo	Frecuencia	Población Total	Prevalencia	IC al 95%	
				LC inferior	LC Superior
Hombre	147	494	29,8	25,9	33,9
Mujer	272	465	58,5	54,0	62,9
Total	419	959	43,7	40,6	46,8

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

La mayor prevalencia de depresión en los adolescentes de bachillerato, según el sexo, se encuentra en las mujeres, de igual forma, en el cuadro 1 se puede observar que los límites de confianza inferior y superior no se entrecruzan o se relacionan, por lo tanto, existe diferencia estadísticamente significativa al 95% de probabilidades entre mujeres y hombres, de ello se concluye que tanto hombres como mujeres se encuentran propensos a adquirir la enfermedad.

Cuadro 2. Provincia de residencia

Provincia	Frecuencia	Población Total	Prevalencia	IC al 95%	
				LC inferior	LC Superior
Loja	104	321	32,4	27,5	37,7
Zamora Chinchipe	172	315	54,6	49,1	60,0
El Oro	143	323	44,3	39,0	49,7
Total	419	959	43,7	40,6	46,8

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

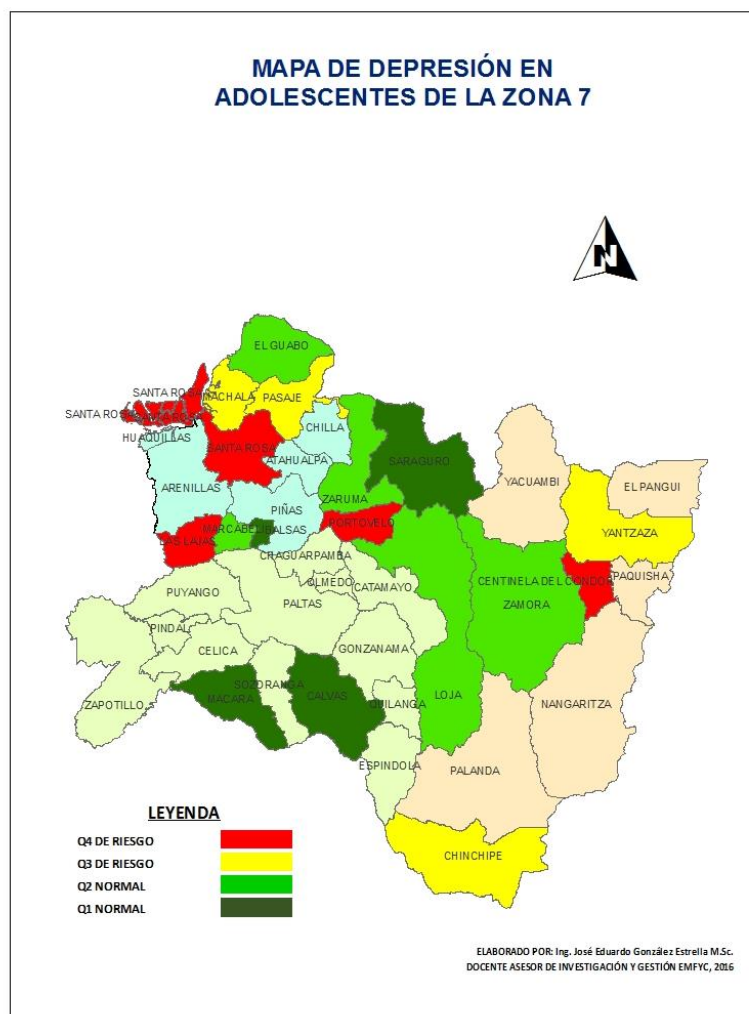
En cuanto a la provincia de residencia, la prevalencia de depresión es mayor en la provincia de Zamora Chinchipe en relación a las provincias de Loja y El Oro; así mismo, de acuerdo a los límites de confianza inferior y superior detallados en el cuadro 2, se puede observar que ninguna de las tres provincias tienen traslape en el intervalo, por lo tanto, existe diferencia estadísticamente significativa al 95% de confianza entre las provincias de residencia de los adolescentes de bachillerato de la zona 7. Es importante señalar que la depresión no depende del lugar de residencia.

Cuadro 3. Cuartiles de riesgo de depresión por cantón de residencia

Cantón	Frecuencia	Total de Estudiantes	Tasa específica / 1000 adolescentes	Cuartiles
Centinela del Cóndor	30	45	667	Q4
Las Lajas	1	1	1000	Q4
Portovelo	1	1	1000	Q4
Santa Rosa	1	1	1000	Q4
Chinchiipe	51	78	654	Q3
Machala	89	194	459	Q3
Pasaje	3	6	500	Q3
Yantzaza	45	86	523	Q3
El Guabo	15	35	429	Q2
Loja	65	180	361	Q2
Marcabelí	8	25	320	Q2
Zamora	46	106	434	Q2
Zaruma	23	53	434	Q2
Balsas	2	7	286	Q1
Calvas	6	27	222	Q1
Macara	26	87	299	Q1
Saraguro	7	24	292	Q1
Total:	1059	2330	438	

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles



Análisis e interpretación:

En referencia a los cuartiles de riesgo de depresión por cantón en la zona 7, los cantones Centinela del Cóndor, Las Lajas, Portovelo y Santa Rosa se encuentran en el cuartil Q4 de riesgo, correspondiente a la mayor tasa específica por cada mil adolescentes de bachillerato; los cantones Chinchipe, Machala, Pasaje y Yanzatza, se ubican en el cuartil Q3 de riesgo; los cantones El Guabo, Loja, Marcabelí, Zamora y Zaruma se pertenecen al cuartil Q2 normal, mientras que los cantones Balsas, Calvas, Macara y Saraguro pertenecen al cuartil Q1 normal que corresponde al de menor tasa de prevalencia por mil adolescentes. En el cuadro y mapa respectivo se puede identificar la ubicación de las zonas de acuerdo a la tasa específica y el cuartil de riesgo respectivo según los colores semáforo (ver cuadro 3).

Cuadro 4. Área de procedencia por parroquia

Parroquia de Residencia	Frecuencia	Población Total	Prevalencia	IC al 95%	
				LC inferior	LC Superior
Urbana	370	824	44,9	41,5	48,3
Rural	49	135	36,3	28,7	44,7
Total	419	959	43,7	40,6	46,8

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

En cuanto al lugar de procedencia, urbano y rural, la prevalencia de depresión en los adolescentes de bachillerato, en el área urbana es mayor (44.9%; IC al 95%, LCi 41.5 – LCs 48.3), en relación al área rural (36.3%; IC al 95% LCi 28.7 – LCs 44.7); así mismo, como se puede observar en los límites de confianza inferior y superior estos no se solapan entre sí, por lo tanto, existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a las parroquias urbanas y rurales (ver cuadro 4).

Cuadro 5. Familia según el número de integrantes

Familia por el Número	Frecuencia	Población Total	Prevalencia	IC al 95%	
				LC inferior	LC Superior
Pequeña	62	146	42,5	34,7	50,6
Mediana	279	627	44,5	40,7	48,4
Grande	78	186	41,9	35,1	49,1
Total	419	959	43,7	40,6	46,8

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

En cuanto a la familia según el número de integrantes, la prevalencia de depresión es mayor (44.5%; IC al 95% LCi 40.7 – LCs 48.4) en las familias medianas, mientras que, la prevalencia menor se halla en las familias grandes (41.9%; IC al 95% LCi 35.1 – LCs 49.1); sin embargo, en lo que se refiere a las familias pequeñas es mínima la diferencia en relación a la ya mencionada (42.5%;

IC al 95% LCi 34.7 – LCs 50.6), se puede observar en el intervalo de confianza al 95%, que los límites inferior y superior no se trasponen o se entrecruzan, lo cual es un indicativo que existe diferencia estadística significativa. Se concluye que el tamaño de la familia no influye en la prevalencia de depresión a un nivel de confianza del 95%.

Cuadro 6. Familia por la ontogénesis

Familia por Ontogénesis	Frecuencia	Población Total	Prevalencia	IC al 95%	
				LC inferior	LC Superior
Nuclear	306	694	44,1	40,4	47,8
Extensa	91	219	41,6	35,2	48,2
Ampliada	22	46	47,8	34,1	61,9
Total	419	959	43,7	40,6	46,8

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

En referencia a la prevalencia de depresión en la familia por su ontogénesis, en la familia ampliada es mayor (47.8%; IC al 95% LCi 34.1 – LCs 61.9), mientras que la menor prevalencia se encuentra en las familias extensas 41.6% (IC al 95% LCi 35.2 – LCs 48.2); en cuanto a las familias nucleares su prevalencia es del 44.1% (IC al 95%; LCi 40.4 – LCs 47.8) muy cercana a los extremos, del análisis entre las familias en estudio, se puede mencionar que no existe diferencia significativa entre ellas, sin embargo, se encuentra significación estadística entre las familias nucleares y extensas sobre las familias ampliadas. Se concluye por lo tanto, que en las familias nucleares y extensas se presenta una mayor frecuencia de depresión, a un nivel de confianza del 95% (ver cuadro 6).

Cuadro 7. Condiciones de vida

Condiciones de Vida	Frecuencia	Población Total	Prevalencia	IC al 95%	
				LC inferior	LC Superior
Condición de vida baja	191	463	41,3	36,9	45,8
Condición de vida alta	228	496	46,0	41,6	50,4
Total	419	959	43,7	40,6	46,8

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

De acuerdo a lo detallado en el cuadro 7, los adolescentes que viven en condiciones de vida alta presentan una mayor prevalencia de depresión (46.0%; IC al 95% LCi 41.6 – LCs 50.4), mientras que, en los adolescentes que viven en condiciones de vida baja su prevalencia es del 41.3% (IC al 95% LCi 36.9 – LCs 45.8), del análisis considerando los límites de confianza y al entrecruzarse o solaparse los mismos, se deduce que no existe diferencia significativa. Se concluye que las condiciones de vida de los adolescentes de bachillerato no influyen estadísticamente a un nivel del 95% de confianza, directamente en la prevalencia de depresión.

Cuadro 8. Grados de Depresión

	Frecuencia	Porcentaje (%)	IC al 95%	
			LC inferior	LC Superior
Depresión ligera	218	52,0	47,2	56,8
Depresión moderada	93	22,2	18,5	26,4
Depresión severa	47	11,2	8,5	14,6
Depresión muy severa	61	14,6	11,5	18,3
Total	419	100		

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

De los 419 adolescentes diagnosticados con depresión, el 52,0% de los adolescentes de bachillerato presenta depresión ligera (IC al 95% de 47.2 – 56.8), en comparación con el 22.2% de los adolescentes con depresión moderada (IC al 95% LCi 18.5 – LCs 26.4); el 14.6% depresión muy severa (IC al 95%; LCi 11.5 – LCs 18.3), y 11.2% depresión severa (IC al 95%; LCi 8.5 – LCs 14.6); al analizar el intervalo de confianza, se puede observar que los límites determinan la existencia de diferencia significativa entre la depresión ligera con los demás grados de depresión, siendo mayor en relación con la depresión severa. Se infiere por lo tanto que la depresión ligera se presenta con mayor frecuencia en los adolescentes de bachillerato a un nivel de confianza del 95%.

Cuadro 9. Funcionalidad Familiar en los adolescentes con depresión

Funcionalidad familiar	Frecuencia	Población Total	Prevalencia	IC al 95%	
				LC inferior	LC Superior
Severamente disfuncional	33	71,0	46,5	35,4	58,0
Disfuncional	127	227,0	55,9	49,4	62,3
Moderadamente funcional	187	424,0	44,1	39,5	48,9
Funcional	72	237,0	30,4	24,9	36,5
Total	419	959,0	43,7	40,6	46,8

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

En lo que corresponde a la prevalencia de depresión en los adolescentes de bachillerato de la zona 7, la mayor proporción se presenta en las familias disfuncionales (55.9%; IC al 95% LCi 49.4 – LCs 62.3), en comparación con las familias severamente disfuncionales (46.5%; IC al 95% LCi 35.4 – LCs 58.0), las familias moderadamente funcionales (44.1%; IC al 95% de 39.5 – 48.9), y las familias funcionales donde se encuentra la menor proporción de adolescentes con depresión (30.4%; IC al 95% LCi 24.9 – LCs 36.5); al analizar el intervalo de confianza al 95%, en cuanto a los límites inferior y superior se puede observar que no se superponen los intervalos de disfuncional y severamente disfuncional con los de las familias funcionales y moderadamente disfuncionales, estos resultados nos permiten manifestar que existe diferencia estadísticamente significativa para la

familia disfuncional y severamente disfuncional sobre las familias moderadamente funcionales y funcionales, a un nivel de confianza del 95%.

Cuadro 10. Cohesión

Cohesión	Frecuencia	Población Total	Prevalencia	IC al 95%	
				LC inferior	LC Superior
Baja	176	343	51,3	46,0	56,6
Alta	240	609	39,4	35,6	43,3
Total	416	952	43,7	40,6	46,9
Perdidos por el Sistema	3	7			
Total	419	959	43,7	40,6	46,8

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

En cuanto al análisis de las dimensiones de la funcionalidad familiar y la relación con la depresión, la prevalencia mayor prevalencia de depresión se encuentra en los adolescentes de bachillerato de familias con baja cohesión (51,3%; IC al 95 % LCi 46.0 – LCs 56.6) en relación con los adolescentes de bachillerato que viven en familias cuya cohesión es alta (39,4%; IC al 95% LCi 35.6 – LCs 43.3), se puede apreciar que existe diferencia estadísticamente significativa para una baja cohesión. Se concluye que los adolescentes de bachillerato que viven en familias con una baja cohesión tienen mayor prevalencia de depresión que los que tienen una alta cohesión a un nivel estadístico de confianza del 95%.

Cuadro 11. Armonía

Armonía	Frecuencia	Población Total	Prevalencia	IC al 95%	
				LC inferior	LC Superior
Baja	207	238	87,0	82,1	90,7
Alta	212	720	29,4	26,2	32,9
Total	419	958	43,7	40,6	46,9

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

La mayor prevalencia de depresión en los adolescentes de bachillerato es del 87.0% en los que viven en familias con una baja armonía (IC al 95% LCi 82.1 – LCs 90.7), en relación a los que viven en familias con una alta armonía, los cuales presentan una prevalencia del 29.4% en los adolescentes (IC al 95% LCi 26.2 – LCs 32.9), estos resultados nos permiten inferir que existe diferencia estadísticamente significativa para la baja armonía. Se concluye que los adolescentes que viven en familias con una baja armonía tienen mayor prevalencia de depresión que los que tienen una alta armonía, a un nivel de confianza del 95%.

Cuadro 12. Comunicación

Comunicación	Frecuencia	Población Total	Prevalencia	IC al 95%	
				LC inferior	LC Superior
Baja	229	445	51,5	46,8	56,1
Alta	182	488	40,6	36,2	45,2
Total	411	933	44,1	40,9	47,3
Perdidos por el Sistema	8	26			
Total	419	959	43,7	40,6	46,8

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

En cuanto a la dimensión comunicación, la mayor prevalencia de depresión se encuentra en los adolescentes de bachillerato que viven en familias con una baja comunicación (51.5%; IC al 95% LCi 46.8 – LCs 56,1), en relación con los adolescentes que viven en familias con una alta comunicación cuya proporción es menor (40,6%; IC al 95% LCi 36.2 – LCs 45.2); así mismo, existe diferencia estadísticamente significativa para una baja comunicación. Se concluye que los adolescentes que viven en familias con una baja comunicación tienen mayor prevalencia de depresión que los que tienen una alta comunicación, a un nivel de confianza del 95%.

Cuadro 13. Adaptabilidad

Adaptabilidad	Frecuencia	Población Total	Prevalencia	IC al 95%	
				LC inferior	LC Superior
Baja	199	422	91,3	86,7	94,4
Alta	218	529	41,2	37,1	45,5
Total	417	951	43,8	40,7	47,0
Perdidos por el Sistema	2	8			
Total:	419	959	43,7	40,6	46,8

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

En los referente a la dimensión adaptabilidad la mayor prevalencia de depresión es del 91.3% (IC al 95% de 86.7 – 94.4) y se halla en los adolescentes de bachillerato que viven en familias con una baja adaptabilidad, y la menor prevalencia en los adolescentes que viven en familias con una alta adaptabilidad cuya proporción es del 41.2% (IC al 95% LCi 37.1 – LCs 45.5), estos resultados tienen diferencia estadísticamente significativa para una baja adaptabilidad. Se concluye que los adolescentes de bachillerato que viven en familias con una baja adaptabilidad tienen mayor prevalencia de depresión que los que tienen una alta adaptabilidad, a un nivel de confianza del 95%.

Cuadro 14. Afectividad

Afectividad	Frecuencia	Población Total	Prevalencia	IC al 95%	
				LC inferior	LC Superior
Baja	173	422	41,0	36,4	45,7
Alta	243	529	45,9	41,7	50,2
Total:	416	951	43,7	40,6	46,9
Perdidos por el Sistema	3	8			
Total	419	959	43,7	40,6	46,8

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

En cuanto a la dimensión afectividad, la prevalencia de depresión mayor es del 45.9% en los adolescentes que viven en familias con una alta afectividad (IC al 95% de LCi 41.7 – LCs 50.2), mientras que en los adolescentes que viven en familias con una baja afectividad la prevalencia es del 41.0% (IC al 95% LCi 36.4- LCs 45.7), no existe diferencia estadística significativa importante. Se puede concluir detallando, que la afectividad no tiene una relación directa con la prevalencia de depresión en los adolescentes, a un nivel de confianza del 95%.

Cuadro 15. Roles

Roles	Frecuencia	Población Total	Prevalencia	IC al 95%	
				LC inferior	LC Superior
Bajo Cumplimiento	188	368	51,1	46,0	56,2
Alto Cumplimiento	222	575	38,6	34,7	42,7
Total	410	943	43,5	40,3	46,7
Perdidos por el Sistema	9	16			
Total	419	959	43,7	40,6	46,8

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

En relación a la dimensión roles, la prevalencia de depresión en los adolescentes que viven en familias con bajo cumplimiento de roles es mayor (51.1%; IC al 95% LCi 46.0 – LCs 56.2), en comparación con los adolescentes que viven en familias con alto cumplimiento de roles, su prevalencia es del orden del 38.6% (IC al 95% LCi 34.7 – LCs 42.7), diferencia que estadísticamente significativa para un bajo cumplimiento de roles. Se concluye que los adolescentes que viven en familias con un bajo cumplimiento de roles tienen mayor prevalencia de depresión que los que tienen un alto cumplimiento de roles, a un nivel de confianza del 95%.

Cuadro 16. Permeabilidad

Permeabilidad	Frecuencia	Población Total	Prevalencia	IC al 95%	
				LC inferior	LC Superior
Baja	180	373	48,3	43,2	53,3
Alta	232	571	40,6	36,7	44,7
Total	412	944	43,6	40,5	46,8
Perdidos por el Sistema	7	15			
Total	419	959	43,7	40,6	46,8

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

Haciendo alusión a la dimensión permeabilidad, la mayor prevalencia de depresión en adolescentes de bachillerato que viven en familias con una baja permeabilidad es del 48.3% (IC al 95% LCi 43.2 – LCs 53.3), en relación con los adolescentes de bachillerato que viven en familias con una alta permeabilidad cuya prevalencia es de 40.6% (IC al 95% LCi 36,7 – LCs 44,7), en esta relación no existe una significación estadística importante. Se puede concluir que la permeabilidad no tiene una relación directa con la prevalencia de depresión en los adolescentes de bachillerato a un nivel de confianza del 95%.

6.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE ELEMENTOS INDIVIDUALES DE LA MUESTRA

Cuadro 17. Medidas de tendencia central y dispersión

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	959	15.1	19.9	17.069	1.1158
Nivel Socioeconómico	959	174	946	563.31	161.274
Total Hamilton	750	0	35	9.95	7.413
Suma FFSIL	959	14	70	47.47	12.004
N válido por lista	750				

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

En cuanto a la determinación y/o descripción estadística de elementos individuales importantes de la muestra, tales como la edad, nivel socio-económico y la aplicación de los test de Hamilton y funcionalidad familiar, se ha determinado que la media de la edad de los adolescentes de 17,07 años, la edad mínima es de 15,10 años y la edad máxima de 19,90 años. En cuanto a la calificación mínima del nivel socioeconómico esta se encuentra en 174 y la máxima de 946, con una media aritmética de 563,31. En relación a la aplicación del test de Hamilton, la calificación mínima es de 0 y la máxima de 35, con una media de 9.95; finalmente, la aplicación del test de funcionalidad familiar, la calificación mínima del test FFSIL es de 14 con una calificación máxima de 70 y un promedio o media de 47.47.

6.3. ANÁLISIS INFERENCIAL DEL PROBLEMA ESTUDIADO

Se han definido las variables dependientes e independientes de acuerdo a los objetivos planteados al inicio de la investigación, el análisis correspondiente considera el cruce de variables y la determinación de la asociación, dependencia y la razón de oportunidades y/o riesgo; los resultados se presentan a continuación:

Cuadro 18. Tabla de contingencia funcionalidad familiar y depresión

		Deprimidos / No deprimidos		Total	
		Deprimidos	No deprimidos		
Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	69,3%	30,7%	100,0%
	Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	49,9%	50,1%	100,0%
Total:		% dentro de Funcionalidad Familiar	55,9%	44,1%	100,0%

Chi ²	Valor de P	V de Cramer	Odd Ratio	IC del OR al 95%	
				LC inferior	LC Superior
24,301	0,000	0,180	2,262	1,629	3,141

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

El 69.3% de los adolescentes de bachillerato que viven en familias disfuncionales tienen depresión en relación con el 49.9% de los adolescentes que provienen o viven en hogares funcionales que presentan esta patología, se puede observar que existe asociación estadísticamente significativa (Chi cuadrado de 24,301 y un valor de $p < 0.05$), encontrándose en el área de rechazo de la H_0 ; en cuanto la fuerza de asociación entre las variables depresión y funcionalidad familiar esta es baja (V de Cramer = 0,180). La disfunción familiar, desde la perspectiva de ventaja de oportunidades, constituye un factor de riesgo para depresión en los adolescentes con un valor significativo de OR de 2,262 (IC al 95%; LCi 1,629 – LCs 3,141), lo que significa, que los adolescentes que viven en familias disfuncionales tienen 126% probabilidades o riesgo de presentar depresión, que aquellos adolescentes que viven o provienen de familias funcionales.

Cuadro 19 Relación entre cohesión y depresión

		deprimidos/no deprimidos		Total	
		Deprimidos	No deprimidos		
Cohesión	Baja	% dentro de cohesión	65,2%	34,8%	100,0%
	Alta	% dentro de cohesión	50,4%	49,6%	100,0%
Total		% dentro de cohesión	55,8%	44,2%	100,0%

Chi ²	Valor de P	V de Cramer	Odd Ratio	IC del OR al 95%	
				LC inferior	LC Superior
15,225	0,000	0,143	1,841	1,353	2,506

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)
ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

En relación a la dimensión cohesión, el 65,2% de los adolescentes de bachillerato que viven en familias con una baja cohesión tienen depresión, en comparación con el 50,4% de los que viven en hogares con una alta cohesión y presentan esta patología, por lo tanto, existe diferencia estadísticamente significativa y/o las variables están relacionadas (Chi cuadrado de 15,225 y un valor de $p < 0,05$); la fuerza de asociación entre las variables depresión y funcionalidad familiar es baja (V de Cramer = 0,143); así mismo, la baja cohesión, desde la perspectiva de razón de ventajas u oportunidades, constituye un factor de riesgo para depresión en los adolescentes con un de OR de 1,84 (IC al 95%; LCi 1,353 – LCs 2,506) estadísticamente significativo, lo que representa que los adolescentes de bachillerato que viven en familias con una baja cohesión tienen 84% de probabilidades y/o riesgo de presentar depresión en comparación con aquellos que viven en familias con una alta cohesión.

Cuadro 20. Relación entre armonía y depresión

			deprimidos/no deprimidos		Total
			Deprimidos	No deprimidos	
Armonía	Baja	% dentro de armonía	68,8%	31,2%	100,0%
	Alta	% dentro de armonía	47,3%	52,7%	100,0%
Total		% dentro de armonía	55,9%	44,1%	100,0%

Chi ²	Valor de P	V de Cramer	Odd Ratio	IC del OR al 95%	
				LC inferior	LC Superior
33,607	0,000	0,212	2,451	1,805	3,330

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)
ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

En cuanto a la dimensión armonía, el mayor porcentaje se encuentra en los adolescentes de bachillerato que viven en familias con una baja armonía y tienen depresión(68,8%), mientras que el menor porcentajes (47,3%) de los adolescentes de bachillerato provienen de hogares con una alta armonía y presentan esta patología, por lo tanto, existe relación y/o diferencia estadísticamente significativa (Chi cuadrado de 33,607 y un valor de $p < 0,05$); la fuerza de asociación entre las variables depresión y baja armonía es baja (V de Cramer = 0,212); la baja armonía, desde la perspectiva de la razón de oportunidades, constituye un factor de riesgo para depresión en los adolescentes con un valor significativo de OR de 2,451 (IC al 95%; LCi 1,805 – LCs 3,330), lo que se interpreta, los adolescentes de bachillerato que viven en familias con una baja armonía tienen 145% de probabilidades y/o riesgo de presentar depresión en relación a los adolescentes de bachillerato que habitan en familias con una alta armonía.

Cuadro 21. Relación entre comunicación y depresión

		deprimidos/no deprimidos		Total	
		Deprimidos	No deprimidos		
Comunicación	Baja	% dentro de comunicación	67,0%	33,0%	100,0%
	Alta	% dentro de comunicación	46,7%	53,3%	100,0%
Total		% dentro de comunicación	56,1%	43,9%	100,0%

Chi ²	Valor de P	V de Cramer	Odd Ratio	IC del OR al 95%	
				LC inferior	LC Superior
30,473	0,000	0,204	2,316	1,715	3,128

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

La dimensión comunicación arroja los resultados siguientes, el porcentaje mayor se corresponde a los adolescentes de bachillerato que viven en familias con una baja comunicación y tienen depresión (67,0%), mientras que para los adolescentes de bachillerato que viven en hogares con una alta comunicación y presentan esta patología la proporción alcanza el 46,7%; lo expuesto nos permite inferir que existe diferencia estadísticamente significativa (Chi cuadrado de 30,473 y un valor de $p < 0,05$); de igual forma, la fuerza de asociación entre las variables depresión y baja comunicación es baja (V de Cramer = 0,204); la baja comunicación, desde la perspectiva de la razón de oportunidades, constituye un factor de riesgo para depresión en los adolescentes con un valor significativo de OR de 2,316 (IC al 95%; LCi 1,715 – LCs 3,128), en conclusión, los adolescentes que viven en familias con una baja comunicación tienen 131% de probabilidades y/o riesgo de presentar depresión en comparación con aquellos que viven en familias con una alta comunicación.

Cuadro 22. Relación entre adaptabilidad y depresión

		deprimidos/no deprimidos		Total	
		Deprimidos	No deprimidos		
Adaptabilidad	Baja	% dentro de Adaptabilidad	61,6%	38,4%	100,0%
	Alta	% dentro de Adaptabilidad	51,7%	48,3%	100,0%
Total		% dentro de Adaptabilidad	56,0%	44,0%	100,0%

Chi ²	Valor de P	V de Cramer	Odd Ratio	IC del OR al 95%	
				LC inferior	LC Superior
7,352	0,007	0,099	1,502	1,119	2,016

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

En referencia a la dimensión adaptabilidad, el 61,6% de los adolescentes de bachillerato que viven en familias con una baja adaptabilidad tienen depresión, siendo esta proporción mayor, en relación al 51,7% de los adolescentes de bachillerato que conviven en hogares con una alta adaptabilidad y presentan esta patología, el análisis nos permite establecer que existe diferencia estadísticamente significativa (Chi cuadrado de 7,352 y un valor de $p < 0,05$); la fuerza de asociación entre las variables depresión y baja adaptabilidad es baja (V de Cramer = 0,099); la baja comunicación, desde la perspectiva de la razón de oportunidades, constituye un factor de riesgo para depresión en los adolescentes con un valor de OR de 1,502 (IC al 95%; LCi 1,119 – LCs 2,016), lo que significa, que los adolescentes que viven en familias con una baja adaptabilidad tienen 50% de probabilidad y/o riesgo de presentar depresión, que aquellos que viven en familias con una alta adaptabilidad.

Cuadro 23. Relación entre afectividad y depresión

		deprimidos/no deprimidos		Total	
		Deprimidos	No deprimidos		
Afectividad	Baja	% dentro de Afectividad	73,6%	26,4%	100,0%
	Alta	% dentro de Afectividad	47,9%	52,1%	100,0%
Total		% dentro de Afectividad	56,1%	43,9%	100,0%

Chi ²	Valor de P	V de Cramer	Odd Ratio	IC del OR al 95%	
				LC inferior	LC Superior
43,016	0,000	0,241	3,031	2,161	4,252

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

Haciendo mención a la dimensión afectividad, la mayor proporción se corresponde al 73,6% de los adolescentes que viven en familias con una baja afectividad y que tienen depresión, mientras que el 47,9% de los que viven en hogares con una alta afectividad presentan esta patología, diferencia que es estadísticamente significativa (Chi cuadrado de 43,016 y valor de $p < 0,05$); la fuerza de asociación entre las variables depresión y baja afectividad es “baja” (V de Cramer = 0,241); la baja afectividad, desde la perspectiva de razón de oportunidades, constituye un factor de riesgo para la depresión en los adolescentes con un valor significativo de OR de 3,031 (IC al 95%; LCi 2,161 – LCs 4,252), lo que es interpretado en que los adolescentes de bachillerato que viven en familias con una baja afectividad tienen tres veces más probabilidad de riesgo de presentar depresión en consideración con aquellos que viven en familias con una alta afectividad.

Cuadro 24. Relación entre roles y depresión

		deprimidos/no deprimidos		Total	
		Deprimidos	No deprimidos		
Roles	Bajo Cumplimiento	% dentro de Roles	65,7%	34,3%	100,0%

	Alto Cumplimiento	% dentro de Roles	49,2%	50,8%	100,0%
Total		% dentro de Roles	55,6%	44,4%	100,0%

Chi ²	Valor de P	V de Cramer	Odd Ratio	IC del OR al 95%	
				LC inferior	LC Superior
19,328	0,000	0,162	1,979	1,457	2,688

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

Referente a la dimensión roles, el porcentaje mayor se encuentra en el 65,7% de los adolescentes de bachillerato que viven en familias con un bajo cumplimiento de roles y que tienen depresión, en comparación con el 49,2% de los adolescentes de bachillerato que provienen de hogares con un alto cumplimiento de roles y que presentan esta patología, diferencia que es estadísticamente significativa (Chi cuadrado de 19,328 y un valor de $p < 0,05$); la fuerza de asociación entre las variables depresión y bajo cumplimiento de roles es baja (V de Cramer = 0,162); el bajo cumplimiento de roles, desde la perspectiva de razón de oportunidades, constituye un factor de riesgo para depresión en los adolescentes con un valor de OR de 1,979 (IC al 95%; LCi 1, 457 – LCs 2,688), lo que significa, que los adolescentes de bachillerato que viven en familias con un bajo cumplimiento de roles tienen un 97% de probabilidades y/o riesgo de presentar depresión, que aquellos que viven en familias con un alto cumplimiento de roles.

Cuadro 25 Relación entre permeabilidad y depresión

			deprimidos/no deprimidos		Total
			Deprimidos	No deprimidos	
Permeabilidad	Baja	% dentro de permeabilidad	61,4%	38,6%	100,0%
	Alta	% dentro de permeabilidad	52,1%	47,9%	100,0%
		% del total	31,4%	28,9%	60,3%
Total		% dentro de permeabilidad	55,8%	44,2%	100,0%

Chi ²	Valor de P	V de Cramer	Odd Ratio	IC del OR al 95%	
				LC inferior	LC Superior
6,194	0,013	0,092	1,462	1,084	1,974

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

En cuanto a la permeabilidad, el 61,4% de los adolescentes de bachillerato que viven en familias con una baja permeabilidad tienen depresión, mientras que el 52,1% de los adolescentes de bachillerato que habitan en hogares con una alta permeabilidad y que presentan esta patología, existiendo diferencia

estadísticamente significativa (Chi cuadrado de 6,194 y un valor de $p < 0,05$); la fuerza de asociación entre las variables depresión y baja permeabilidad es “baja” (V de Cramer = 0,092); así mismo, la baja permeabilidad, desde la perspectiva de razón de oportunidades, constituye un factor de riesgo para depresión en los adolescentes con un valor de OR de 1,462 (IC al 95% de 1, 084 - 1,974), lo que significa, que los adolescentes que viven en familias con una baja permeabilidad tienen un 46% de probabilidades y/o riesgo de presentar depresión, que en aquellos que viven en familias con una alta permeabilidad.

Cuadro 26. Funcionalidad familiar y depresión en familias según la ontogénesis

Familia por Ontogénesis			Deprimidos/no deprimidos		Total	
			Deprimidos	No deprimidos		
N U C L E A R	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	68,9%	31,1%	100,0%
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	50,8%	49,2%	100,0%
	Total		% dentro de Funcionalidad Familiar	56,3%	43,8%	100,0%
E X T E N S A	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	69,1%	30,9%	100,0%
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	45,7%	54,3%	100,0%
	Total		% dentro de Funcionalidad Familiar	53,2%	46,8%	100,0%
A M P L I A D A	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	75,0%	25,0%	100,0%
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	56,5%	43,5%	100,0%
	Total:		% del total	37,1%	28,6%	65,7%
			% dentro de Funcionalidad Familiar	62,9%	37,1%	100,0%

Familia por Ontogénesis	CHI cuadrado	Valor de P	V de Cramer	OR	IC DEL OR AL 95%	
					LC inferior	LC Superior
Nuclear	15.272	0.000	0.168	2.147	1.458	3.161
Extensa	8.207	0.004	0.219	2.657	1.348	5.237
Ampliada	1.153	0.283	0.182	2.308	0.492	10.818

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

En lo que tiene que ver a la funcionalidad familiar, el 68.9% de los adolescentes de bachillerato que tienen depresión se hallan conviviendo en familias disfuncionales y nucleares, el 69.1% de los adolescentes con depresión habitan en familias disfuncionales y extensas, mientras que el 75% de los adolescentes con

depresión viven en familias disfuncionales y ampliadas. Éstas diferencias son estadísticamente significativas en las familias nucleares (Chi cuadrado de 15,272 y valor de $p < 0,05$) y en las familias extensas (Chi cuadrado de 8.207 y valor de $p < 0,05$); la fuerza de asociación entre las variables depresión y funcionalidad familiar según la ontogénesis es baja (V de Cramer = 0,168 para familias nucleares; V de Cramer = 0.219 para familias extensas); la disfunción familiar, desde la perspectiva de razón de oportunidades, constituye un factor de riesgo para depresión en los adolescentes de bachillerato que pertenecen a familias nucleares (OR de 2.147; IC al 95% LCi 1.458 – LCs 3.161) y familias extensas (OR de 2.657; IC al 95% de LCi 1.348 – LCs 5.237), para el caso de las familias ampliadas es un factor de riesgo (OR de 2.308 con un IC al 95%; LCi 1.348 – LCs 5.237); lo expuesto nos permite concluir, que los adolescentes que viven en familias disfuncionales y nucleares tienen 1,147 veces más riesgo de presentar depresión y los que viven en familias disfuncionales y extensas tienen 1.657 veces más riesgo de presentar depresión, que aquellos que viven en familias funcionales nucleares y extensas respectivamente.

Cuadro 27. Funcionalidad familiar y depresión en familias según el tamaño de la familia

FAMILIA POR EL TAMAÑO			deprimidos/no deprimidos		Total	
			Deprimidos	No deprimidos		
P E Q U E Ñ A	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	75,9%	24,1%	100,0%
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	50,6%	49,4%	100,0%
	Total	% dentro de Funcionalidad Familiar	57,4%	42,6%	100,0%	
M E D I A N A	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	69,1%	30,9%	100,0%
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	50,1%	49,9%	100,0%
	Total	% dentro de Funcionalidad Familiar	55,9%	44,1%	100,0%	
G R A N D E	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	66,0%	34,0%	100,0%
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	48,4%	51,6%	100,0%
	Total	% dentro de Funcionalidad Familiar	54,5%	45,5%	100,0%	

Familia por el Tamaño	X ²	Valor de P	V de Cramer	OR	IC DEL OR AL 95%	
					LC inferior	LC Superior
Pequeña	5.522	0.019	0.226	3.064	1.176	7.988
Mediana	15.373	0.000	0.176	2.221	1.484	3.324
Grande	4.069	0.044	0.169	2.071	1.015	4.222

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)
 ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

En cuanto al tamaño con la patología, el 75.9% de los adolescentes de bachillerato que tienen depresión viven en familias disfuncionales y pequeñas, en comparación con el 69.1% de los adolescentes de bachillerato que sufren de depresión habitan en familias disfuncionales y medianas, mientras que la proporción equivalente al 66.0% de los adolescentes de bachillerato con depresión conviven en familias disfuncionales y grandes. Éstas diferencias son estadísticamente significativas en las familias medianas (Chi cuadrado de 15,373 y valor de $p < 0,05$) y familias pequeñas (Chi cuadrado de 5,522 y valor de $p < 0.019$); la fuerza de asociación entre las variables depresión y funcionalidad familiar según el tamaño de la familia es baja (V de Cramer = 0,226 para familias pequeñas; V de Cramer = 0.176 para familias medianas; y, V de Cramer = 0.169 para las familias grandes); la disfunción familiar, desde la perspectiva de razón de oportunidades, constituye un factor de riesgo para la depresión en los adolescentes de bachillerato que pertenecen a familias pequeñas (OR de 3.064 con un IC al 95%; LCi 1.176 – LCs 7.988), familias medianas (OR de 2.221 con un IC al 95%; LCi 1.484 – LCs 3.324), y en las familias grandes (OR de 2.071 con un IC al 95%; LCi 1.015 – LCs 4.222), en definitiva, esto significa que los adolescentes que viven en familias disfuncionales y pequeñas tienen el triple de veces más riesgo de presentar depresión, en comparación con los que viven en familias disfuncionales y medianas tienen que tiene el duplo de veces más riesgo de presentar depresión al igual que aquellos adolescentes que viven en familias disfuncionales y grandes que tienen igual riesgo (duplo de veces) de presentar depresión, en relación con aquellos que viven en familias funcionales y con el mismo número de integrantes.

Cuadro 28 Funcionalidad familiar y depresión en familias según subcategoría

	SUBCATEGORÍA FAMILIAR		deprimidos/no deprimidos		Total	
			Deprimidos	No deprimidos		
M O N O P A R E N T A L	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	76,4%	23,6%	100,0%
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	46,0%	54,0%	100,0%
	Total		% dentro de Funcionalidad Familiar	55,3%	44,7%	100,0%
B I P A R E N T	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	63,1%	36,9%	100,0%
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	49,8%	50,2%	100,0%
	Total		% dentro de Funcionalidad Familiar	53,7%	46,3%	100,0%

A L P A D R E S A U S E N T E S R E C O N S T I T U I D A	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	78,3%	21,7%	100,0%
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	54,8%	45,2%	100,0%
		Total:	% dentro de Funcionalidad Familiar	63,1%	36,9%	100,0%
	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	78,3%	21,7%	100,0%
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	57,5%	42,5%	100,0%
		Total	% dentro de Funcionalidad Familiar	65,1%	34,9%	100,0%

Familia por subcategoría	CHI²	Valor de P	V de Cramer	OR	IC DEL OR AL 95%	
					LC inferior	LC Superior
Monoparental	14.241	0.000	0.282	3.798	1.857	7.765
Biparental	6.473	0.011	0.121	1.719	1.130	2.615
Padres ausentes	3.524	0.060	0.233	2.974	0.930	9.508
Reconstituida	2.770	0.096	0.210	2.661	0.824	8.595

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)
ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

En cuanto a la familia por subcategoría, el 76.4% de los adolescentes de bachillerato y que tienen depresión, provienen de familias disfuncionales y monoparentales; el 63.1% de los adolescentes en familias disfuncionales y biparentales; el 78,3% de los adolescentes en familias disfuncionales y con padres ausentes; y, el 78.3% de los adolescentes en familias disfuncionales y reconstituidas. Éstas diferencias en las subcategorías familiares son estadísticamente significativas en las familias monoparentales (Chi cuadrado de 14,241 y valor de $p < 0,05$) y en las familias biparentales (Chi cuadrado de 6.473 y valor de $p < 0,05$); en cuanto a la fuerza de asociación entre las variables depresión y funcionalidad familiar según la subcategoría familiar es moderada para la familia monoparental (V de Cramer = 0,282) y baja para las familias biparentales (V de Cramer = 0.121); la disfunción familiar, desde la perspectiva de la razón de oportunidades, constituye un factor de riesgo para depresión en los adolescentes que pertenecen a familias monoparentales (OR de 3.798 con un IC al 95%; LCi 1.857 – LCs 7.765) y familias biparentales (OR de 1.719 con un IC al 95%; LCi

1.130 – LCs 2.615), este es nulo en las familias con padres ausentes (OR de 2.974 con un IC al 95% LCi 0.930 – LCs 9.508), y en familias reconstituidas (OR de 2.661 con un IC al 95% LCi 0.824 – LCs 8.595), lo cual se interpreta que los adolescentes bachilleres que viven en familias disfuncionales y monoparentales tienen 279% de probabilidad y/o riesgo de presentar depresión y los que viven en familias disfuncionales y biparentales tienen 71% más riesgo de presentar depresión, en comparación con aquellos que viven en familias funcionales monoparentales y biparentales respectivamente.

Cuadro 29. Funcionalidad familiar y depresión según el sexo

Sexo		deprimidos/no deprimidos		Total	
		Deprimidos	No deprimidos		
H O M B R E	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar 52,0%	48,0%	100,0%
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar 38,7%	61,3%	100,0%
	Total	% dentro de Funcionalidad Familiar 42,6%	57,4%	100,0%	
M U J E R	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar 82,9%	17,1%	100,0%
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar 59,8%	40,2%	100,0%
	Total	% dentro de Funcionalidad Familiar 67,2%	32,8%	100,0%	

Sexo	CHI cuadrado	Valor de P	V de Cramer	OR	IC DEL OR AL 95%	
					LC inferior	LC Superior
Hombre	5.179	0.023	0.123	1.715	1.075	2.733
Mujer	21.386	0.000	0.230	3.272	1.949	5.493

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

Analizando la relación de la patología con el sexo, el 52.0% de los hombres que tienen depresión viven en familias disfuncionales y el 82.9% de las mujeres con depresión viven en familias disfuncionales. Estas diferencias son estadísticamente significativas en cuanto a las mujeres (Chi cuadrado de 21,386 y valor de p < 0,05), en relación a los hombres (Chi cuadrado de 5,179 y valor de p < 0.023); la fuerza de asociación entre las variables depresión y funcionalidad familiar según el sexo del adolescente es baja (V de Cramer = 0,230 para las mujeres y 0.123 para los hombres). La disfunción familiar, desde la perspectiva de razón de oportunidades, constituye un factor de riesgo para depresión en las mujeres (OR de 3.272 con un IC al 95% de LCi 1.949 – LCs 5.493) y para los hombres (OR de 1.715 con un IC al 95%; LCi 1.075 – LVs 2.733), lo cual nos permite inferir que las mujeres que habitan en familias disfuncionales tienen 2.2 veces más riesgo de presentar depresión que los hombres (relación hombre - mujer 2:1).

Cuadro 30. Funcionalidad familiar y depresión según la edad

Edad de los adolescentes			deprimidos/no deprimidos		Total	
			Deprimidos	No deprimidos		
15 años	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	60,4%	39,6%	100,0%
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	48,9%	51,1%	100,0%
	Total	% dentro de Funcionalidad Familiar	52,9%	47,1%	100,0%	
16 años	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	65,1%	34,9%	100,0%
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	46,2%	53,8%	100,0%
	Total	% dentro de Funcionalidad Familiar	52,7%	47,3%	100,0%	
17 años	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	79,2%	20,8%	100,0%
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	49,7%	50,3%	100,0%
	Total	% dentro de Funcionalidad Familiar	56,7%	43,3%	100,0%	
18 años	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	75,0%	25,0%	100,0%
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	57,6%	42,4%	100,0%
	Total	% dentro de Funcionalidad Familiar	62,8%	37,2%	100,0%	
19 años	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	75,0%	25,0%	100,0%
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	51,6%	48,4%	100,0%
	Total	% dentro de Funcionalidad Familiar	59,6%	40,4%	100,0%	

Edad de los adolescentes	CHI ²	Valor de P	V de Cramer	OR	IC DEL OR AL 95%	
					LC inferior	LC Superior
15 años	1.670	0.196	0.110	1.596	0.784	3.249
16 años	7.763	0.005	0.179	2.168	1.252	3.754
17 años	12.978	0.000	0.253	3.849	1.792	8.268
18 años	3.260	0.071	0.164	2.204	0.925	5.253
19 años	2.397	0.122	0.226	2.813	0.742	10.665

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

En relación a la edad, el 60.4% de los adolescentes de bachillerato, específicamente de 15 años de edad que tienen depresión y viven en familias

disfuncionales; de igual forma el 65.1% de los adolescentes de 16 años tienen depresión y cohabitan en familias disfuncionales; para el 79.2% de los adolescentes de 17 años que tienen depresión y viven en familias disfuncionales se corresponde la mayor proporción; y, el 75.0% respectivamente de los adolescentes de 18 y 19 años tienen depresión y viven en familias disfuncionales. Éstas diferencias son estadísticamente significativas en los adolescentes de 17 años (Chi cuadrado de 12,978 y valor de $p < 0,05$) y en los adolescentes de 16 años (Chi cuadrado de 7.763 y valor de $p < 0,05$); la fuerza de asociación entre las variables depresión y funcionalidad familiar según la edad es moderada para los adolescentes de 17 años (V de Cramer = 0,253) y baja para los adolescentes de 16 años (V de Cramer = 0.179); la disfunción familiar, desde la perspectiva razón de oportunidades, constituye un factor de riesgo para depresión en los adolescentes de 17 años (OR de 3.849 con un IC al 95%; LCi 1.792 – LCs 8.268) y en los adolescentes de 16 años (OR de 2.168 con un IC al 95%; LCi 1.252 – LCs 3.754), es nulo en los adolescentes de 15 años (OR de 1.596 con un IC al 95%; LCi 0.784 – LCs 3.249), nulo en los adolescentes de 18 años (OR de 2.204 con un IC al 95%; LCi 0.925 – LCs 5.253), nulo en adolescentes de 19 años (OR de 2.813 con un IC al 95%; LCi 0.742 – LCs 10.665), lo que significa, que los adolescentes de 17 años que viven en familias disfuncionales tienen 284% más riesgo de presentar depresión y los adolescentes de 16 años que viven en familias disfuncionales y tienen 116% más riesgo de sufrir depresión, que aquellos que viven en familias funcionales y de las mismas edades.

Cuadro 31. Funcionalidad familiar y depresión según la provincia

Provincia de residencia del adolescente			deprimidos/no deprimidos		Total	
			Deprimidos	No deprimidos		
L O J A	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	60,0%	40,0%	100,0%
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	39,5%	60,5%	100,0%
	Total	% dentro de Funcionalidad Familiar	44,8%	55,2%	100,0%	
Z A M O R A	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	81,3%	18,7%	100,0%
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	60,3%	39,7%	100,0%
	Total	% dentro de Funcionalidad Familiar	66,4%	33,6%	100,0%	
E L O R O	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	65,6%	34,4%	100,0%
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	49,1%	50,9%	100,0%
	Total	% dentro de Funcionalidad Familiar	55,2%	44,8%	100,0%	

Provincia de Residencia	CHI ²	Valor de P	V de Cramer	OR	IC DEL OR AL 95%	
					LC inferior	LC Superior
Loja	7.533	.006	.180	2.294	1.259	4.181
Zamora Chinchipe	10.541	.001	.202	2.866	1.494	5.498
El Oro	6.688	.010	.161	1.981	1.176	3.336

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

En cuanto a la provincia de residencia, el 60.0% de los adolescentes de bachillerato que tienen depresión viven en familias disfuncionales y son de la provincia de Loja, el 81.3% de los adolescentes con depresión viven en familias disfuncionales y pertenecen a la provincia de Zamora Chinchipe, mientras que el 65.6% de los adolescentes con depresión provienen de familias disfuncionales y son de la provincia de El Oro. Éstas diferencias son estadísticamente significativas para los adolescentes que viven en la provincia de Zamora Chinchipe (Chi cuadrado de 10,541 y valor de $p < 0,05$), en relación a las provincias de Loja y El Oro; la fuerza de asociación entre las variables depresión y funcionalidad familiar según la provincia de residencia es baja (V de Cramer = 0,202 para la provincia de Zamora Chinchipe, 0.180 para la provincia de Loja y de 0.161 para la provincia de El Oro); la disfunción familiar, desde la perspectiva de razón de oportunidades, constituye un factor de riesgo para depresión en los adolescentes que viven en la provincia de Zamora Chinchipe (OR de 2.866 con un IC al 95%; LCi 1.494 – LCs 5.498), en la provincia de Loja (OR de 2.294 con un IC al 95%; LCi 1.259 – LCs 4.181), y menor en la provincia de El Oro (OR de 1.981 con un IC al 95%; LCi 1.176 – LCs 3.336), lo que significa, que los adolescentes que viven en familias disfuncionales y residen en la provincia de Zamora Chinchipe tienen 186% más probabilidad y/o riesgo de presentar depresión que aquellos que viven en Loja y El Oro.

Cuadro 32. Funcionalidad familiar y depresión según la parroquia

Parroquia de residencia			deprimidos/no deprimidos		Total	
			Deprimidos	No deprimidos		
Urbana	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	70,9%	29,1%	100,0%
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	50,9%	49,1%	100,0%
	Total	% dentro de Funcionalidad Familiar	57,2%	42,8%	100,0%	
Rural	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	57,1%	42,9%	100,0%
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	44,0%	56,0%	100,0%
	Total	% dentro de Funcionalidad Familiar	47,6%	52,4%	100,0%	

Parroquia de Residencia	CHI cuadrado	Valor de P	V de Cramer	OR	IC DEL OR AL 95%	
					LC inferior	LC Superior
Urbana	22.839	.000	.188	2.354	1.650	3.359
Rural	1.412	.235	.117	1.697	.706	4.077

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

De igual forma, se ha hecho una análisis del lugar de procedencia y/o residencia, los resultados son los siguientes: el 70.9% de los adolescentes que tienen depresión viven en familias disfuncionales y en parroquias urbanas, mientras que el 57.1% de los adolescentes con depresión habitan en familias disfuncionales y en parroquias rurales. Ésta diferencia es estadísticamente significativa en los adolescentes que conviven en parroquias urbanas (Chi cuadrado de 22,839 y valor de $p < 0.05$); la fuerza de asociación entre las variables depresión y funcionalidad familiar según la parroquia de residencia es baja (V de Cramer = 0,188 para las parroquias urbanas y 0.235 para las parroquias rurales); la disfunción familiar, desde la perspectiva de razón de oportunidades, constituye un factor de riesgo para depresión en los adolescentes que provienen de parroquias urbanas (OR de 2.354 con un IC al 95%; LCi 1.650 – LCs 3.359), y nulo en relación a las parroquias rurales (OR de 1.697 con un IC al 95%; LCi 0.706 – LCs 4.077), lo que demuestra que los adolescentes de bachillerato que habitan en hogares de familias disfuncionales y en parroquias urbanas tienen 135% de probabilidades y/o riesgo de adquirir o presentar depresión en comparación con aquellos adolescentes que son parte de familias funcionales y en las mismas áreas urbanas.

Cuadro 33 Funcionalidad familiar y depresión según las condiciones de vida

Condiciones de Vida			deprimidos/no deprimidos		Total	
			Deprimidos	No deprimidos		
BAJA	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	68,4%	31,6%	100,0 %
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	47,3%	52,7%	100,0 %
	Total	% dentro de Funcionalidad Familiar	54,1%	45,9%	100,0 %	
ALTA	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	70,1%	29,9%	100,0 %
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	52,1%	47,9%	100,0 %
	Total	% dentro de Funcionalidad Familiar	57,4%	42,6%	100,0 %	

Condiciones de Vida	CHI ²	Valor de P	V de Cramer	OR	IC DEL OR AL 95%	
					LC inferior	LC Superior
Baja	13.892	0.000	0.198	2.416	1.511	3.864
Alta	10.866	0.001	0.165	2.150	1.357	3.406

FUENTE: Investigación Directa (2016), recopilación de información en el nivel de bachillerato de los Centros Educativos de la Zona 7 (Base de datos macro proyecto adolescentes)

ELABORACION: Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles

Análisis e interpretación:

En cuanto a las condiciones de vida, el 68.4% de los adolescentes de bachillerato que tienen depresión viven en familias disfuncionales y en condiciones de vida baja, mientras que el 70.1% de los adolescentes de bachillerato con depresión viven en familias disfuncionales y en condiciones de vida altas. Éstas diferencias son estadísticamente significativas en las familias en condiciones de vida baja (Chi cuadrado de 13,892 y valor de $p < 0,05$); en las familias en condiciones de vida alta hay una significancia estadística menor (Chi cuadrado de 10.866 y valor de $p < 0,05$); la fuerza de asociación entre las variables depresión y funcionalidad familiar según la condición de vida es baja (V de Cramer = 0,198 para familias de condiciones de vida baja y de 0.165 para familias de condiciones de vida alta); la disfunción familiar, desde la perspectiva de razón de oportunidades, constituye un factor de riesgo para depresión en los adolescentes que pertenecen a familias de condiciones de vida baja (OR de 2.416 con un IC al 95% de 1.511 – 3.864) y en familias de condiciones de vida alta (OR de 2.150 con un IC al 95%; LCI 1.357 – LCs 3.406), lo que significa, que los adolescentes que viven en familias disfuncionales en condiciones de vida baja tienen 141% de probabilidad y/o riesgo de presentar depresión en comparación con los que conviven en familias de condiciones de vida alta.

7. Discusión

Según el test de percepción de la funcionalidad familiar (FFSIL), la funcionalidad puede ser evaluada al aplicarla a un solo miembro de la familia. Los adolescentes, al igual que los demás miembros de la familia, pueden dar una apreciación de la funcionalidad de sus familias; en el presente estudio el mayor porcentaje de adolescentes de bachillerato percibieron a sus familias como moderadamente funcionales en relación con las otras categorías, la menor proporción se corresponde a las severamente disfuncionales. Salinas et al., (2013) determinaron estadísticas diferentes a la nuestra, así, el mayor porcentaje de los adolescentes percibe una alta función familiar en relación con la moderada y severa disfunción respectivamente. En el caso de González-Poves & Silva-Mathews, (2013) encontraron resultados similares al de este estudio: función familiar moderada en mayor porcentaje, seguida de la disfunción familiar leve y disfunción familiar severa respectivamente y en menor porcentaje buena función familiar. En este contexto, la mayoría de los adolescentes de bachillerato perciben a sus familias como moderadamente funcionales, estadísticamente a un nivel de confianza del 95%.

En cuanto a la depresión de los adolescentes con las diversas dimensiones de la funcionalidad familiar, el mayor porcentaje de acuerdo a cada una de estas se ubican en el siguiente orden: baja cohesión, baja armonía, baja comunicación, baja adaptabilidad, baja afectividad, bajo cumplimiento de roles, y baja permeabilidad, lo que muestra un alto porcentaje en el fallo de cumplimiento de las categorías que integran la función familiar. En este sentido, Zuluaga, Lemos, & Torres (2012) encontró que sólo un 25.6% de los adolescentes refirieron una mala cohesión, y Ochoa & Olaizola (2005) determinó que los adolescentes con una mala comunicación con los padres tienen mayor malestar psicológico. Es importante mencionar, que en relación a las demás dimensiones de la funcionalidad familiar, no se ha encontrado evidencias y/o estudios con los cuales comparar los resultados de esta investigación. En este acápite, es importante mencionar lo estudiado por Cohel Vene, (2012) una alta comunicación, cohesión y adaptabilidad se asocian a un menor porcentaje de síntomas depresivos en los adolescentes.

Según la funcionalidad familiar, el mayor porcentaje de los adolescentes con depresión (44,1%) viven en familias moderadamente funcionales en relación con las otras categorías de la funcionalidad, estos datos se contraponen con los resultados expuestos por González-Poves & Silva-Mathews (2013), quienes determinaron 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 presentan manifestaciones depresivas bien definidas, incluso un 18,4% de los adolescentes provenientes de familias con buen funcionamiento presentan manifestaciones depresivas bien definidas; así mismo, el 64,3% proveniente de familias con disfuncionalidad leve muestran manifestaciones depresivas ligeras. Hered & Hered (2014) determinó que el 35.9% de los adolescentes con depresión viven en familias con disfunción leve y el 9.4% de los adolescentes con depresión viven en familias con disfunción grave. Así, se concluye que la depresión es más prevalente en los adolescentes de familias moderadamente disfuncionales, con un nivel de confianza del 95%.

En lo que se refiere a la prevalencia de depresión en la familia por ontogénesis, en el presente estudio el mayor porcentaje se presenta en la familias ampliadas (47.8%), comparando con lo investigado por Gonzáles-Poves & Silva-Mathews (2013), ellos encontraron que el 40,5% de los adolescentes con depresión provienen de familias extendidas y que el 27,0% de familias nucleares. Pérez et al. (2007) en cambio determinaron que 84% de los adolescentes con malestar psíquico (incluyen las manifestaciones depresivas) provienen de familias nucleares y apenas 7% de familias ampliadas. Como se puede observar, estadísticamente a un nivel de confianza del 95%, el tipo de familia por ontogénesis no es un factor de riesgo para depresión en los adolescentes de bachillerato.

Así mismo, la prevalencia de depresión es mayor en las familias medianas, aunque con muy poca diferencia con las familias pequeñas y grandes, en estudios similares Montalbán (1998) encontró relación entre el tamaño de la familia (especialmente más de 5 miembros) con un coeficiente beta = 0,2437 con nivel de confianza (0,4706/0,0168) y la presencia de síntomas depresivos; de igual forma, Pérez et al. (2007) concluyó que la estructura familiar (incluye el tamaño) no influye en la presencia de síntomas indicativos de malestar psíquico. Con lo expuesto se rechaza lo expuesto en la hipótesis del investigador y se rechaza la hipótesis nula, ya que el tamaño de la familia no es un factor de riesgo para la depresión a un nivel de confianza del 95%.

Como es de esperar, la prevalencia de depresión es variable de una zona geográfica a otra; así la prevalencia de depresión en los adolescentes de 15 a 19 años en el presente estudio es del 55.9%, valor por encima de estudios realizados por otros autores, como Kahan, Luzardo, & Ugo, (2010) quienes identificaron prevalencias del 15%, Cubillas, Román, Abril, & Galaviz, (2012) determinaron una prevalencia del 10.5%, Velázquez et al., (2011) quienes encontró una prevalencia de depresión del 27,3% y Asarnow et al., (2005) una prevalencia del 31%. En el presente caso en la investigación, la prevalencia es menor a la encontrada por Pérez et al., (2007) quienes determinaron en su estudio una prevalencia de $74,1 \pm 2,2\%$.

En cuanto a los 419 adolescentes diagnosticados con depresión, el mayor porcentaje de depresión se encuentra en la categoría ligera, seguido de depresión moderada, depresión muy severa y depresión severa; la investigación arroja valores similares en lo que corresponde a la depresión moderada según Galicia, Moyeda, Sánchez y Ojeda que determinaron un 22.8% de depresión moderada, pero valores menores de depresión leve 38,8% y sólo un 3.7% de depresión severa (Galicia, Moyeda, Sánchez, Javier, & Ojeda, 2009). Sin embargo, los de nuestro estudio son totalmente distintos a los encontrados por Agreda quien determinó que la mayoría de los adolescentes no presenta depresión (69,5%), pero, determinó depresión leve en el 26,55% de los adolescentes y depresión severa en el 2,75% (Salinas et al., 2013), lo mismo sucede con Kahan et al quienes determinaron solo un 11% de depresión leve a moderada y un 9% de depresión severa (Kahan et al., 2010).

La depresión en nuestro estudio se presenta los valores mayores en los adolescentes que viven en familias disfuncionales y en menor escala en los que

proviene de familias funcionales, la diferencia es estadísticamente significativa. La disfunción familiar, desde la razón de ventaja de oportunidades, constituye un factor de riesgo para depresión en los adolescentes de bachillerato. Cogollo et al en su estudio no encontró asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica (OR=1,4; IC 95%: 0,92 - 2,1) (Cogollo, Gómez, De Arco, Ruiz, & Campo-Arias, 2009). Otros estudios como el de Hinostroza - Gastelú et al., determinaron que existe una relación entre la dinámica familiar (incluye la funcionalidad familiar) y las manifestaciones depresivas (valor de p 0,019) (Hinostroza-Gastelú, Huasguayo-Vega Cristina, Navarro-Gómez Sandra, Torres-Deza Clara, 2011). De igual manera Salazar, Veytia y Huitr en su estudio encontraron una relación significativa entre la disfunción familiar y la depresión en adolescentes (valor de p < 0.001). Además, los adolescentes que mostraron disfunción familiar tuvieron 2.38 veces más probabilidad de sufrir depresión (Salazar, Veytia, & Huitr, 2013).

La alteración en las categorías de la funcionalidad familiar constituyen un factor de riesgo para depresión en los adolescentes, así, aquellos adolescentes que viven en familias con una baja cohesión tienen mayor riesgo de presentar depresión, los resultados concuerdan con los encontrados en el estudio presentado por Zuluaga, Lemos y Torres, quienes encontraron una asociación significativa de la depresión con la cohesión familiar OR = 2,35 (IC = 1,63 - 3,41) (Zuluaga et al., 2012a).

Los adolescentes que viven en familias con una baja armonía tienen más riesgo de presentar depresión; en cuanto a la comunicación, los adolescentes que viven en familias con una baja comunicación presentan mayor riesgo de adquirir la patología; resultados que corroboran los encontrados por Ochoa y Olaizola, quienes determinaron en su estudio que los adolescentes que informan tener más problemas de comunicación tanto con la madre ($\beta = -.32$, $p < .001$) como con el padre ($\beta = -.33$, $p < .001$), experimentan más síntomas depresivos (Ochoa & Olaizola, 2005).

Los adolescentes que viven en familias con una baja adaptabilidad, baja afectividad, bajo cumplimiento de roles y baja permeabilidad, tienen mayor riesgo de sufrir de depresión; sobre estas dimensiones y/o categorías de la funcionalidad familiar no se ha encontrado estudios que nos permita hacer un análisis comparativo con los resultados obtenidos en la presente investigación, por lo tanto no se ha podido confrontar o comparar los mismos.

En cuanto a la disfunción familiar, desde la perspectiva de razón de ventajas u oportunidades, se constituye en un factor de riesgo para depresión en los adolescentes que pertenecen a familias nucleares y familias extensas; es nulo en el caso de las familias ampliadas. En relación a este aspecto, nuestra investigación no puede contrastar con resultados de otras investigaciones, esto tomando en cuenta la tipología familiar por ontogénesis, como factor de riesgo o protector; sin embargo, se acepta la hipótesis alterna, ya que el pertenecer a familias nucleares y extensas, se asocia a mayor prevalencia de depresión.

La disfunción familiar, desde la perspectiva de razón de ventajas u

oportunidades, nos permite interpretar que esta se constituye en un factor de riesgo para depresión en los adolescentes de bachillerato, específicamente en los adolescentes de bachillerato que pertenecen a familias pequeñas, medianas y grandes, de manera que los adolescentes que viven en familias disfuncionales y pequeñas tienen el triplo de probabilidades y/o riesgo de adquirir o presentar depresión, en menor proporción, pero igual con riesgo, los adolescentes que conviven en familias disfuncionales y medianas con el duplo de probabilidades de presentar depresión; y, aquellos que viven en familias disfuncionales y grandes tienen más del cien por ciento de probabilidades de adquirir depresión en comparación con aquellos adolescentes que viven en familias funcionales y con el mismo número de integrantes. Lo expuesto contrasta con el estudio de Montalbán (1998), quien encontró relación entre el tamaño de la familia (especialmente más de 5 miembros) con un coeficiente beta = 0,2437 con nivel de confianza (0,4706/-0,0168) y la presencia de síntomas depresivos. De esta manera se determina que el tamaño de la familia es un factor de riesgo, pero sin diferencia estadísticamente significativa, con un intervalo de confianza del 95%.

Al hacer el análisis por sexo, la prevalencia de depresión en los hombres es menor (29.8%) en comparación con las mujeres (58.5%), pudiendo establecerse una relación hombre - mujer de 1 : 2, relación similar a la determinada por Cubillas et al quienes determinaron una proporción de 2 mujeres por cada hombre, pero con prevalencias por sexo mucho menores a las encontradas en nuestro estudio (13.6% en mujeres y 6.4% en hombres) (Cubillas et al., 2012). En cambio la relación de prevalencias por sexo según Villatoro et al., no encontraron una relación estadísticamente significativa entre hombres y mujeres (28,5% en hombres y 25.9% en mujeres) (Velázquez et al., 2011).

La disfunción familiar, desde la perspectiva de razón de ventajas u oportunidades se constituye en un factor de riesgo para depresión, en orden de problema, en los adolescentes de bachillerato que residen en las provincias de Zamora Chinchipe, Loja y El Oro, lo que significa, que los adolescentes que viven en familias disfuncionales en la provincia de Zamora Chinchipe tienen 186% de probabilidades y/o riesgo de presentar depresión que aquellos que viven en Loja y El Oro. Así mismo, es importante exponer, que no existen estudios locales sobre la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión por provincias, de manera que el presente estudio, al ser el primero en su categoría, servirá de referencia para posteriores análisis comparativos.

Así mismo, en referencia a la disfunción familiar, desde la perspectiva de razón de ventajas u oportunidades, se constituye un factor de riesgo para depresión en los adolescentes que viven en parroquias urbanas, siendo nulo en las parroquias rurales; lo expuesto se puede interpretar, que los adolescentes que viven en familias disfuncionales y en parroquias urbanas tienen más riesgo de presentar depresión que aquellos que viven en familias funcionales y en las áreas urbanas. Zúñiga et al. (2009) encontraron que el 51% de los adolescentes en sectores urbanos y el 53,4% de las zonas rurales tienen depresión mínima, mientras que el 15,6% de los estudiantes de escuelas rurales y el 9,7% de los participantes de la zona urbana presentan niveles leves de depresión; en el nivel moderado encontramos al 19,1% y al 16,5% de los estudiantes de zonas rurales y urbanas,

respectivamente, mientras que el 18% de urbanas y el 23,1% de rural puntuaron en el nivel de depresión severa. De esta manera se determina que los adolescentes de bachillerato de las zonas urbanas tienen mayor riesgo de depresión que aquellos que viven en zonas rurales.

Desde la perspectiva de razón de ventajas u oportunidades, se constituye un factor de riesgo para depresión en los adolescentes que pertenecen a familias de condiciones de vida baja y en familias de condiciones de vida alta, pero sin una diferencia estadísticamente significativa, de manera que se acepta la hipótesis nula. En cambio Rodríguez (2010) determinó que la depresión se relaciona estadísticamente con un nivel socioeconómico medio y bajo [F de Hotelling (4, 586) = 8.09; $p = .000$].

Para finalizar, es importante recalcar sobre la importancia de la disfunción familiar y sus categorías como factores de riesgo para el apareamiento de depresión en los adolescentes; se debe tomar en cuenta que estos aspectos de la familia sólo son una causa, se espera continuar con este proceso investigativo y desarrollar acciones de evaluación integral con otros aspectos de la dinámica familiar.

8. Conclusiones

Producto de la investigación presente, se ha desarrollado las siguientes conclusiones, estas son:

1. La disfunción familiar constituye un factor de riesgo para el apareamiento de depresión en los adolescentes de 15 a 19 años de los bachilleratos.
2. La prevalencia de depresión es mayor en los adolescentes de bachillerato que viven en familias disfuncionales y severamente disfuncionales.
3. Una baja cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, un bajo cumplimiento de los roles y una baja permeabilidad constituyen factores de riesgo para depresión en los adolescentes de 15 a 19 años edad del nivel de bachillerato de los establecimientos educativos de la Zona 7.
4. Los adolescentes que tienen depresión y que conviven en familias disfuncionales y nucleares; y, en familias disfuncionales y extensas, tienen mayor riesgo de sufrir depresión que aquellos que viven en familias funcionales nucleares y extensas respectivamente.
5. Los adolescentes que provienen de familias disfuncionales pequeñas y medianas tienen mayor riesgo de sufrir depresión que aquellos que viven en familias funcionales pequeñas y medianas respectivamente.
6. La depresión ligera se presenta en la mayor parte de adolescentes de bachillerato que conviven en familias disfuncionales, siendo la depresión severa la que con menor frecuencia se presenta.
7. Los adolescentes de bachillerato del sexo femenino tienen 2 veces más riesgo de sufrir depresión que los adolescentes varones.
8. Los adolescentes que residen en la provincia de Zamora Chinchipe tienen mayor prevalencia y mayor riesgo de sufrir depresión que los adolescentes de las provincias de Loja y El Oro.
9. Los adolescentes de bachillerato que proceden de parroquias urbanas tienen mayor prevalencia y mayor riesgo de sufrir depresión.
10. Los adolescentes de bachillerato que conviven en condiciones de vida alta tienen mayor prevalencia y mayor riesgo de depresión.

9. Recomendaciones

Este es un proceso investigativo que marca pautas y sin lugar a dudas permitirá, en donde existan vacíos de investigación, que nuevos investigadores repliquen u orienten su accionar en la producción de conocimiento; producto de la presente investigación me permito recomendar lo que a continuación detallo:

1. Realizar estudios integrales utilizando otros instrumentos diagnósticos de depresión y funcionalidad familiar y la evaluación estadística respectiva, lo cual permitirá en lo posterior realizar un análisis comparativo de los mismos, adaptando a nuestra realidad los de mayor y mejor correlación.
2. Evaluar los factores protectores y de riesgo para la depresión en los adolescentes en general desde la dinámica familiar.
3. Evaluar y manejar a la depresión integralmente con participación activa de la familia, cuando se determine que la disfunción familiar y un trastorno en sus categorías sean la causa en su apareamiento en los adolescentes.
4. Realizar estudios integrales para la evaluación y clasificación, de acuerdo a nuestro contexto, de las categorías de la funcionalidad familiar.
5. Ampliar el estudio socio demográfico en la evaluación de la depresión desde la funcionalidad familiar.
6. Realizar un estudio comparativo en las zonas donde viven adolescentes pertenecientes a etnias o grupos indígenas.

10. Referencias bibliográficas

- Almudena, A. (2009). La depresión en adolescentes. *Estudios de Juventud*, 84, 85–105.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., & Brugha, T. S., Bryson, H., . . . Vollebergh, W. A. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(409), 21–27.
- Anita Thapar, Stephan Collishaw, Daniel S Pine, A. K. T. (2012). Depression in adolescence. *PMC*, 4(9820), 1056–1067. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4). Depression
- Arenas, S., & Vásquez, A. (2009). *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes*. Universidad San Marcos.
- Asarnow, J. R., Ph, D., Jaycox, L. H., Ph, D., Duan, N., Ph, D., . . . H, M. P. (2005). Depression and role impairment among adolescents in primary care clinics, 37, 477–483. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.11.123>
- Bech, P. (2010). Handbook of Clinical Rating scales and assessment in psychiatry and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(6), 487–488. <http://doi.org/10.1007/978-1-59745-387-5>
- Brevario. (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª Edición). In *American Psychiatric Association*. (pp. 323–352).
- Clayton, R. R. (1992). Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV. *Instituto Deusto de Drogodependencias*.
- Cogollo, Z., Gómez, E., De Arco, O., Ruiz, I., & Campo-Arias, A. (2009). Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia 1. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(4), 637–644.
- Cohel Vene. (2012). Funcionamiento Familiar : Evaluación de los Potenciadores y Obstructores (I). In *Funcionamiento Familiar*.
- Cubillas, M., Román, R., Abril, E., & Galaviz, A. (2012). Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora.
- Educación, M. de. (2015). Archivo Maestro de Instituciones Educativas (AMIE).
- Elizabeth, K., Bee, M., Yap, H., Doreen, P., & Francis, A. (2014). Risk and protective factors for depression that adolescents can modify : A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 169, 61–75. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.006>

- España, M. de S. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*. (M. de C. e Innovación, Ed.) (2009th ed.). Madrid.
- Espinal, Gimeno, G. (2006). El enfoque Sistémico en los Estudios sobre la Familia. *Estudios Sobre La Familia*, (1), 1–14.
- Estevez, E., Musitu, G. y Herrero, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28(4), 81–89.
- Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV. (2004).
- Gahona, J. (2013). MORBILIDAD_RDACAA_2013.
- Galbán Noa, Milagro Pérez Valdés, Janelly María Hernández Morgado, A. F. C. (2003). Caracterización del estado de salud de las familias pertenecientes al consultorio No. 37 del policlínico norte. *Biblioteca Virtual de Salud de Cuba*, 9, 203.
- Galicia, I., Moyeda, G., Sánchez, A., Javier, F., & Ojeda, R. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes : Rendimiento escolar y dinámica familiar, 25, 227–240.
- Gibb, B. E., Beevers, C. G., Andover, M. S., & Holleran, K. (2006). The Hopelessness Theory of Depression: A Prospective Multi-Wave Test of the Vulnerability-Stress Hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, 30(6), 763–772. <http://doi.org/10.1007/s10608-006-9082-1>
- Gómez-Bustamante, E. M., Castillo-Ávila, I., & Cogollo, Z. (2013). Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 72–80.
- González, J., Macuyama, T., & Silva, Z. (2013). Colegio Nacional Mixto Family Factors That Influence Adolescent Depressive Manifestations in a Mixed Secondary School National, 6(2), 66–77.
- González-Poves, J.-A. T., & Silva-Mathews, Z. (2013). Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1.º al 5.º de secundaria de un Colegio Nacional mixto. *Revista de Enfermería Herediana*, 6(2), 66–77.
- González, E. P., De, D., & Freiiome, C. (1990). Construcción y validación de un instrumento.
- González, E. P., De, D., & Freiiome, C. (1997). Funcionamiento familiar: Construcción y validación de un instrumento. *Ciencias de La Salud Humana*,

- 4, 63–66.
- Hered, R. M., & Hered, R. M. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión, (5), 57–59.
- Hernandez Sampieri, R. (2010). *Metodología de la Investigación*.
- Herrera, P. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(6).
- Hinostroza-Gastelú, Huasguayo-Vega Cristina, Navarro-Gómez Sandra, Torres-Deza Clara, M.-R. L. (2011). Dinámica Familiar y manifestaciones de depresión en escolares de 13 a 15 años de edad. *Revista Herediana de Enfermería*, 12–19.
- INEC. (2010). Censo de Población y Vivienda 2010.
- Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos del Ecuador. (2011a). Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico NSE 2011. 2011, (x), 1–4.
- Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos del Ecuador. (2011b). Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico NSE 2011.
- Kahan, E., Luzardo, M., & Ugo, C. (2010). Depresión en estudiantes de enseñanza media pública, severidad, género y edad. *Ciencias Psicológicas*, IV(2), 149–163.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpela, M., Rantanen, P., & Laippala, P. (2001). Adolescent depression: the role of discontinuities in life course and social support. *Journal of Affective Disorders*, 64(2–3), 155–166. [http://doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00233-0](http://doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00233-0)
- Kashani, J. H., Burbach, D. J., & Rosenberg, T. K. (1988). Perception of family conflict resolution and depressive symptomatology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(1), 42–48. <http://doi.org/10.1097/00004583-198801000-00007>
- Kraaij, V., Garnefski, N., Wilde, E. y Dijkstra, A. (2003). Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors? *Journal of Youth and Adolescence*, 32(3), 185–193.
- Land, H. (2008). Funcionalidad Familiar.
- Minuchin, S. (1986). Familias y Terapia Familiar. *Barcelona, Gedisa*.
- Montalbán, S. (1998). Relación entre ansiedad y dinámica familiar. *Atención Primaria*, 21(1), 29–34.
- Núñez, G. (2015). *Validación de instrumento de funcionalidad de la salud familiar*.

- Ochoa, G. M., & Olaizola, J. H. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28(4), 81–89.
- OMS Depresión. (2014).
- Osorio, A., & Alvarez, A. (2004). Introduccion a La Salud Familiar. *Curso de Posgrado En Gestion Local de Salud*, 1–69.
- Paladines, M., & Quinde, M. (2010). *DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑAS Y SU INCIDENCIA EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR*. Univeridad de Cuenca.
- Pardo, G., Sandoval, A. y Umbarita, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 13–28.
- Pérez, A., Pérez, R., Luz, M., Fernández, M., Javier, F., & Helmling, L. (2007a). Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia : relación con el apoyo social , el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Atención Primaria*, 39(2), 61–65. <http://doi.org/10.1157/13098670>
- Pérez, A., Pérez, R., Luz, M., Fernández, M., Javier, F., & Helmling, L. (2007b). Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia : relación con el apoyo social , el consumo de tóxicos y el malestar psíquico, 39(2), 61–65.
- Ríos, J. (1999). ¿ENFERMOS O FAMILIAS QUE HACEN ENFERM. *REVISTA ESPAÑOLA DE ORIENTACIÓN Y PSICOPEDAGOGIA*, 10(17), 163–178. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Rodríguez, S. (2010). Relación entre el nivel socioeconómico, apoyo social percibido, género y depresión. *Interdisciplinaria*, 27(2), 261–275.
- Salazar, Y., Veytia, M., & Huitr, G. (2013). Relación entre satisfacción con el ambiente familiar y depresión en adolescentes 1. *Psicología Y Salud*, 23(205), 141–148.
- Salinas, A., Alonso, S., Olga, Q., Hernández, M., Molina, L., Lozada, R., & Agreda, V. (2013). RELACION ENTRE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS Y. *Academia*, XII(28), 9–10.
- Salud, I. N. de. (2000). Instrumentos de evaluación de la depresión. *Guía de Práctica Clínica Del SNS*, 94–100.
- Salud, O. P. de la S. O. M. de la. (2014). Comunicado de prensa. *Salud Mental*, 37(3), 1–3.
- Sebastián, J. S., & Estopiñan, R. M. (2012). Tratamiento de la depresión en el

- niño y el adolescente. *An Pediatr Contin*, 10(2), 72–78.
- SENPLADES. (2015a). Agenda Zonal, Zona 7 Sur 2013-2017.
- SENPLADES. (2015b). *Agenda Zonal Zona 7-Sur*.
- Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., & Marti, C. N. (2010). A Meta-Analytic Review of Depression Prevention Programs for Children and Adolescents: Factors that Predict Magnitude of Intervention Effects. *J Consult Clin Psychol*, 77(3), 486–503. <http://doi.org/10.1037/a0015168.A>
- Sutton, J. M. (2008). Prevention of depression in youth: A qualitative review and future suggestions, 27(5), 552–571.
- Valencia, U. de. (2010). Funcionamiento Familiar : Evaluación de los Potenciadores y Obstructores (I) El sistema familiar. *British Medical Journal*, (I), 78.
- Vargas Murga, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Medica Herediana*, 25(2), 57–59.
- Velázquez, J. A. V., Flores, F. G., López, M. M., Lourdes, M. De, López, G., Robles, N. O., ... Ordoñez, C. B. (2011). Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México : Encuesta de Estudiantes del 2009. *Salud Mental*, 34(2), 81–94.
- Villatoro, J., Andrade, P., Fleiz, C., Medina-Mora, M., Reyes, I. y Rivera, E. (1997). La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. *Salud Mental*, 20(2), 21–27.
- Voorhees, B. W. Van, H, M. P., Paunesku, D., A, B., Kuwabara, S. A., A, M., ... Ph, D. (2008). Protective and Vulnerability Factors Predicting New-Onset Depressive Episode in a Representative of U . S . Adolescents, 42, 605–616. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.11.135>
- Windfuhr, K., While, D., Hunt, I., Turnbull, P., Lowe, R., Burns, J., ... Kapur, N. (2008). Suicide in juveniles and adolescents in the United Kingdom, 11, 1155–1165. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01938.x>
- Xóchitl, I., Moyeda, G., Sánchez, A., Javier, F., & Ojeda, R. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes : Rendimiento escolar y dinámica familiar, 25, 227–240.
- Zuluaga, E., Lemos, M., & Torres, Y. (2012a). Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 5, 109–121.
- Zuluaga, E., Lemos, M., & Torres, Y. (2012b). Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International*

Journal of Psychological Research, 5(1), 109–121.

Zúñiga, M. Á., Jacobo, B. R., & Rodríguez, A. S. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes, 205–216.

11. Anexos

Anexo 1 Test de percepción del funcionamiento familiar (FFSIL)

PREGUNTAS	Casi nunca (1 punto)	Pocas veces (2 puntos)	A veces (3 puntos)	Muchas veces (4 puntos)	Casi siempre (5 puntos)
1. ¿Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia?					
2. ¿En su casa predomina la armonía?					
3. ¿En su familia cada uno cumple sus responsabilidades?					
4. ¿Las manifestaciones de cariño forman parte de su vida cotidiana?					
5. ¿Se expresan sin insinuaciones, de forma clara y directa?					
6. ¿Pueden aceptar los defectos de los demás miembros de la familia y sobrellevarlos?					
7. ¿Toman en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes?					
8. ¿Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan?					
9. ¿Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado?					
10. ¿Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones?					
11. ¿Pueden conversar diversos temas sin temor?					
12. ¿Ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas?					
13. ¿Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar?					
14. ¿Se demuestran el cariño que se tienen?					
TOTAL:					

BAREMO

De 70 a 57 puntos. Familia funcional

De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional

De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional

Número de pregunta y las Situaciones Variables que mide:

- 1 y 8 Cohesión
- 2 y 13 Armonía
- 5 y 11 Comunicación
- 7 y 12 Permeabilidad
- 4 y 14 Afectividad
- 3 y 9 Roles
- 6 y 10 Adaptabilidad

Anexo 2 Test de depresión de Hamilton

Humor depresivo: ¿Se siente triste, inútil, con desesperanza, y/o desamparado?	
- No	0
- Estas sensaciones las expreso solamente si me preguntan cómo me siento	1
- Estas sensaciones las digo espontáneamente	2
- Estas sensaciones no las comunico verbalmente, sino las expreso en el rostro, en mi postura, en el tono de mi voz, o tengo tendencia al llanto)	3
- Manifiesto estas sensaciones espontáneamente (de forma verbal y no verbal)	4
¿Se siente culpable?	
- No	0
- Me culpo a mí mismo, creo haber decepcionado a la gente	1
- Tengo ideas de culpabilidad o pienso sobre errores pasados o malas acciones que cometí	2
- Siento que la enfermedad que tengo es un castigo	3
- Oigo voces como si me acusaran o me denunciaran y/o experimento alucinaciones visuales de amenaza	4
Sobre el Suicidio:	
- Ausente	0
- Me parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tengo pensamientos sobre la posibilidad de morirme	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
Insomnio precoz: ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?	
- No tengo dificultad	0
- Tengo dificultad ocasional para dormir, por ejemplo: más de media hora el conciliar el sueño	1
- Tengo dificultad para dormir cada noche	2
Insomnio intermedio: ¿Tiene dificultad para mantenerse dormido?	
- No tengo dificultad	0
- Permanezco desvelado e inquieto o me despierto varias veces durante la noche	1
- Estoy despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
Insomnio tardío: ¿Se despierta demasiado temprano en la mañana?	
- No tengo dificultad	0
- Me despierta a primeras horas de la madrugada, pero me vuelvo a dormir	1
- No puedo volver a dormir si me levanto de la cama	2
Trabajo y actividades: ¿Tiene dificultad en las actividades diarias: escuela, trabajo, pasatiempo)	
- No hay dificultad	0
- Tengo ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (en la escuela, trabajo, pasatiempos)	1
- Tengo pérdida de interés en mis actividades diarias (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- He disminuido el tiempo que dedico a mis actividades o ha disminuido mi rendimiento	3
- Dejé de estudiar o trabajar por la presente enfermedad. Solo me comprometo a hacer pequeñas tareas, o las hago sólo con ayuda.	4
Inhibición psicomotora: ¿Se ha vuelto lento para pensar y hablar, ha disminuido su capacidad de concentración?	

- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligero retraso en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarme	3
- Incapacidad para expresarme	4
Agitación psicomotora: ¿Tiene algún tipo de agitación motora?	
- Ninguna	0
- Juego con mis dedos	1
- Juego con mis manos, cabello, etc.	2
- No puedo quedarme quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerzo las manos, me muerdo las uñas, me halo de los cabellos, me muerdo los labios	4
Ansiedad Psíquica: ¿Tiene algún grado de ansiedad psíquica?	
- No tengo dificultad	0
- Suelo estar irritable	1
- Me preocupo por pequeñas cosas	2
- Tengo una actitud temerosa sobre lo que expreso o hablo	3
- Expreso mis temores sin que me pregunten	4
Ansiedad somática: ¿Tiene algunos de los siguientes signos o síntomas: sequedad de boca, diarrea, eructos, palpitaciones, dolor de cabeza, a veces respira rápidamente, suspiros; orina a cada rato; suda demasiado?	
- Ninguno	0
- Los síntomas son leves	1
- Los síntomas son moderados	2
- Los síntomas son severos	3
- Los síntomas son incapacitantes	4
Síntomas somáticos gastrointestinales: ¿Tiene alguna molestia gastrointestinal?	
- Ninguno	0
- Pérdida del apetito pero como sin necesidad de que me estimulen.	1
- Sensación de pesadez en el abdomen	2
- Dificultad en comer si no me insisten.	3
- Solicito laxantes o medicación intestinal para mis síntomas gastrointestinales	4
Síntomas somáticos generales: ¿Tiene molestias generales?	
- Ninguna	0
- Tengo pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. (Dolor de la cintura, dolor de cabeza, dolor muscular)	1
- Tengo pérdida de energía y me siento fatigado.	2
Síntomas genitales: ¿Presenta disminución del deseo sexual y/o trastornos menstruales (en el caso de mujeres)?	
- Ausente	0
- Débil	1
- Grave	2
Hipocondría: ¿Tiene miedo de enfermarse o se siente enfermo?	
- No	0
- Preocupado de si mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
Pérdida de peso: ¿Ha perdido peso?	
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
Introspección:	
- ¿Te das cuenta que estás deprimido y enfermo?	0
- ¿Te das cuenta de tu enfermedad, pero atribuyes la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajos, virus, necesidad de descanso, etc.?	1
- ¿No te das cuenta que estás enfermo?	2

BAREMO

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

Anexo 3 Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

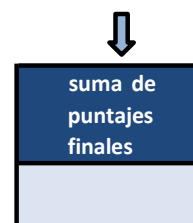
Características de la Vivienda	Puntajes finales
1. ¿Cuál es el tipo de vivienda?	
Suite de lujo	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	59
Departamento en casa o edificio	59
Casa/Villa	59
Mediagua	40
Rancho	4
Choza/Covacha/Otro	0
2. El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:	
Hormigón	59
Ladrillo o bloque	55
Adobe/Tapia	47
Caña revestida o bahareque/madera	17
Caña no revestida/Otros materiales	0
3. El material predominante del piso de la vivienda es de:	
Duela, parquet, tablón o piso flotante	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	46
Ladrillo o cemento	34
Tabla sin tratar	32
Tierra/Caña/Otros materiales	0
4. ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?	
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	32
5. El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:	
No tiene	0
Letrina	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	18
Conectado a pozo ciego	18
Conectado a pozo séptico	22
Conectado a red pública de alcantarillado	38
Acceso a tecnología	Puntajes finales
1. ¿Tiene este hogar servicio de internet?	
No	0
Si	45
2. ¿Tiene computadora de escritorio?	
No	0
Si	35
3. ¿Tiene computadora portátil?	
No	0
Si	39

4. ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?	
No tiene celular nadie en el hogar	0
Tiene 1 celular	8
Tiene 2 celulares	22
Tiene 3 celulares	32
Tiene 4 o más celulares	42
<hr/>	
Posesión de bienes	Puntajes finales
<hr/>	
1. ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?	
No	0
Si	19
2. ¿Tiene cocina con horno?	
No	0
Si	29
3. ¿Tiene refrigeradora?	
No	0
Si	30
4. ¿Tiene lavadora?	
No	0
Si	18
5. ¿Tiene equipo de sonido?	
No	0
Si	18
6. ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?	
No tiene TV a color en el hogar	0
Tiene 1 TV a color	9
Tiene 2 TV a color	23
Tiene 3 o más TV a color	34
7. ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene en este hogar?	
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	6
Tiene 2 vehículos exclusivo	11
Tiene 3 o más vehículos exclusivo	15
<hr/>	
Hábitos de consumo	Puntajes finales
<hr/>	
1. ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?	
No	0
Si	6
2. ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?	
No	0
Si	26
3. ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?	
No	0
Si	27
4. ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?	
No	0
Si	28
5. Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo, ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?	
No	0
Si	12

Nivel de Educación	Puntajes finales
1. ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?	
Sin estudios	0
Primaria incomplete	21
Primaria complete	39
Secundaria incomplete	41
Secundaria complete	65
Hasta 3 años de educación superior	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	127
Post grado	171
Actividad Económica del hogar	Puntajes finales
1. ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro de IESS(general. Voluntario o campesino) y/o seguro del ISFFA o ISSPOL?	
No	0
Si	39
2. ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?	
No	0
Si	55
3. ¿Cuál es la ocupación del Jefe del Hogar?	
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	76
Profesionales científicos e intelectuales	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	46
Empleados de oficina	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	17
Oficiales operarios y artesanos	17
Operadores de instalaciones y máquinas	17
Trabajadores no calificados	0
Fuerzas Armadas	54
Desocupados	14
Inactivos	17

Según la suma de puntaje final (Umbrales),
identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

Grupos socioeconómicos	Umbrales
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos



Anexo 4 ASENTIMIENTO INFORMADO

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR**

ASENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Te estamos invitando a participar en un proyecto de investigación del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Nacional de Loja y que pretende identificar los problemas psico afectivos de los adolescentes del ColegioTú puedes decidir si aceptas o no participar en la investigación. Si no quieres participar, no pasará nada.

Lo que harás si aceptas participar en la presente investigación es contestas unos cuestionarios dentro de tu hora académica. Si durante la aplicación de los cuestionarios decides no continuar, puedes hacerlo, si es el caso debes comunicarlo a la persona encargarla de aplicarlo.

Puedes realizar todas las preguntas que tengas sobre el proyecto de investigación y si después de que te contesten todas tus dudas decides que quieres participar, solo debes firmar en la parte inferior.

Todos los datos personales que suministres serán guardados por los investigadores y ninguna persona tendrá acceso a ellos. La información sólo será empleada para fines académicos.

Manifiesto que he leído y comprendido la información de este documento y en consecuencia acepto su contenido.

Nombre

Firma y Cédula de identidad

Anexo 5 CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Señor padre de familia.

Los estudiantes de Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Nacional de Loja, estamos realizando la investigación "**Problemática de salud de los adolescentes de bachillerato de la Zona 7 del Ecuador 2016**"

El objetivo central es determinar la relación entre diferentes problemáticas de salud del adolescente y los factores familiares en los adolescentes del bachillerato del ColegioLa misma que se realizará a través de la aplicación de formularios y test a los adolescentes.

La presente investigación no representa daño alguno para el alumno, así como costo alguno para la institución o para los padres de familia.

Es necesario recalcar que los datos recolectados serán manejados con completa confidencialidad.

Si usted está de acuerdo que su hija/o forme parte de esta investigación le solicitamos se digne firmar el presente documento, así como consignar su número de cédula de identidad.

Agradecemos su participación y colaboración que irá en beneficio directo de los adolescentes.

Nombre

Firma y Cédula de identidad

Anexo 6 HOJA DE RUTA.

CRONOGRAMA DEL MACROPROYECTO "PROBLEMÁTICA DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE LA ZONA 7 ECUADOR.								
Fecha	Hora	Provincia	Cantón	Parroquia	Colegio	Modalidad	Numero de encuestas	Tiempo
LUNES 16/05/2016	8H00-10H00	Loja	Loja	Sagrario	Colegio experimental Sudamericano	Presencial	27	2 horas
	8H00-10H00	Loja	Loja	Sagrario	Instituto superior Beatriz Cueva de Ayora	Presencial	26	2 horas
	8H00-10H00	Loja	Loja	El Valle	Daniel Álvarez Burneo	Presencial	18	1 hora
	8H00-10H00	Loja	Loja	San Sebastián	Colegio del milenio Bernardo Valdiviezo	Presencial	19	1 hora
MARTES 17/05/2016	8H00-10H00	Loja	Loja	Sagrario	Unidad educativa Vicente Anda Aguirre	Presencial	32	2 horas
	8H00-10H00	Loja	Loja	El valle	Antonio Peña Celi	Presencial	27	1 hora
	8H00-11H00	Loja	Cariamanga	Cariamanga	Instituto Cariamanga	Presencial	30	2 horas
	8H00-10H00	Loja	Celica	Pozul	Maximiliano Rodriguez	Presencial	27	2 horas
MIERCOLES 18/05/2016	8H00-10H00	Loja	Loja	Vilcabamba	Nacional mixto Vilcabamba	Presencial	30	2 horas
	8H00-10H00	Loja	Saraguro	Saraguro	Celina Vivar	Presencial	24	2 horas
	8H00-10H00	Loja	Macará	Macará	Eloy Alfaro	Presencial	14	1 hora
	8H00-1H00	Zamora Chinchipe	Yantzaza	Yantzaza	Juan XXIII	Presencial	23	2 horas
JUEVES 19/05/2016	8H00-10H00	Zamora Chinchipe	Chinchipe	Chinchipe	Instituto Tecnológico Superior San Francisco	Presencial	24	2 hora
	8H00-10H00	Zamora Chinchipe	Zamora	Zamora	12 de febrero	Presencial	33	2 horas
	8H00-10H00	Zamora Chinchipe	Zamora	Zamora	Madre Bernarda	Presencial	23	2 horas
	8H00-10H00	Zamora Chinchipe	Yantzaza	Yantzaza	Martha Bucaram	Presencial	25	2 horas
VIERNES 20/05/2016	8H00-10H00	Zamora Chinchipe	Chinchipe	Zumba	Técnico Industrial Zumba	Presencial	23	6 horas
	8H00-10H00	Zamora Chinchipe	Yantzaza	Yantzaza	Primero de Mayo	Presencial	34	2 horas
SABADO 21/05/2016	8H00-10H00	Loja	Loja	Loja	Ángel Pastrana	Distancia	23	2 hora
	8H00-10H00	Loja	Loja	San lucas	Leonidas Proaño	Distancia	25	2 hora
	8H00-10H00	Zamora Chinchipe	Chinchipe	Zumba	Unidad educativa a distancia Zamora Chinchipe ext. Guarimizal	Distancia	27	2 horas
	8H00-10H00	Zamora Chinchipe	Paquizha	Paquizha	Nuevo Quito	Distancia	27	2 horas
	14H00-16H00	Zamora Chinchipe	Palanda	Palanda	Unidad educativa experimental a distancia Zamora ch ext Fátima	Distancia	27	2 horas
	8H00-10H00	Zamora Chinchipe	El Pangui	El Pangui	Unidad educativa a distancia extensión El Pangui	Distancia	23	2 horas
	8H00-10H00	Zamora Chinchipe	Zumbi	Zumbi	Unidad educativa a distancia San Isidro	Distancia	27	2 horas
	8H00-10H00	El Oro	Machala	Machala	9 de Mayo	Distancia	22	2 horas
LUNES 23/05/2016	8H00-10H00	El Oro	Machala	Machala	Santa Rosa	Distancia	21	2 horas
	8H00-10H00	El Oro	Machala	Machala	Ismael Pérez Sagrado Corazón de Jesús	Presencial	12	2 horas
MARTES 24/05/2017	8H00-10H00	El Oro	Machala	La Providencia	Presencial	23	2 horas	
	8H00-10H00	El Oro	Machala	Machala	9 de Octubre	Presencial	22	2 horas
	8H00-10H00	El Oro	Machala	Machala	Juan Montalvo	Presencial	30	3 horas
	8H00-10H00	El Oro	Machala	Machala	Juan Enrique Coello	Presencial	21	2 horas
	8H00-10H00	El Oro	Pasaje	Pasaje	Francisco Ochoa	Presencial	22	2 horas
MIERCOLES 25/05/2018	8H00-10H00	El Oro	Pasaje	Casacay	Eduardo Pazmiño	Presencial	23	2 horas
	8H00-10H00	El Oro	Arenillas	Arenillas	Arenillas	Presencial	18	2 horas

	8H00-10H00	El Oro	El Guabo	El guabo	José María Velazco	Presencial	50	4 horas
	8H00-10H00	El Oro	Pasaje	Pasaje	Carmen mora	Presencial	30	3 horas
JUEVES 26/05/2016	8H00-10H00	El Oro	Zaruma	Zaruma	26 de noviembre	Presencial	22	2 horas
	8H00-10H00	El Oro	Pasaje	Pasaje	José Ochoa León	Presencial		2 horas

Anexo 7

Archivo fotográfico del proceso de recolección de información en campo



Foto 1. Recolección de datos en la Unidad Educativa Dr. José María Velasco Ibarra, cantón El Guabo – El Oro



Foto 2. Recolección de datos en la Unidad Educativa "12 de Febrero", cantón Zamora – Zamora Chinchipe



Foto 3. Recolección de datos en la Unidad Educativa "Saraguro", cantón Saraguro – Loja



Foto 4. Recolección de datos en la Unidad Educativa Amazonas, cantón Zamora – Zamora Chinchipe

Anexo 8

Proyecto de Tesis

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

ESPECIALIDAD

EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

PROYECTO DE TESIS

TEMA:

**Funcionalidad familiar y su relación con la depresión en
adolescentes del bachillerato de la Zona 7 del Ecuador
2016.**

AUTOR:

Mario Alberto Ordóñez Trelles

R3 Postgrado Medicina Familiar y Comunitaria

DIRECTOR DE TESIS:

Dra. Anabel Larriva

ASESOR METODOLÓGICO:

Ing. José González

CERTIFICACIÓN

Dra. Anabel Larriva

DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA - DIRECTOR DE TESIS

Ing. José Eduardo González Estrella M.Sc.

DOCENTE ASESOR DE INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, ÁREA DE LA SALUD HUMANA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICAN:

Haber dirigido, asesorado, orientado, revisado y discutido, en todas las fases de elaboración y ajuste del proyecto de tesis intitulado: **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DEL BACHILLERATO DE LA ZONA 7 DEL ECUADOR 2016”**, de la autoría del Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles, la misma que cumple a satisfacción con los requisitos tipificados en el Reglamento de Régimen Académico, en el fondo y forma, exigidos por la Institución para continuar con los procesos que conlleva la graduación de postgrado, por tal motivo autorizamos su presentación para la aprobación respectiva y el consecuente inicio de las acciones de ejecución o implementación del mismo en su zona de intervención o influencia.

Loja, 9 de mayo de 2016

Dra. Anabel Larriva
DIRECTOR DE TESIS

Ing. José E. González Estrella M.Sc.
ASESOR DE INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN

Md. Mario Ordóñez Trelles
POSTGRADISTA

1. TEMA DE LA INVESTIGACIÓN.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES DEL BACHILLERATO DE LA ZONA 7 DEL ECUADOR 2016.

2. PROBLEMÁTICA.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud en el año 2014, determinaron que la depresión constituye la principal causa de morbilidad y discapacidad en los adolescentes (O. P. de la S. O. M. de la Salud, 2014). Se estima que afecta a 350 millones de personas y comienza a menudo a temprana edad, reduce el funcionamiento y frecuentemente es recurrente (Marina M., Yassami T., Ommeeren M., Chislom D., 2012).

La prevalencia aumenta desde la niñez a la adolescencia (Kaltiala-Heino, Rimpela, Rantanen, & Laippala, 2001) y varía de una región a otra. Así en Europa en el año 2004 tuvo una prevalencia de 12,8% (Alonso et al, 2004); en España la prevalencia de depresión mayor se estimó en un 2,3% en adolescentes de 13 y 14 años y en un 3,4% en adolescentes de 18 años. Otros trabajos han observado porcentajes entorno al 5% entre la población adolescente. Un estudio observacional realizado entre niños de edades comprendidas entre 12 y 16 años mostró una prevalencia de manifestaciones depresivas del 10,3% (España, 2009).

En Estados Unidos su prevalencia va del 5 al 8,3% entre los adolescentes. En Colombia la prevalencia de depresión en la población general es del 10%, con mayor afectación de mujeres (España, 2009). En el Ecuador, no se cuentan datos estadísticos de prevalencia o incidencia de depresión por año; pero en el año 2013, el Ministerio de Salud informó que a nivel ambulatorio en adolescentes de 15 a 19 años se diagnosticaron 700 casos de episodios depresivos, de entre los cuales 425 fueron leves, 125 moderados, 41 graves sin síntomas psicóticos y 7 graves con síntomas psicóticos (Gahona, 2013).

La prevalencia es mayor para el sexo femenino con una razón 2:1, y el momento crítico en el que aparece la diferencia entre sexos es entre los 15 y 18 años (España, 2009) (Asarnow et al., 2005). Según el nivel socioeconómico no existe consenso, varios autores no consideran que el bajo nivel socioeconómico se asocie significativamente con la depresión, mientras que otros observan que se tiene dos veces más riesgo de padecer depresión a lo largo de su vida que aquellos de un elevado entorno socioeconómico, independientemente de otros factores sociodemográficos o de historia familiar de enfermedad mental (España, 2009).

Los factores considerados de riesgo para el apareamiento de depresión en los adolescentes incluyen: aspectos familiares, del entorno y factores individuales. Entre los aspectos familiares se incluyen antecedentes de depresión en alguno de los padres,

alcoholismo familiar, la disfuncionalidad familiar y la violencia. (Van núcleo familiar Voorhees et al., 2008)(España, 2009)(Cairns, Yap, Pilkington, & Jorm, 2014). Se ha determinado que la funcionalidad familiar juega un papel importante en el desarrollo social y psicológico de los miembros que constituyen el núcleo familiar, y depende no sólo del altruismo que lleva a los seres sociales a unirse para sobrevivir, sino también, de la plasticidad operacional conductual que permita a los miembros operar consensualmente, como condición para la realización de sus ontogénias particulares, mediante la pertinencia al sistema. Por lo que las perturbaciones o situaciones estresantes que comprometan el sistema familiar puede producir un desequilibrio, ya sea en los planos físico o emocional de él o los integrantes que hacen parte de él (Minuchin Salvador, 2004).

La determinación de la funcionalidad como factor protector o de riesgo en el apareamiento de depresión en este grupo de edad no es concluyente. Algunos autores han encontrado una relación estadísticamente significativa entre depresión y disfuncionalidad familiar (Kashani, Burbach, & Rosenberg, 1988) (Van Voorhees et al., 2008) (Jiménez Garcés, Díaz Vélez, & García Gutiérrez, 2010) (Palacio & Merchán, 2013)(Gómez-Bustamante, Castillo-Ávila, & Cogollo, 2013); mientras que otros autores no hallan relación alguna entre la disfunción familiar y la presencia de síntomas depresivos en los adolescentes(Cogollo, Gómez, & Arco, 2009),(Zapata et al., 2007).

Al estudiar la familia se parte de la teoría general de Sistemas, a través de la cual, la familia es el sistema que define y configura en mayor medida el desarrollo de la persona desde su concepción. Constituye de esta manera el microsistema más importante, porque configura la vida de una persona durante muchos años. Se considera un sistema en constante transformación, lo que significa que es capaz de adaptarse a las exigencias del desarrollo individual de sus miembros y a las exigencias del entorno; esta adaptación asegura la continuidad y a la vez el crecimiento psicosocial de los miembros (Espinal, Gimeno, 2006).

Cuando la familia no se llega a adaptar a los constantes cambios del sistema familiar e individual de sus miembros, es cuando empiezan los problemas, la familia se enferma, y al suceder esto generalmente la familia manifiesta su enfermedad a través del miembro de la familia catalogado como “paciente designado”, que puede ser uno de los hijos. Entre los factores que pueden “enfermar” a la familia se incluyen: la resistencia a los cambios evolutivos del hijo, la resistencia a los cambios del ciclo vital de la familia, el mantenimiento de actitudes educativas erróneas(Ríos, 1999).

Al preguntarnos si hay familias enfermas llegamos a la conclusión de poder afirmar que lo que está "enfermo" es el tejido de las relaciones que vinculan a unos miembros con otros. El efecto inmediato de esta realidad es que debemos hablar más bien de familias que hacen enfermar en cuanto que ponen en juego elementos dinámicos que lejos de contribuir a cuanto se ha señalado como positivo, se convierten en elementos desencadenantes de nuevos conflictos y deterioros posteriores (Ríos, 1999).

De esta manera, el manejo de la depresión va más allá del manejo emocional y conductual del adolescente, en el que se pueden incluir programas de prevención, con los cuales se intervenga antes de que aparezcan los síntomas depresivos o mientras éstos sean leves, manejando los factores de riesgo para la depresión en los jóvenes. (Sutton, 2008) (Stice, Shaw, Bohon, & Marti, 2010). Sin embargo el manejo sistémico de la depresión va encaminado a tratar la causa que en este caso va a ser la "familia que enferma".

De esta manera queda aún por consensuar la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en los adolescentes, ya que los resultados de los estudios son discrepantes. Además, no se han valorado en todos los casos como factores predisponentes de depresión a trastornos en las categorías de la funcionalidad familiar, ni a otros factores familiares, socioeconómicos y demográficos, en la génesis de la depresión.

3. JUSTIFICACIÓN.

Desde un enfoque sistémico la familia es de vital importancia puesto que la forma como están organizados sus miembros, el papel que juega cada uno de ellos, la forma en la que se comunican, y su funcionamiento, van a determinar el tipo de relaciones que se establecen en dicho sistema familiar, lo que a su vez posibilitará o no la presencia y/o mantenimiento de problemas psicológicos y emocionales, como la depresión, en alguno de sus miembros.

Al constituir la depresión una enfermedad que desarmoniza la salud mental y que constituye un problema frecuente en nuestro país y en la región sur del Ecuador, con un aumento en su incidencia y prevalencia, se establece como un problema de salud mental que debe ser evaluado, diagnosticado y sobre todo prevenido oportunamente. De ahí la importancia de la presente investigación, que nos permitirá conocer la realidad de este problema en nuestra población adolescente, determinar la importancia de la funcionalidad familiar y sus categorías como factores protectores o de riesgo para esta enfermedad y establecer si el nivel socio económico y los factores socio demográficos se asocian como determinantes en el apareamiento de esta patología en los adolescentes.

Esto permitirá realizar planes de intervención en los individuos diagnosticados con la patología para que recobren su salud mental y sus familias mejoren su funcionalidad, de manera que participen activamente en el manejo de la enfermedad; y planes de prevención en las familias cuyos adolescentes requieran el apoyo familiar para mejorar su estado emocional. Los beneficios directos serán para los adolescentes y sus familias, iniciando un proceso de resolución de crisis originadas dentro de la familia y por la misma familia.

Los resultados serán presentados a las autoridades de salud y educación, y serán publicados en una revista científica indexada, de manera que sirva de referencia para posteriores investigaciones.

4. HIPÓTESIS.

4.1 Hipótesis del investigador H1:

- La disfunción familiar **constituye un factor de riesgo** para el desarrollo de depresión en los adolescentes de bachillerato de los establecimientos educativos de la zona 7, durante el año 2016, a un nivel del 95% de probabilidad mediante la aplicación de la prueba estadística de Chi Cuadrado.
- Una baja cohesión, comunicación, adaptabilidad, armonía, permeabilidad y afectividad y trastornos en el cumplimiento de los roles, **son factores desencadenantes** de depresión en los adolescentes de bachillerato de los establecimientos educativos de la zona 7, durante el año 2016, a un nivel del 95% de probabilidad mediante la aplicación de la prueba estadística de Chi Cuadrado.
- Los adolescentes de bachillerato de los establecimientos educativos de la zona 7, durante el año 2016, pertenecientes a familias extensas, de sexo femenino, de un bajo nivel socioeconómico y que viven en zonas urbanas, **tienen mayor riesgo** de sufrir depresión, a un nivel del 95% de probabilidad mediante la aplicación de la prueba estadística de Chi Cuadrado.

4.2 Hipótesis nula:

- La disfunción familiar **no constituye un factor de riesgo** para el desarrollo de depresión en los adolescentes de bachillerato de los establecimientos educativos de la zona 7, durante el año 2016, a un nivel del 95% de probabilidad mediante la aplicación de la prueba estadística de Chi Cuadrado.
- Una baja cohesión, comunicación, adaptabilidad, armonía, permeabilidad y afectividad y trastornos en el cumplimiento de los roles, **no son factores desencadenantes** de depresión en los adolescentes de bachillerato de los establecimientos educativos de la zona 7, durante el año 2016, a un nivel del 95% de probabilidad mediante la aplicación de la prueba estadística de Chi Cuadrado.
- Los adolescentes de bachillerato de los establecimientos educativos de la zona 7, durante el año 2016, pertenecientes a familias extensas, de sexo femenino, de un bajo nivel socioeconómico y que viven en zonas urbanas, **no tienen mayor riesgo** de sufrir depresión, a un nivel del 95% de probabilidad mediante la aplicación de la prueba estadística de Chi Cuadrado.

4.3 Modelo Matemático

Ho: $X^2_t = X^2_c$

H1: $X^2_t > X^2_c$

H2: $X^2_t < X^2_c$

α : 5% (margen de error)

gl : $(v-1)(h-1)$ (grados de libertad)

ZONA RECHAZO (R): Para establecer la región de rechazo buscamos en la tabla de distribución del X^2 el valor correspondiente a los grados de libertad con la significación del 5%

R: $\pm 1,96$

4.4 Modelo Estadístico

$$X^2 = \frac{(fo-fe)^2}{fe}$$

5. OBJETIVOS.

5.1 Objetivo general:

Analizar la funcionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes de bachillerato de la zona 7 del Ecuador en el 2016.

5.2 Objetivos específicos:

- Determinar la funcionalidad familiar, sus categorías y la caracterización de las familias por su ontogénesis y tamaño.
- Establecer el grado de depresión en los adolescentes.
- Analizar la relación entre la funcionalidad familiar, sus categorías y su caracterización con la depresión.
- Analizar la funcionalidad familiar y su relación con la depresión desde los aspectos demográficos y socioeconómicos.

6. MARCO TEORICO.

CAPÍTULO I

1. Antecedentes de la depresión

La depresión es una patología descrita desde la antigüedad. Así, Homero, en el año 400 a. C., hizo referencia a los trastornos mentales, a los que llamó “mainé” y “melancolía”. Soranos de Ephesus describió los síntomas principales de la melancolía: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones jovialidad. Aulus Cornelius en el 30 a.C. describió la melancolía en su libro “De re medicinae”: Kaplan, H. & Sadoock, B. (1.996), término que también utilizaron Areteo (120-180), Galeno (129-199), Alexander de Tralles en el Siglo VI y el médico Moses Maimónides en el Siglo XII(García, 2009).

Posteriormente, Aulus Cornelius en el 30 a.C. describió la melancolía en su libro “De re medicinae”: Kaplan, H. & Sadoock, B. (1.996), término que también utilizaron Areteo (120-180), Galeno (129-199), Alexander de Tralles en el Siglo VI y el médico Moses Maimónides en el Siglo XII.

En el período Medieval, Paracelso (1.493-1541) se opuso a las creencias demoniacas y supersticiosas que explicaban los trastornos mentales y emocionales; en cambio retomó las tesis Griegas que explicaban biológicamente las conductas desadaptadas. En el Siglo XVI, Juan Huarte de San Juan (1.530- 1.589) en su tratado sobre psicología: “Probe of the mind”, apoyaba la explicación racional del desarrollo psicológico frente a teorías teológicas.

Robert Burton (1.577-1.640), destacó el papel del enfado como centro emocional de la depresión en su obra “Anatomy of Melancholy”. Posteriormente en el Siglo XVII, Bonet describió una enfermedad mental a la que denominó “maniaco-melancholicus”. En 1.854 Jules Falret llamó “folie circulaire” a una enfermedad caracterizada por la alternancia de estados depresivos con estados de manía. Coetáneo de Falret, el psiquiatra francés Jules Baillarger describió una forma de depresión “folie à double forme” en la que los pacientes se iban deprimiendo cada vez más, entrando en un estado de estupor del que se recuperaban tras un espacio temporal.

Al principio del Siglo XIX, el anatomista y fisiólogo alemán, Franz Joseph Gall (1.758-1.828) formuló la teoría de la frenología tras estudiar el cerebro de diferentes tipos de personas: jóvenes, ancianos y trastornados. Según esta teoría, distintas facultades psicológicas se localizan en áreas específicas del cerebro. Se va

evolucionando pues, hacia una base física de la enfermedad mental, como reflejan los tratamientos del médico escocés William Cullen (1.712- 1.790). En estos mismos años, aparece un movimiento de reforma en Francia que, refleja la compasión por las personas que padecen trastornos mentales. Pinel (1.745-1.826), plantea que lo que necesitan los pacientes es cuidado humano y tratamiento.

Una de las características de este movimiento de reforma europeo, fue la creación de instituciones para el tratamiento de niños con problemas psicológicos y con retraso mental. A principios del siglo XIX Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente), y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir a suicidio.

En América, Dorothea Dix (1.802-1.887) maestra de Boston, se preocupó tanto por la falta de trato humano e instalaciones dignas para los enfermos mentales, que visitó 18 misiones, 300 prisiones y 500 hospitales consiguiendo que se construyeran 32 hospitales de salud mental.

En Europa hasta 1.850, a los niños se les internaba en las mismas instituciones que a los adultos (se les encarcelaba), puesto que la niñez era la época anterior a la adquisición de la razón y la pérdida de la razón significaba demencia. En 1.816 casi un cuarto de los prisioneros de las cárceles Londinenses tenían menos de 17 años.

Tras una lenta evolución, a mediados del siglo XIX, los libros de texto que describían las anomalías psicológicas, empezaron a incluir secciones dedicadas a los niños en las que se describían trastornos como el denominado “demencia de edad temprana”.

En 1.882 desde Alemania, el psiquiatra Karl Kahlbaum acuñó el término “ciclotimia” para englobar depresión y manía, como estados de la misma enfermedad mientras que Kraepelin en 1.899 describía una psicosis maníaco depresiva cuyos criterios son compatibles con lo que actualmente se diagnostica como Bipolar I y otro caso compatible con el trastorno de ánimo de inicio tardío.

Se habían sentado las bases nosográficas que permitirían en los albores del siglo veinte, establecer las clasificaciones posteriores de los trastornos el estado de ánimo(García, 2009).

De esta manera se ha descrito de forma general a la depresión y/o sus síntomas desde su apareamiento en la línea del tiempo hasta llegar al siglo XX, en el

cual se empieza a tomar importancia su diagnóstico a temprana edad. Larraguibel en su estudio sobre “Trastorno depresivo en el adolescente” menciona la importancia de la depresión en los adolescentes. Solamente en las últimas décadas ha sido objeto de interés, ya sea por su creciente prevalencia o por la importancia de su diagnóstico a temprana edad (Larraguibel, 2006). Es así que se menciona que cada generación, a partir de 1940, presenta un riesgo mayor de desarrollar un trastorno depresivo, siendo factible reconocer dicha psicopatología a edades tempranas (Suárez, 2013).

CAPÍTULO II

2. Familia

2.1. Definición: “La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”(Espinal, Gimeno, 2006).

Es un ámbito privilegiado de formación de actitudes, habilidades y valores que permitan, posteriormente, que el sujeto afronte una etapa vital tan decisiva como es la adolescencia. Durante una serie de años la socialización ejercida por la escuela y el grupo de amigos estará controlada y filtrada por la institución familiar, que seleccionará las experiencias vitales de sus miembros (Laespalda, Iraurgi, & Aróstegi, 2004).

2.2. Tipología Familiar.

2.2.1. Familia según su tamaño(Galbán Noa, Milagro Pérez Valdés, Janelly María Hernández Morgado, 2003).

2.2.1.1. Familia pequeña: Cuando está compuesta por 1 a 3 miembros.

2.2.1.2. Familia mediana: Cuando está compuesta por 4 a 6 miembros.

2.2.1.3. Familia grande: Cuando está compuesta por 7 o más miembros.

2.2.2. Familia según su ontogénesis(Osorio & Alvarez, 2004).

2.2.2.1.1. Familia nuclear: Son matrimonios casados en primeras nupcias y con hijos biológicos.

2.2.2.1.2. Familia extensa: Está constituida por más de dos generaciones en el hogar de los abuelos.

2.2.2.1.3. Familia ampliada: Familias en que se incluye a otras personas, que pueden tener algún tipo de vínculo consanguíneo (madre, tíos, sobrinos) no tener vínculo de consanguinidad alguno, como es en el caso de las empleadas domésticas, o alguna persona que esté de visita en casa. Pero son importantes, ya que pueden ser causa de conflictos o

problemas familiares o, en algunas ocasiones, de apoyo positivo o recurso familiar.

2.2.2.1.4. Familia reconstituida: Es una familia en la que dos personas deciden tener una relación formal de pareja y forman una nueva familia, pero como requisito al menos uno de ellos incorpora un hijo de una relación anterior.

2.2.2.1.5. Familia monoparental: Es aquella en que un solo cónyuge esta con la responsabilidad total de la crianza y convivencia de los hijos.

2.3. La familia desde el enfoque sistémico.

2.3.1. Sistema Familiar.

Desde la perspectiva de la teoría general de sistemas, la familia se define como un sistema, es decir: “La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”(Minuchin, 1986).

Uno de los conceptos de la teoría de sistemas comprende los conceptos de totalidad. La familia como un sistema en conformidad con el concepto de totalidad va más allá de las características individuales de los integrantes del núcleo familiar. Es más que la suma de sus componentes, por lo que es única en forma, dinámica y estructura, lo que la hace diferente a todas. Pero como una telaraña cualquier modificación o cambio en una de las partes afecta a todas otras partes del sistema, influyendo sobre ellas y modificando el sistema, en conjunto de modo que se transforma en otro diferente en algún aspecto respecto del anterior.

Por eso cualquier afectación en la salud de uno de los miembros de ese hogar, tiene algún tipo de efecto en los otros integrantes de la familia, la familia es una unidad, y cada integrante forma parte del conjunto total; en ella cualquier circunstancia de modificación de carácter interno o externo influye en la conducta y en el comportamiento de todos sus integrantes.(Osorio & Alvarez, 2004).

2.3.2. Subsistemas familiares.

Aunque son muchos los subsistemas estructurales o funcionales que pueden darse dentro de la familia, como las diferentes familias nucleares que se diferencian en la familia extensa, en el sistema familiar nuclear, que es el referente predominante en nuestra cultura, encontramos tres subsistemas estructurales básicos y bien diferenciados: la constelación fraterna, parental y conyugal, si bien aparecen altamente relacionados entre sí como se demuestra, no sólo a nivel científico, sino en

la misma vida cotidiana. Cada uno de estos dos subsistemas tiene sus propias normas y relaciones que se definen en su interior, aunque, naturalmente, en algunos aspectos vitales de la convivencia reciben influencia mutua uno del otro, mucho más intensa cuando hablamos de la educación de los hijos(Espinal, Gimeno, 2006).

2.3.2.1. Subsistema conyugal: Generalmente es una pareja de diferente sexo, que decide iniciar una relación formal de convivencia. La pareja decide cuáles serán las nuevas reglas que regirán este nuevo subsistema.

2.3.2.2. Subsistema parental: Los padres o la persona que cumple el rol de padre o de madre, decide cuales son las herramientas básicas que necesita transmitirle a los hijos dentro de un proceso de socialización. En este subsistema se debe incluir a los abuelos, los tíos, los hermanos, los primos o las personas que forman parte de la familia y que se preocupan de la educación de los niños. Sus creencias, vivencias y experiencias serán transmitidas para que los más pequeños aprendan desde el hogar algunas de las normas sociales que deben conocer.

2.3.2.3. Subsistema fraternal: Según Minuchin es aquel en que se encuentran dónde están los hermanos. El subsistema fraterno es el primer laboratorio social en que los niños pueden experimentar relaciones con sus pares”. En el subsistema fraternal los niños aprenden sus primeras vivencias y conductas en relación con los comportamientos que deben o no tener respecto de las otras personas dentro y fuera de sus familias(Osorio & Alvarez, 2004).

CAPÍTULO III.

3. Funcionalidad Familiar.

3.1.1. Definición.

Puede ser definida como el conjunto de procesos en la crianza o interacción de un grupo de personas, que forman una familia, que se orientan al crecimiento físico y emocional de los miembros.(Gómez-Bustamante et al., 2013) Ésta explica la forma como el sistema familiar opera, evalúa o se comporta(Valencia, 2010).

3.1.2. Categorías de la Funcionalidad familiar.

3.1.2.1. Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisión de las tareas cotidianas(González, De, & Freiiome, 1997).

- 3.1.2.2. Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo(González et al., 1997).
- 3.1.2.3. Comunicación: los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa. Esta comunicación dentro de una familia puede conseguirse usando mensajes verbales, no verbales, e implícitos. La comunicación 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(Osorio & Alvarez, 2004)(González et al., 1997).
- 3.1.2.4. Adaptabilidad: habilidad para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera(González et al., 1997).
- 3.1.2.5. Afectividad: capacidad de los miembros de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros(González et al., 1997).
- 3.1.2.6. Rol: cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar(González et al., 1997).
- 3.1.2.7. Permeabilidad: capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones(González et al., 1997).

3.1.3. Evaluación de la funcionalidad familiar a través del Test de percepción de la Funcionalidad Familiar FFSIL.

Actualmente existen un sinnúmero de test y cuestionarios que valoran y evalúan la funcionalidad familiar, uno de ellos es el Test de percepción de la funcionalidad familiar FFSIL. Este instrumento confeccionado permite diagnosticar el funcionamiento familiar (dinámica relacional sistémica que se da entre los miembros de una familia), a través de la percepción de uno de los miembros. Se parte del principio de que es sencillo, de bajo costo, de fácil comprensión para cualquier nivel de escolaridad y que puede ser aplicado por cualquier tipo de personal (médico de familia, enfermera, trabajadora social, etcétera)(González et al., 1997).

Éste instrumento permite la evaluación de la funcionalidad familiar a través de las categorías: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad. Constituye una prueba de alta confiabilidad por su estabilidad y coherencia interna, con alta validez de contenido, de criterio y de construcción(González et al., 1997).

La evaluación de la funcionalidad familiar permite determinar si una familia es funcional o disfuncional:

3.1.3.1. Familia Funcional: Son familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que son funcionales son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida, por ninguno de los miembros; y donde todos laboran, trabajan y contribuyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo(Land, 2008).

La familia que es funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis, que los mantiene unidos a pesar de las crisis que se presenten, permitiendo que se las progrese para que se puedan resolver con el fin de lograr un desarrollo en todo el sistema familiar y que cada miembro alcance un mayor grado de madurez. Estas familias se caracterizan porque los roles de cada miembro están establecidos y son cumplidos, todos trabajan en equipo con el propósito de alcanzar bienestar por igual sin ninguna distinción haciéndolo con entusiasmo y amor(Paladines & Quinde, 2010).

3.1.3.2. Familia disfuncional: es aquella que no tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Algunos autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas(Herrera, 1997).

CAPÍTULO IV

4. Depresión y Adolescencia

4.1. Depresión

4.2. Adolescencia

4.3. Depresión en la adolescencia

La depresión constituye un problema común en la salud mental de los adolescentes en el mundo(Thapar et al, 2012). Además es un importante factor de riesgo para el suicidio, constituye la segunda o tercera causa de muerte en este grupo de edad (Windfuhr et al., 2008).

La enfermedad depresiva durante la adolescencia, con frecuencia no recibe la atención debida. Los adolescentes deprimidos no reciben atención de los padres,

además no buscan ayuda en ellos y evitan consultar a un profesional de la salud. Cuando recurren a la atención médica, lo hacen con quejas primariamente somáticas(Agreda, 2013).

4.4. Factores protectores y de riesgo para depresión

Dentro de la familia, se pueden evidenciar tanto factores de riesgo como de protección hacia el adolescente, los factores de riesgo hacen referencia a las características internas y/o externas del individuo, que aumentan la probabilidad o predisposición de que se produzca un determinado fenómeno(Clayton, 1992).

4.4.1. **Factores protectores:** Almudena (2009) cita a Cava et al, quienes refieren que entre los factores protectores se destacan: buenas amistades, estatus en el grupo de iguales, actitud de respeto a la autoridad y de rechazo hacia el consumo, adecuada comunicación familiar, elevada autoestima social, elevada autoestima familiar(Almudena, 2009)

4.4.2. **Factores de riesgo:** Los factores considerados de riesgo para el apareamiento de depresión en los adolescentes incluyen:

4.4.2.1. Factores familiares: se incluyen antecedentes de depresión en alguno de los padres, alcoholismo familiar, la disfuncionalidad familiar y la violencia. Dentro de la disfuncionalidad familiar, las familias extendidas son las más disfuncionales, por ende se considera a este tipo de familia como un factor de riesgo(Gonzáles, Macuyama, & Silva, 2013).

4.4.2.2. Factores del entorno: conflictos interpersonales, malas relaciones sociales, bajos ingresos económicos(Gonzáles et al., 2013) y vivir en zonas urbanas(Kaltiala-Heino et al., 2001).

4.4.2.3. Factores individuales: que abarcan: la mala adaptación en la escuela, trabajo o con la pareja, el bullying, el acoso, el consumo de drogas, la dieta, el sobrepeso y obesidad (Van Voorhees et al., 2008)(España, 2009)(Cairns et al., 2014).

4.4.3. Sintomatología depresiva en la adolescencia

La depresión es un síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva (García, 2009), 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 (OMS,2014).

La sintomatología difiere a la de los adultos y es más destructiva. La mayoría de los especialistas describen los síntomas de la depresión propios de los adolescentes en: aumento o descenso de peso, hipo o hiperinsomnia, disminución en el rendimiento académico, problemas de atención y dificultad de concentración, anergia, agitación motora o enlentecimiento, ausencia de motivación, estado de ánimo deprimido y baja autoestima, evitación de actividades lúdicas, interacción social y familiar disminuidas, deseo continuo de estar solo y no ser molestado, pensamientos recurrentes de muerte y actividades autodestructivas (Almudena, 2009).

CAPÍTULO V

5. Funcionalidad familiar y depresión.

5.1. La disfunción familiar como factor de riesgo para depresión

Vargas Murga cita a López-Jiménez et al., en cuyo estudio afirman que cuando el funcionamiento familiar se altera por situaciones emergentes o por la presencia de un miembro identificado con el padecimiento, se requiere que el sistema familiar sea asistido y capacitado para afrontar los requerimientos en el ámbito individual, familiar y social (Vargas Murga, 2014).

La influencia de la desestructuración familiar es evidente en la génesis de las enfermedades psiquiátricas durante la adolescencia, específicamente, de las diferentes formas de depresión (Zuluaga, Hoyos, & De Galvis, 2012). El proceso de ruptura conyugal es el motivo más frecuente de separación de los hijos de sus respectivos padres, lo cual provoca cambios fundamentales en los ámbitos familiar, social y psíquico, que afectan así la percepción que el adolescente tiene del mundo circundante y generan crisis psicológicas y emocionales en ellos; evidentes tanto desde una perspectiva funcional familiar como estructural, pues existen familias que desde el punto de vista de su estructura se consideran nucleares, pero en la interacción de sus miembros son claramente disfuncionales, lo cual influye naturalmente en los mecanismos etio-patogénicos de los trastornos psíquicos en los adolescentes (Gibb, Beevers, Andover, & Holleran, 2006).

5.2. Trastornos en las categorías de la función familiar como factores de riesgo para depresión

Entre los principales aspectos de la funcionalidad familiar que han sido identificados como factores de riesgo para el apareamiento de depresión destacan: la

presencia de problemas de comunicación entre padres e hijos (discusiones, conversaciones violentas) y una menor cohesión (Estevez, E., Musitu, G. y Herrero, 2005) (Kashani et al., 1988) (Galicia et al, 2009)(Zúñiga et al, 2009), la percepción de los adolescentes acerca de que en su familia existe un alto nivel de conflictividad, hostilidad y rechazo, un escaso o excesivo control conductual por parte de los padres (Villatoro, J., Andrade, P., Fleiz, C., Medina-Mora, M., Reyes, I. y Rivera, 1997)(Thapar et al, 2012), así como una baja experimentación de afecto y cercanía, (Pardo, G., Sandoval, A. y Umbarita, 2004). La presencia de estos factores inciden de manera negativa en los ámbitos emocional y cognitivo de los adolescentes, provocando que sean más propensos a sufrir un trastorno depresivo (Kraaij, V., Garnefski, N., Wilde, E. y Dijkstra, 2003).

5.3. Complicaciones y morbilidad de la depresión en la adolescencia.

La depresión es una entidad infra diagnosticada, que acarrea un mayor número de complicaciones y comorbilidades, así como aumento del riesgo de cronicidad o de la aparición de enfermedades psiquiátricas en la edad adulta (Sebastián & Estopiñan, 2012), en particular, los trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias y el trastorno bipolar, así como la conducta suicida, desempleo, y problemas físicos. Por lo tanto, un episodio de depresión en la adolescencia a menudo anuncia una enfermedad crónica o recurrente, y prevé una amplia gama de problemas psicosociales y mala salud (Thapar et al, 2012) (Anita Thapar, Stephan Collishaw, Daniel S Pine, 2012).

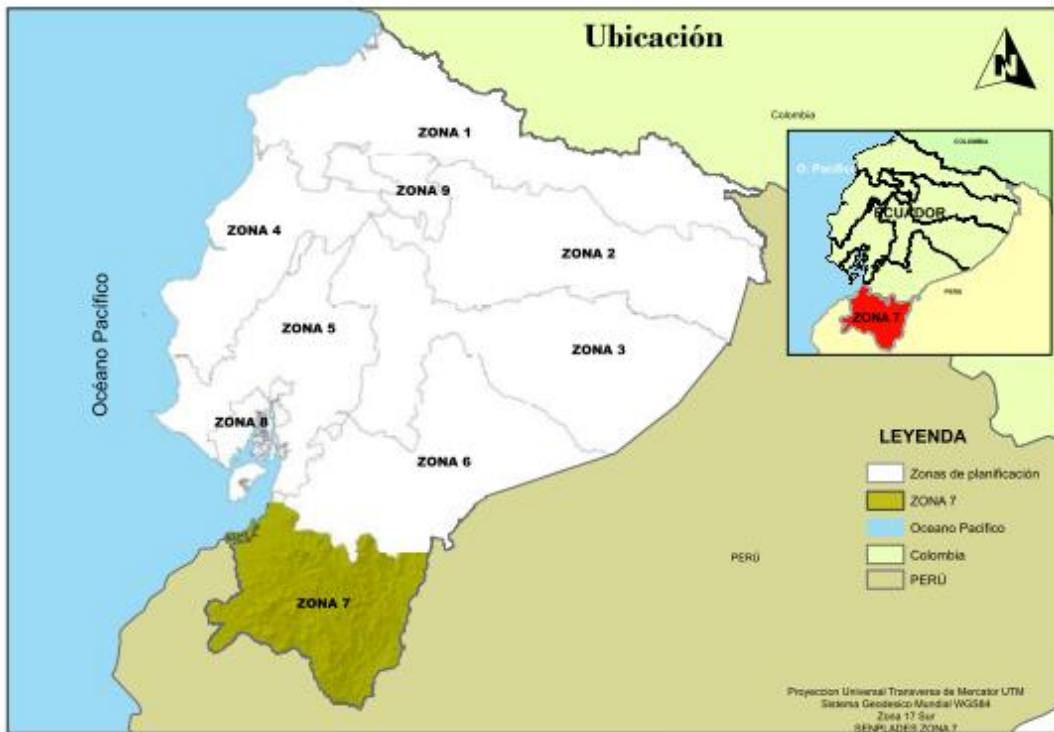
CAPÍTULO VI.

6. Información relevante sobre el contexto sobre donde se desarrollará la investigación.

6.1. Ubicación de la zona de influencia e intervención del proyecto.

La Zona 7 se ubica entre las coordenadas 3°30' y 5°0' de latitud sur y 78°20' y 80°30' de longitud oeste; limita al norte con las zonas 5 y 6, al Sur y Oriente con Perú, al Occidente con Perú y el Océano Pacífico. (SENPLADES, 2015).

Figura 1. Ubicación en el Territorio Nacional.



Fuente: Instituto Geográfico Militar, INEC, MAE.

Elaboración: Senplades, Zona 7.

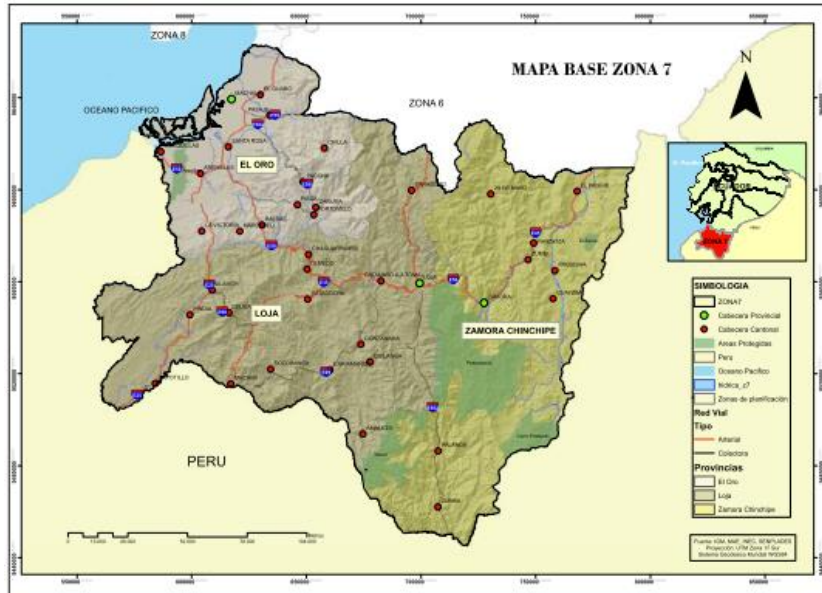
6.2. Superficie.

Posee una superficie de 27491,9 km² que representa el 11% del territorio ecuatoriano, distribuido en tres provincias El Oro (5866,6 Km²), Loja (11065 Km²) y Zamora Chinchipe (10559,7 km²).

6.3. División política.

La división política administrativa de la zona, comprende tres Provincias: el Oro, con 14 cantones y 49 parroquias; Loja, con 16 cantones y 78 parroquias; y Zamora Chinchipe, con 9 cantones y 28 parroquias.(SENPLADES, 2015).

Figura 2. Zona de Planificación 7.



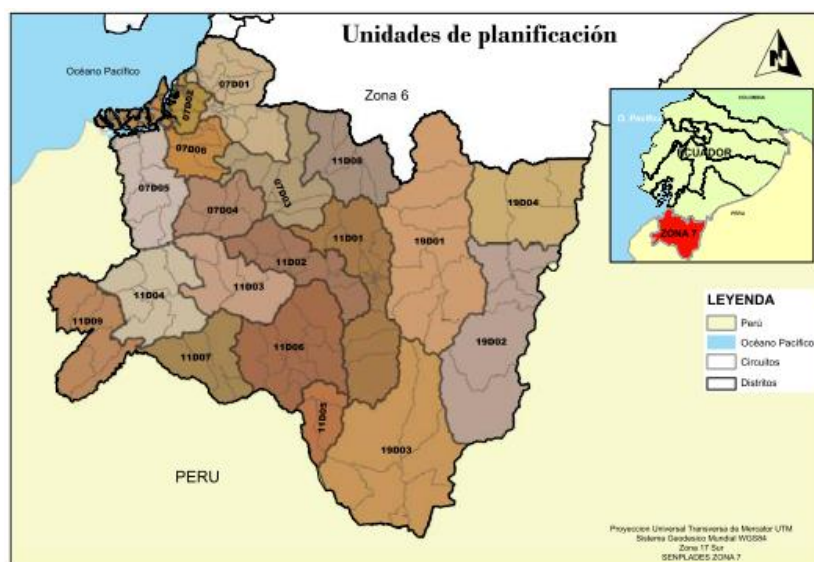
Fuente: Instituto Geográfico Militar, INEC, Senplades.

Elaboración: Senplades, Zona 7.

6.4. Unidades de Planificación.

De acuerdo al Registro Oficial No.290, del 28 de mayo de 2012, para la gestión de las entidades y organismos que conforman la Función Ejecutiva, se establece que se conformarán 19 Distritos (6 en El Oro, 9 en Loja y 4 en Zamora Chinchipe) y 164 circuitos (66 en El Oro, 72 en Loja y 26 en Zamora Chinchipe).

Figura 3: Distritos y circuitos de la Zona 7.



Fuente: Instituto Geográfico Militar, INEC, Senplades.

Elaboración: Senplades, Zona 7.

Tabla 1: Distritos administrativos por provincia Zona 7.

Provincia	Distrito	Cantón(es)	Nro. de circuitos
El Oro	07D01	Chilla, El Guabo, Pasaje	15
	07D02	Machala	21
	07D03	Atahualpa, Portovelo, Zaruma	9
	07D04	Balsas, Marcabelí, Piñas	6
	07D05	Arenillas, Huaquillas, Las Lajas	8
	07D06	Santa Rosa	7
Loja	11D01	Loja	22
	11D02	Catamayo, Chaguarpamba, Olmedo	9
	11D03	Paltas	5
	11D04	Celica, Puyango, Pindal	7
	11D05	Espindola	3
	11D06	Calvas, Gonzanamá, Quilanga	9
	11D07	Macará, Sozoranga	5
	11D08	Saraguro	6
	11D09	Zapotillo	6
Zamora Chinchipe	19D01	Zamora, Yacuambi	9
	19D02	Nangaritzta, Centinela del Cóndor, Paquisha	6
	19D03	Chinchipe, Palanda	7
	19D04	Yantzaza, El Pangui	4
Total	19 Distritos		164 Circuitos

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2010.

Elaboración: Senplades Zona 7.

6.5. Aspectos socioeconómicos de la zona 7.

6.5.1. **Población:** Según el Censo de 2010 tiene una población de 1'141.001 habitantes, que corresponde al 7,9 % del total nacional; 65,7% es urbana y 34,3% es rural. El Oro aglutina el 52,6 % del total zonal; seguida de Loja con 39,4% y Zamora Chinchipe con 8,0%. La población masculina representa el 50,2% y la femenina 49,8 %.

Tabla 2. Población por área geográfica.

Área	El Oro		Loja		Zamora Chinchipe		Total	
	Población	%	Población	%	Población	%	Población	%
Urbana	464 629,0	77,4	249 171,0	55,5	36 163,0	39,6	749 963,0	65,7
Rural	136 030,0	22,6	199 795,0	44,5	55 213,0	60,4	391 038,0	34,3
Subtotal	600 659,0	100,0	448 966,0	100,0	91 376,0	100,0	1 141 001,0	100,0

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2010.

Elaboración: Senplades Zona 7.

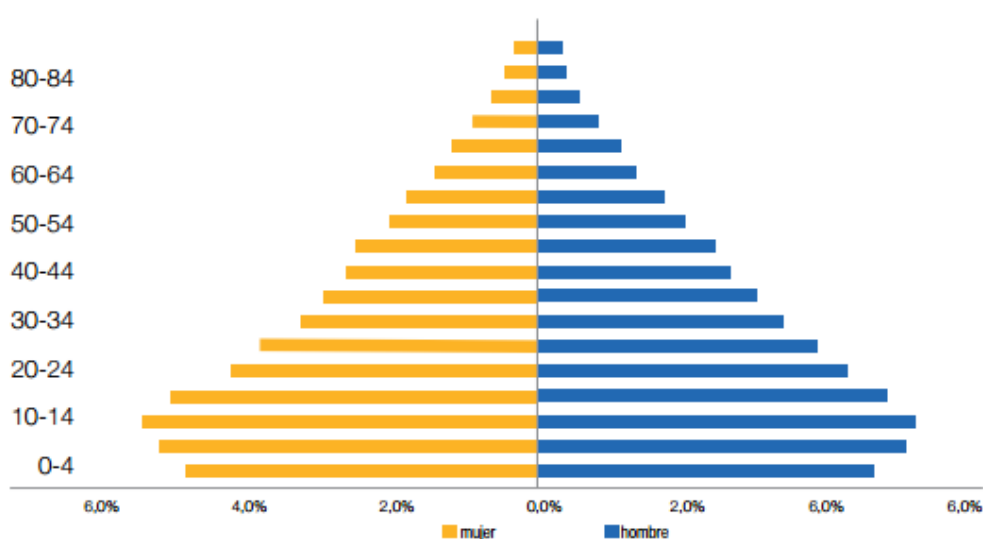
Tabla 3. Población según sexo por provincia.

Sexo	El Oro		Loja		Zamora Chinchipe		Total	
	Población	%	Población	%	Población	%	Población	%
Hombres	304 362	50,7	220 794	49,2	47 452	51,9	572 608	50,2
Mujeres	296 297	49,3	228 172	50,8	43 924	48,1	568 393	49,8
Subtotal	600 659	100,0	448 966	100,0	91 376	100,0	1 141 001,0	100,0

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2010.

Elaboración: Senplades Zona 7.

Figura 4. Pirámide Poblacional de la Zona 7.

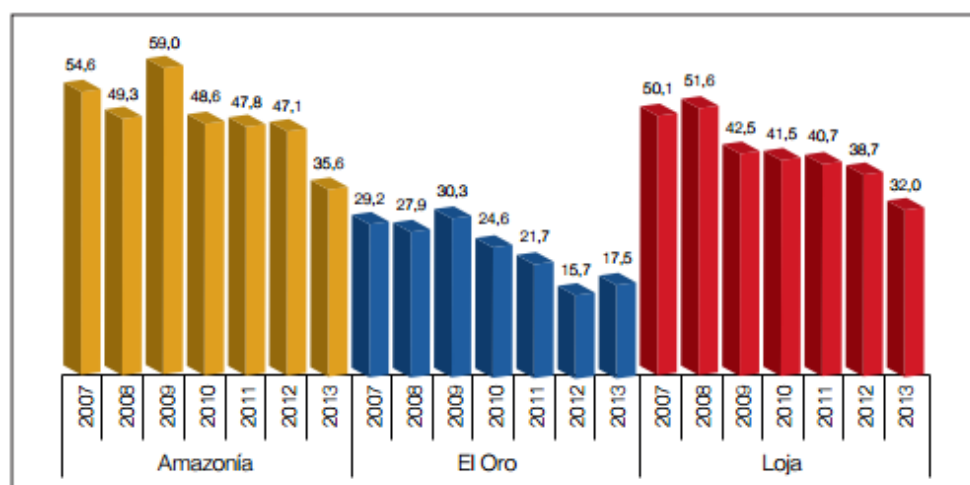


Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2010.

Elaboración: Senplades Zona 7.

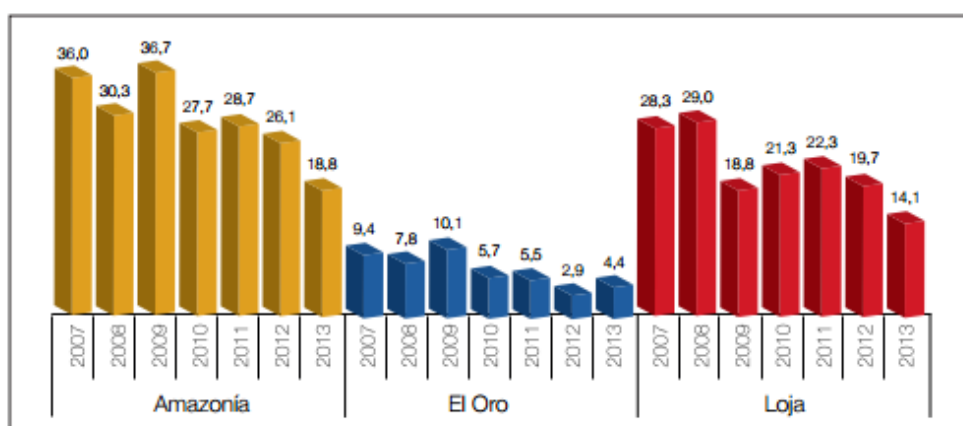
6.5.2. **Pobreza:** Desde el 2007 se han logrado avances significativos en materia de desarrollo social y económico en la Zona 7. Entre ellos se pueden destacar: la disminución sostenida de la pobreza y extrema pobreza por ingresos, la reducción de la desigualdad, los avances en cobertura educativa y las mejoras en la asistencia sanitaria. La pobreza y extrema pobreza por ingresos disminuyeron, en El Oro, 14,9 puntos porcentuales (pp) y 8,3 pp respectivamente; en Loja, 19,7 y 14,1; y en Zamora Chinchipe, 10,1 y 0,09 pp respectivamente (SENPLADES, 2015).

Figura 5. Pobreza por ingresos



Fuente: Senplades, Atlas de las desigualdades socioeconómicas del Ecuador, 2013. Elaboración: Senplades, Zona 7

Figura 6. Extrema pobreza por ingresos



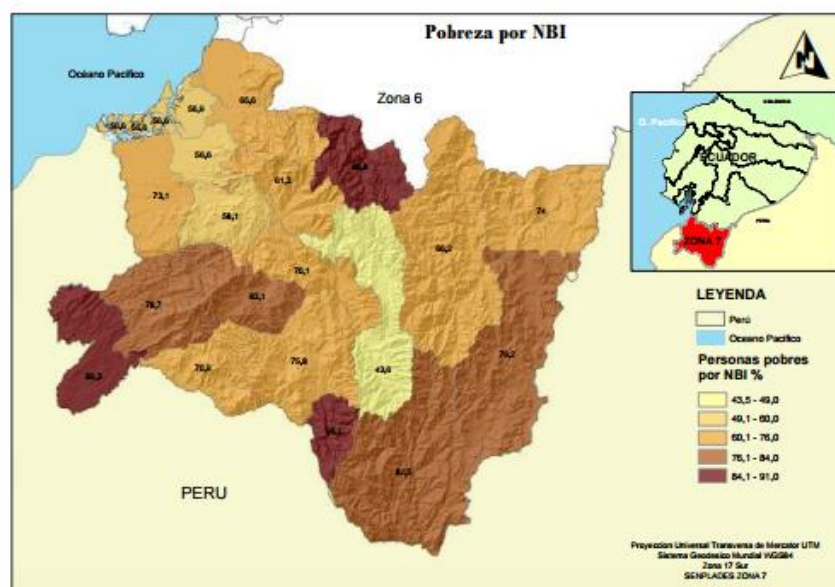
Fuente: Senplades, Atlas de las desigualdades socioeconómicas del Ecuador, 2013. Elaboración: Senplades, Zona 7

La desigualdad expresada por la relación entre el 10% más rico y el 10% más pobre bajó aproximadamente 40 pp en Zamora Chinchipe, más de 20 pp en Loja y más de 2 pp en El Oro.

Es necesario mencionar que aún prevalecen carencias estructurales, la problemática más apremiante se expresa en las condiciones de pobreza en que viven parte importante de habitantes, esto conlleva a la negación de sus derechos ciudadanos e impide el acceso y disfrute de servicios básicos y sociales. Por ende, erradicar la pobreza es el imperativo moral y el fin último de la implementación de la

planificación nacional y local; sin embargo, la complejidad del problema y sus aristas multidimensionales demandan de la intervención articulada del ejecutivo desconcentrado, GAD, ciudadanía y otros sectores sociales a través de una estrategia territorial conjunta. Para medir la pobreza existen diversas alternativas; sin embargo, a continuación se presenta la pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).

Figura 7. Pobreza por NBI por distritos en la Zona 7 año 2010



Fuente: INEC, Censo de Población y Vivienda, 2010.

Elaboración: Senplades, Zona 7.

Los distritos de Espíndola, Zapotillo, Saraguro, Paltas y Chinchipe – Palanda son los que presentan mayores registros, ya que el indicador supera el 82%. Asimismo, al realizar un análisis por cantones, se evidencia que existen profundas diferencias entre el área urbana y rural. Otra particularidad es que, en todos los cantones en donde están presentes grupos indígenas, los niveles de NBI superan los 50 puntos porcentuales.

Lo anterior evidencia la necesidad de fortalecer los procesos de planificación y gestión pública a nivel local, para mejorar los indicadores de cobertura y calidad de servicios brindados a la población tales como: servicios básicos (agua potable, alcantarillado, eliminación de basura por carro recolector, luz eléctrica), condiciones y características de la vivienda (hacinamiento y déficit habitacional) y servicios

sociales (educación, salud, protección integral del ciclo de vida)(SENPLADES, 2015)

6.6. Demografía de la población adolescente de la Zona 7

En el Ecuador, según el censo del año 2010, existen 1.419.537 adolescentes de entre 15 a 19 años, que corresponden al 9,8% del total de la población. De éstos 46776 pertenecen a la provincia de Loja, 59028 a la provincia de El Oro y 10157 en la provincia de Zamora Chinchipe, siendo un total en la Zona 7 de 115961 adolescentes de esas edades, correspondiente al 8,16% de adolescentes del Ecuador(INEC, 2010).

La población de adolescentes pertenecientes al Primero, Segundo y tercer año de bachillerato matriculados en las unidades educativas de la Zona 7 en el año 2016 es de 66.856 adolescentes, que corresponden al 4,7% del total de la población de adolescentes del país(Educación, 2015).

6.7. Infraestructura Educativa

En cuanto a la prestación de servicios sociales –la educación es un factor determinante para alcanzar el Buen vivir en el Territorio–, al analizar los principales indicadores, se registra lo siguiente: en 2010, la escolaridad en personas mayores de 24 años de edad fue de 10,1 años; registrando índices más bajos en la provincia de Zamora Chinchipe 9,5 años. La población indígena tiene los mayores porcentajes de analfabetismo, especialmente en las mujeres. De otro lado, se registró un porcentaje del 31,6% de estudiantes que utilizaron internet, cifra que es inferior al nacional del 34,1%.

En la Zona 7, la mayor concentración de infraestructura educativa se encuentra en Loja con el 51,94%; seguida de El Oro, con el 30,94% y Zamora Chinchipe con 17,11%. De los 2574 establecimientos, el 87% son de educación básica (incluyendo nivel inicial) luego bachillerato con 12,85%¹⁴. Una distribución más adecuada se está impulsando con la desconcentración en distritos y circuitos en el territorio.

Tabla 4. Establecimientos de educación (primero y segundo niveles).

Provincias	Bachillerato	%	Educación Básica	%	Educación Artística	%	Unidades educativas del milenio	%
Loja	173	46,3	1 360	52,8	1	33,3	2	33,3
El Oro	140	37,4	772	30,0	1	33,3	2	33,3
Zamora Chinchipe	61	16,3	442	17,2	1	33,3	2	33,3
TOTAL	374	100	2 574	100	3	100	6	100

Fuente: Ministerio de Educación, 2013.

Elaboración: Senplades, Zona7.

7. METODOLOGÍA.

7.1 Tipo de Investigación

El presente estudio forma parte del macroproyecto denominado “**Problemática de salud de los adolescentes de bachillerato de la Zona 7 del Ecuador 2016**” integrado por 12 estudiantes de posgrado de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Nacional de Loja, explorando diferentes aspectos de la problemática de los adolescentes, a través de encuestas y mediciones antropométricas dirigidas a los adolescentes de las Provincias de Loja, El Oro y Zamora Chinchipe.

Se realizará un estudio cuantitativo no experimental (debido a que pretende observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente ser analizado) y de diseño transversal de causalidad (pues aspira describir las relaciones entre la funcionalidad familiar y la depresión en un momento determinado).(Hernández Sampieri, 2010).

7.2 Universo.

Está conformado por la población de adolescentes de bachillerato de las Provincias de El Oro; Loja y Zamora Chinchipe, según la Coordinación Zonal 7 de Educación se encuentran registrados en la base AMIE 66.856 estudiantes de bachillerato de la siguiente forma:

El Oro:	34.018
Provincia de Loja:	25.246
Provincia de Zamora Chinchipe:	6.554
Total de Alumnos:	66.856

7.3 Muestra.

Para el cálculo de la muestra se ha utilizado la fórmula de Pita Fernandez a partir del total de estudiantes de 1er 2do y 3er año de bachillerato de las tres provincias de la

Zona 7 del Ecuador, así: $n.Z^2.p.(1-p)$

$$n = \frac{\dots}{\dots}$$

$$(N-1).e^2+Z^2.p.(1-p)$$

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo.

Z = Valor del Nivel de confianza: Nivel de confianza 95% -> **Z=1,96**

e = Límite aceptable de error muestral e: 0,03 (**3%**)

p = Es la proporción que esperamos encontrar. Valor aproximado del parámetro que queremos medir. p:0,07 (7 %)

Provincia de El Oro

$$34018 (1,96)^2.0,07.(1-0,07)$$

$$n = \frac{\dots}{\dots} = 276 \text{ (valor ajustado a perdidas= } \mathbf{324})$$

$$(35453-1).0,03^2+(1,96)^2.0,07.(1-0,07)$$

Provincia de Loja

$$25246 (1,96)^2.0,07.(1-0,07)$$

$$n = \frac{\dots}{\dots} = 275 \text{ (valor ajustado a perdidas= } \mathbf{322})$$

$$(25361-1). 0,03^2+(1,96)^2.0,07.(1-0,07)$$

Provincia de Zamora Chinchipe

$$6554 (1,96)^2.0,07.(1-0,07)$$

$$n = \frac{\dots}{\dots} = 267 \text{ (valor ajustado a perdidas= } \mathbf{314})$$

$$(5919-1). 0,03^2+(1,96)^2.0,07.(1-0,07)$$

Total de Muestra: 960 adolescentes

Esta muestra calculada fue sometida al programa g power lo cual confirma que tiene un poder mayor al 80 %

7.4 Muestreo.

Se realizará un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple a través del sistema informático Microsoft Excel para seleccionar los Colegios de cada Provincia; y por conglomerados para los estudiantes de 1ero, 2do y 3er año de bachillerato hasta completar el total de la muestra por provincia. De la siguiente forma:

De la base AMIE del Ministerio de educación se han seleccionado los establecimientos que cumplan los requisitos de tener bachillerato, luego se realizó estratos de establecimientos tomando en cuenta el número de estudiantes, índice de urbanidad tipo de establecimiento (fiscal, particular y fisco misional), jornada de estudio (matutinos vespertinos nocturnos y a distancia, capaz que exista una verdadera representatividad de cada uno de los grupos estudiados. Es así que se determinó los establecimientos a visitar y el número de encuestar a realizar en cada uno de estos.

Tabla 5. Distribución de Colegios en la Provincia de Loja

PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	TOTAL BACHILLERATO	ESTRATOS	MUESTRA
LOJA	CALVAS	CARIAMANGA	INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR CARIAMANGA	209	ESTRATO 2	30
LOJA	CELICA	POZUL (SAN JUAN)	MAXIMILIANO RODRIGUEZ	122	ESTRATO 1	27
LOJA	LOJA	EL SAGRARIO	INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR BEATRIZ CUEVA DE AYORA	1038	ESTRATO 6	26
LOJA	LOJA	VALLE	UNIDAD EDUCATIVA A DISTANCIA DE LOJA EXT HNO ANGEL PASTRANA	554	ESTRATO 3	23
LOJA	LOJA	EL SAGRARIO	UNIDAD EDUCATIVA EXPERIMENTAL SUDAMERICANO	85	ESTRATO 1	27
LOJA	LOJA	EL SAGRARIO	UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL VICENTE ANDA AGUIRRE	926	ESTRATO 5	32
LOJA	LOJA	SAN SEBASTIAN	COLEGIO EXPERIMENTAL BERNARDO VALDIVIESO	1612	ESTRATO 9	19
LOJA	LOJA	VALLE	INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR DANIEL ALVAREZ BURNEO	1546	ESTRATO 8	18
LOJA	LOJA	VILCABAMBA (VIC)	COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA	323	ESTRATO 2	30
LOJA	MACARA	GENERAL ELOY ALF	MACARA	625	ESTRATO 4	14
LOJA	SARAGURO	SARAGURO	CELINA VIVAR ESPINOSA ITS	424	ESTRATO 3	24
LOJA	LOJA	SAN LUCAS	UNIDAD EDUCATIVA A DISTANCIA DE LOJA EXT MONS LEONIDAS PROA	35	ESTRATO 1	25
LOJA	LOJA	SUCRE	COLEGIO DR. ANTONIO PEÑA CELI	86	ESTRATO 1	27
TOTAL				7585		322

Tabla6. Distribución de Colegios en la Provincia de El Oro

PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	TOTAL BACHILLERAT	ESTRATOS	ENCUESTAS
EL ORO	ZARUMA	ZARUMA	26 DE NOVIEMBRE	547	ESTRATO 3	21
EL ORO	MACHALA	LA PROVIDENCIA	SAGRADO CORAZON DE JESUS	21	ESTRATO 1	23
EL ORO	SANTA ROSA	SANTA ROSA	SANTA ROSA	502	ESTRATO 3	22
EL ORO	ARENILLAS	ARENILLAS	ARENILLAS	657	ESTRATO 4	27
EL ORO	EL GUABO	EL GUABO	DR JOSE MARIA VELASCO IBARRA	602	ESTRATO 4	50
EL ORO	PASAJE	OCHOA LEON (MATRIZ)	CARMEN MORA DE ENCALADA	984	ESTRATO 5	30
EL ORO	PASAJE	OCHOA LEON (MATRIZ)	EDUARDO PAZMIÑO BARCIONA	240	ESTRATO 2	21
EL ORO	MACHALA	MACHALA	JUAN HENRIQUEZ COELLO	292	ESTRATO 2	21
EL ORO	PASAJE	CASACAY	FRANCISCO OCHOA ORTIZ	40	ESTRATO 1	23
EL ORO	MACHALA	MACHALA	ISMAEL PEREZ PAZMIÑO	1231	ESTRATO 7	12
EL ORO	MACHALA	MACHALA	9 DE OCTUBRE	2342	ESTRATO 12	22
EL ORO	MACHALA	MACHALA	9 DE MAYO	1023	ESTRATO 6	22
EL ORO	MACHALA	LA PROVIDENCIA	JUAN MONTALVO	869	ESTRATO 5	30
TOTAL				9350		324

Tabla 7. Distribución de Colegios en la Provincia de Zamora

PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	TOTAL BACHILLERAT	ESTRATOS	MUESTRA
ZAMORA CHINCHIPE	EL PANGUI	EL PANGUI	UNIDAD EDUC EXPERIMENTAL A DISTANCIA ZAMORA CH EXT PANGUI	171	ESTRATO 2	22
ZAMORA CHINCHIPE	YANTZAZA	YANTZAZA	INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR PRIMERO DE MAYO	711	ESTRATO 5	34
ZAMORA CHINCHIPE	YANTZAZA	YANTZAZA	JUAN XXIII	261	ESTRATO 2	22
ZAMORA CHINCHIPE	YANTZAZA	YANTZAZA	MARTHA BUCARAM DE ROLDOS	343	ESTRATO 3	24
ZAMORA CHINCHIPE	CENTINELA DEL C	ZUMBI	UNIDAD EDUC EXPERIMENTAL A DISTANCIA ZAMORA CH EXTEN SAN ISIDR	27	ESTRATO 1	27
ZAMORA CHINCHIPE	CHINCHIPE	ZUMBA	UNIDAD EDUC EXPERIMENTAL A DISTANCIA ZAMORA CH EXT GUARIMIZAL	30	ESTRATO 1	27
ZAMORA CHINCHIPE	CHINCHIPE	ZUMBA	TÉCNICO INDUSTRIAL ZUMBA	228	ESTRATO 2	23
ZAMORA CHINCHIPE	PALANDA	PALANDA	UNIDAD EDUC EXPERIMENTAL A DISTANCIA ZAMORA CH EXT FATIMA	5	ESTRATO 1	27
ZAMORA CHINCHIPE	PAQUISHA	PAQUISHA	UNIDAD EDUC EXPERIMENTAL A DISTANCIA ESXT NUEVO QUITO	17	ESTRATO 1	27
ZAMORA CHINCHIPE	ZAMORA	ZAMORA	12 DE FEBRERO	686	ESTRATO 5	33
ZAMORA CHINCHIPE	ZAMORA	ZAMORA	INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR SAN FRANCISCO	369	ESTRATO 3	25
ZAMORA CHINCHIPE	ZAMORA	ZAMORA	MADRE BERNARDA	177	ESTRATO 2	23
TOTAL				3025		314

7.5 Criterios de inclusión

- Adolescentes que asisten al 1ero, 2do y 3er año de Bachillerato de los Colegios de las Provincias de El Oro, Loja y Zamora Chinchipe, que expresen su deseo de participar en el estudio a través del asentimiento informado, y posterior autorización de sus padres o representantes legales a través del consentimiento informado.

7.6 Criterios de Exclusión

- Estudiantes de 20 años y más que al momento de realizar el estudio asistan al bachillerato, considerados por su edad, según la Organización Mundial de la Salud, como adultos jóvenes.

- Adolescentes de 1er, 2do y 3er año de bachillerato con algún grado de discapacidad o enfermedad mental.

7.7 Recolección de información.

Se aplicará a los adolescentes una encuesta anónima que incluya: la información demográfica, la encuesta de estratificación del nivel socioeconómico del INEC, el Test de Percepción de la Funcionalidad Familiar (FFSIL) y la Escala de depresión de Hamilton. El diseño general de los instrumentos será así:

7.7.1 Datos Generales.- Los datos sociodemográficos que se tomen serán mediante la encuesta autollenada por identificación propia más el llenado de la encuesta socioeconómica del INEC 2010.

7.7.2 Edad.- Restringido al grupo de edad en estudio.

7.7.3 Sexo.- Ambos sexos, se escogerá el porcentaje de cada sexo según el análisis de la muestra.

7.7.4 Institución.- Restringido al grupo de instituciones que fueran escogidas.

7.7.5 Provincia.- Loja: Zamora y el Oro.

7.7.6 Año Escolar.- Año que estuviese cursando el entrevistado.

7.7.7 Tipología familiar.- Por número de integrantes y tipo de familia.

7.7.8 Nivel socioeconómico.- Según encuesta socioeconómica INEC 2011(Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos del Ecuador, 2011).

7.8 Instrumentos.

7.8.1 Test de Percepción de la Funcionalidad Familiar (FFSIL):

Instrumento que permite diagnosticar el funcionamiento familiar, a través de la percepción de uno de los miembros; parte del principio, de que es sencillo, de bajo costo y de fácil comprensión para cualquier escolaridad y que pueda ser aplicado por cualquier tipo de personal. Toma en cuenta 7 categorías: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad; que permiten identificar a las familias

como familias funcionales, moderadamente funcionales, disfuncionales y severamente disfuncionales.(González, De, & Freiiome, 1990).

Confiabilidad: La media del coeficiente de confiabilidad o de correlación r de Pearson fue de 0,42, la relación positiva existe pero no es perfecta.(Nuñez, 2015).

Validez: El Alfa de Crombach va de 0,91 a 0,94. Este resultado reflejaría la validez del instrumento ya que se encuentra dentro de los valores aceptables. El instrumento fue validado y permitirá valorar a las familias de manera integral en su estructura y funcionalidad.(Nuñez, 2015).

7.8.2 Escala de depresión de Hamilton: escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión. Los ítems incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento. Se valorará si el adolescente al momento de realizar la encuesta se encuentra: no deprimido, con depresión ligera o menor, depresión moderada, depresión severa o depresión muy severa(I. N. de Salud, 2000).

Confiabilidad: La confiabilidad del test usando la Guía de Entrevista Estructurada ha sido notificado con una r de Pearson de 0,81(Bech, 2010).

Validez: Se ha reportado que su validez va de 0.65 a 0,90 con medidas generales de severidad de la depresión, y para ser altamente correlacionados con puntuaciones clínicas medidas como MADRS y IDS-C(Bech, 2010).

7.8.3 Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico del Instituto nacional de Estadísticas y Censos (INEC): Encuesta desarrollada y validada por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), que evalúa las siguientes características: las características de la vivienda (puntaje de 236 puntos), educación (171 puntos), características económicas (170 puntos), bienes (163 puntos), TIC's (161 puntos) y hábitos de consumo (99 puntos).(Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos del Ecuador, 2011).

7.9 Análisis de datos

Se ingresará los datos parciales en el programa Excel microsof, ya que este programa nos ofrece la capacidad de ingreso de datos de una forma rápida. En un segundo paso la creación de la base de datos en el programa SPSS para su análisis, en primer lugar del piloto de los test para lo cual se realizará análisis factorial de alpha de cronbach, KMO, esfericidad de barleth y coeficiente de corcordancia de Kendall. Luego de establecer el constructo y su aplicación se volverá a ingresar los datos y su análisis en el programa SPSS Para realizar el análisis estadístico se utilizara la prueba chi chadrado, razón de prevalencia con intervalo de confianza al 95% además se utilizará la prueba de U de Mann-Whitney ya que esta prueba nos permite establecer diferencias entre expuestos y no expuestos.

7.10 Área de Estudio

El estudio se realizará en la Zona de Planificación 7, la cual se ubica entre las coordenadas 3°30' y 5°0' de latitud sur y 78°20' y 80°30' de longitud oeste; limita al norte con las zonas 5 y 6, al sur y oriente con Perú, al occidente con Perú y el océano Pacífico. Según la división política administrativa de la zona, esta comprende tres provincias: El Oro, con 14 cantones y 49 parroquias; Loja, con 16 cantones y 78 parroquias; y, Zamora Chinchipe, con nueve cantones y 28 parroquias.

De acuerdo al Registro Oficial No. 290, del 28 de mayo de 2012, para la gestión de las entidades y organismos que conforman la Función Ejecutiva, se establece que se conformarán 19 distritos (seis en El Oro, nueve en Loja y cuatro en Zamora Chinchipe) y 164 circuitos (66 en El Oro, 72 en Loja y 26 en Zamora Chinchipe); niveles administrativos de planificación que se establecen para garantizar la distribución y provisión de bienes y servicios públicos de calidad y

calidez para la ciudadanía; los cuales serán implementados en el territorio nacional por los diferentes ministerios y secretarías.

7.11 Aspectos éticos

El investigador declara el no tener conflictos de interés que puedan afectar la realización del mismo ni en sus resultados.

Una parte importante en la presente investigación es el solicitar el consentimiento informado a cada estudiante, dejando en claro que puede retirarse del mismo en cualquier momento que lo vea conveniente, de igual forma se recalca que los datos aportados por ellos tienen la más absoluta confidencialidad. Así también se procederá a solicitar el permiso correspondiente a la Zonal 07 de Educación, para que la institución esté al tanto del desarrollo del mismo e hiciera las sugerencias que el caso amerite. Mismo procedimiento se llevara a cabo en cada uno de los planteles educativos.

7.12 Operacionalización de variables

VARIABLES INTERVINIENTES					
Conceptualización	Dimensión	Escala	Indicador	Instrumento	Item
Sexo: Atributo que define al ser humano como hombre o mujer	Biológica	1 hombre 2 mujer	Cédula Auto- identificación	Registro autollenado por cada adolescente	
Edad: Número de años cumplidos en el momento de la encuesta	Cronológica	15,16,17,18 y 19 años	Cédula Auto- identificación	Registro autollenado por cada adolescente	
Año escolar: Grado académico dentro de la institución	Educativa	1ro de bachillerato 2do de bachillerato	Año legalmente matriculado	Registro autollenado por cada adolescente	

		3ro de bachillerato			
Nivel Socioeconómico: Es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar basada en sus ingresos educación y empleo	Social	Alto 845,1-100 Medio alto 696,1-845 Medio típico 535,1-696 Medio bajo 316,1-535 Bajo 0 a 316	Puntajes de encuesta del Nivel Socioeconómico-Instituto nacional de Estadísticas y Censos (INEC)	Encuesta Estratificada del Nivel Socioeconómico Instituto nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2010	
Residencia: Área geográfica donde se reside	Geográfica	Provincia Cantón Parroquia	Encuesta	Registro autollenado por cada adolescente	
Caracterización familiar: Organización de la familia en diferentes grupos	Social	Nuclear Extensa Ampliada	Ontogénesis	Registro autollenado por cada adolescente	
		Pequeña Mediana Grande	Número de integrantes	Registro autollenado por cada adolescente	

VARIABLE INDEPENDIENTE					
Conceptualización	Dimensión	Escala	Indicador	Instrumento	Item
Funcionalidad Familiar.- cumplimiento de las funciones de la familia como: afecto, socialización,	Cohesión Armonía Comunicación Adaptabilidad Afectividad	Normal Disfunción leve Disfunción moderada	Función familiar normal: 17-20 Disfunción leve 13 a 16	Test de percepción del funcionamiento familiar (FFSIL)	1.-Se toman decisiones para cosas importantes para la familia 2.-En mi casa predomina la armonía 3.- En mi casa cada cual cumple sus

<p>cuidado, reproducción y estatus.</p>	<p>Rol Permeabilidad</p>	<p>Disfunción severa</p>	<p>Disfunción moderada 12 a 10 Disfunción severa 9 o menos</p>	<p>responsabilidades</p> <p>4.-Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana</p> <p>5.-Nos expresamos sin insinuaciones de forma directa</p> <p>6.-Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos</p> <p>7.-Tomamos en consideración la experiencia de otras familias en situaciones difíciles</p> <p>8.-Cuando alguno de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.</p> <p>9.-Se distribuyen las tareas de modo que nadie está sobrecargado.</p> <p>10.-Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.</p> <p>11.-Podemos conversar de diversos temas sin temor.</p> <p>12.-Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras</p>
---	--------------------------	--------------------------	--	---

					<p>personas.</p> <p>13.-Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.</p> <p>14.-Nos demostramos el cariño que nos tenemos.</p>
--	--	--	--	--	---

VARIABLE INDEPENDIENTE

Conceptualización	Dimensión	Escala	Indicador	Instrumento	Item
<p>Depresión: :</p> <p>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(“OM S Depresión,” 2014)</p>	Psicológica	<p>No deprimido</p> <p>Depresión ligera/menor</p> <p>Depresión moderada</p> <p>Depresión severa</p> <p>Depresión muy severa</p>	<p>No deprimido: 0-7</p> <p>Depresión ligera/menor: 8-13</p> <p>Depresión moderada: 14-18</p> <p>•Depresión severa: 19-22</p> <p>•Depresión muy severa: >23</p>	Cuestionario de depresión de Hamilton	<p>Ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y</p>

						alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento
--	--	--	--	--	--	---

7.13 Aspectos administrativos.

7.13.1 Talento Humano.

- Postulante: Md. Mario Ordóñez Trelles.

7.13.2 Recursos materiales.

Tabla 8. Recursos materiales

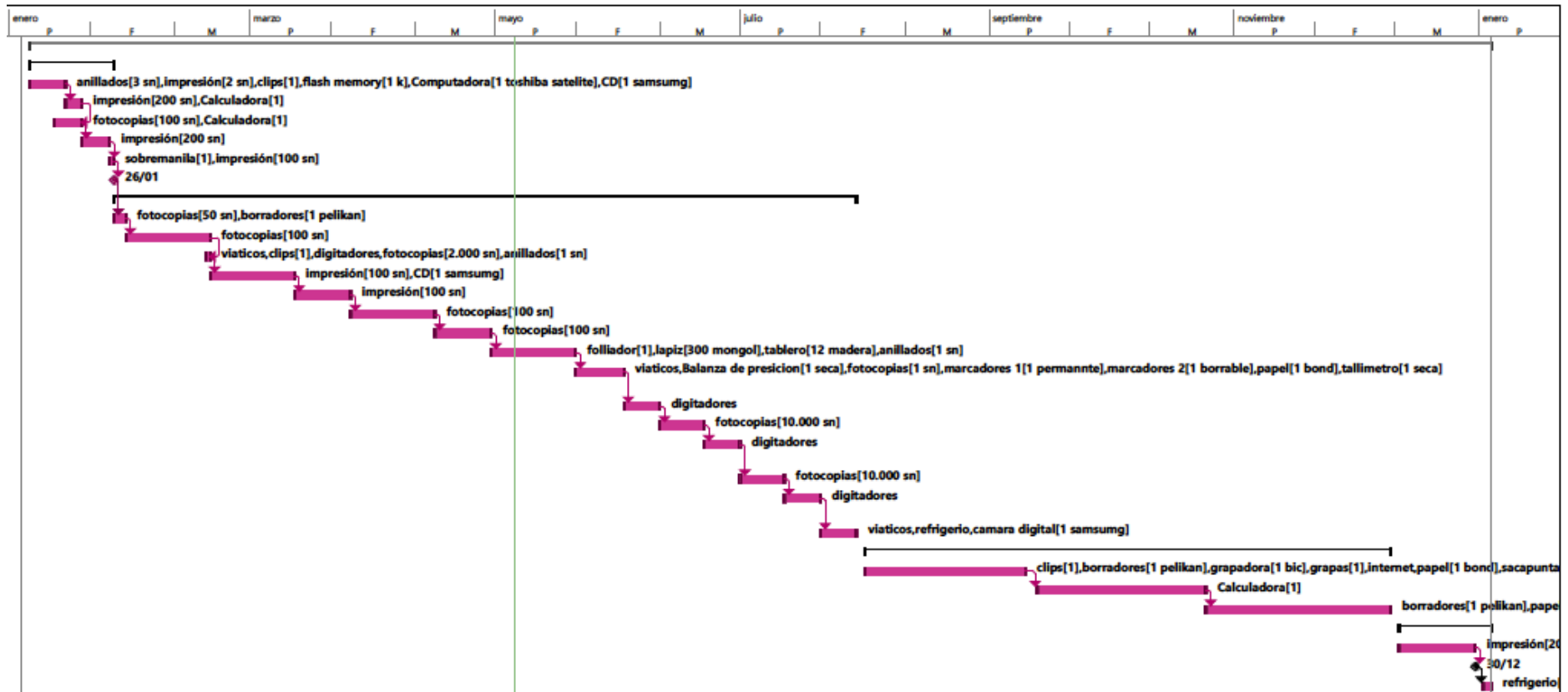
Id	Nombre del recurso	Tipo	Etiqueta de material	Iniciales	Grupo	Capacidad máxima	Tasa estándar
1	Computadora	Material	toshiba satellite	C			\$2.000,00
2	Impresora	Material	epson tinta	I			\$250,00
3	Calculadora	Material		C			\$50,00
4	Balanza de presicion	Material	seca	B			\$250,00
5	tallimetro	Material	seca	t			\$50,00
6	papel	Material	bond	p			\$120,00
7	CD	Material	samsung	C			\$3,50
8	flash memory	Material	k	f			\$8,00
9	lapiceros	Material	big	I			\$0,35
10	lapiz	Material	mongol	I			\$0,35
11	borradores	Material	pelikan	b			\$3,00
12	marcadores 1	Material	permannte	m			\$1,00
13	marcadores 2	Material	borrable	m			\$1,00
14	fotocopias	Material	sn	f			\$0,01
15	impresión	Material	sn	i			\$0,05
16	anillados	Material	sn	a			\$2,00
17	encuadernacion	Material	sn	e			\$8,00
18	movilizacion	Costo		m			
19	viaticos	Trabajo		v		100%	\$10,00/hora
20	camara digital	Material	samsung	c			\$350,00
21	tablero	Material	madera	t			\$5,00
22	grapadora	Material	bic	g			\$10,00
23	grapas	Material		g			\$1,00
24	clips	Material		c			\$1,00
25	sacapuntas	Material		s			\$1,00
26	sobremanila	Material		s			\$1,00
27	digitadores	Trabajo		d		100%	\$1,00/hora
28	folliador	Material		f			\$10,00
29	refrigerio	Trabajo		r		100%	\$2,00/hora
30	internet	Costo		i			

8. CRONOGRAMA

Tabla 9. Cronograma de Trabajo por fases

Id	Modo de tarea	Nombre de tarea	Costo	Duración	Comienzo	Fin	Nombres de los recursos
0		Proyecto Adolescentes	\$5.208,61	253,88 días	mié 06/01/16	mar 03/01/17	
1		FASE I	\$2.155,60	14,88 días	mié 06/01/16	mar 26/01/16	
2		diseño de proyecto	\$2.018,60	7 días	mié 06/01/16	jue 14/01/16	anillados[3 sn],impresión[200 sn],Calculadora[1]
3		Esquema de proyecto de investigacion	\$60,00	2 días	jue 14/01/16	lun 18/01/16	impresión[200 sn],Calculadora[1]
4		busqueda de informacion	\$51,00	5 días	lun 11/01/16	lun 18/01/16	fotocopias[100 sn],Calculadora[1]
5		Elaboracion de proyecto	\$10,00	5 días	lun 18/01/16	lun 25/01/16	impresión[200 sn]
6		Presentacion de proyecto	\$6,00	1 día	lun 25/01/16	mar 26/01/16	(sobremania[1],impresión[100 sn])
7		Aprobacion de proyecto	\$10,00	0 días	mar 26/01/16	mar 26/01/16	(movilizacion[\$10,00],Calculadora[1])
8		FASE II	\$2.680,01	132 días	mar 26/01/16	vie 29/07/16	
9		Desarrollo de proyecto	\$3,50	3 días	mar 26/01/16	vie 29/01/16	fotocopias[50 sn],borrador[1]
10		Elaboracion de test	\$1,00	15 días	vie 29/01/16	vie 19/02/16	fotocopias[100 sn]
11		Piloto del test	\$111,00	1 día	jue 18/02/16	vie 19/02/16	viaticos,clips[1],digitadores
12		Validacion de test in situ	\$8,50	15 días	vie 19/02/16	vie 11/03/16	impresión[100 sn],CD[1]
13		Reajustes del test	\$5,00	10 días	vie 11/03/16	vie 25/03/16	impresión[100 sn]
14		Ajuste de proyecto	\$1,00	15 días	vie 25/03/16	vie 15/04/16	fotocopias[100 sn]
15		revisión de proyecto	\$1,00	10 días	vie 15/04/16	vie 29/04/16	fotocopias[100 sn]
16		Preparacion de logistica	\$177,00	15 días	vie 29/04/16	vie 20/05/16	folliador[1],lapiz[300 m]
17		Organización de Recoleccion de datos Zamora	\$982,01	7 días	vie 20/05/16	mié 01/06/16	viaticos,Balanza de pesacion[1]
18		Recoleccion de datos Zamora	\$56,00	7 días	mié 01/06/16	vie 10/06/16	digitadores
19		Ingreso de datos Zamora	\$100,00	7 días	vie 10/06/16	mar 21/06/16	fotocopias[10.000 sn]
20		Organización de Recoleccion de datos Loja	\$56,00	7 días	mar 21/06/16	jue 30/06/16	digitadores
21		Recoleccion de datos Loja	\$100,00	7 días	jue 30/06/16	lun 11/07/16	fotocopias[10.000 sn]
22		Organización de Recoleccion de datos El Oro	\$56,00	7 días	lun 11/07/16	mié 20/07/16	digitadores
23		Recoleccion de datos El Oro	\$1.022,00	7 días	mié 20/07/16	vie 29/07/16	viaticos,refrigerio,cama
24		FASE III	\$309,00	89,88 días	lun 01/08/16	vie 09/12/16	
25		Creacion de base de datos	\$136,00	29 días	lun 01/08/16	vie 09/09/16	clips[1],borradores[1 p]
26		Analisis de base de datos	\$50,00	30 días	mar 13/09/16	lun 24/10/16	Calculadora[1]
27		Revisión y ajustes	\$123,00	30 días	mar 25/10/16	vie 09/12/16	borradores[1 pelikan],p
28		FASE IV	\$64,00	16,88 días	lun 12/12/16	mar 03/01/17	
29		Presentacion de trabajo final	\$18,00	15 días	lun 12/12/16	vie 30/12/16	impresión[200 sn],encu
30		Publicacion y difusion de resultados	\$30,00	0 días	vie 30/12/16	vie 30/12/16	internet[\$30,00]
31		Sustentacion de tesis	\$16,00	2 días	lun 02/01/17	mar 03/01/17	refrigerio[50%]

Gráfico 8. Visualización gráfica del cronograma por fases



9. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.

Tabla 10. Presupuesto y financiamiento

Año	Trimestre	Semana	Datos	Costo	Costo real	
			Costo presupuestado			
2016	T1	Semana 1	0,00	901,16	0,00	
		Semana 2	0,00	1.193,26	0,00	
		Semana 3	0,00	43,43	0,00	
		Semana 4	0,00	21,26	0,00	
		Semana 5	0,00	0,33	0,00	
		Semana 6	0,00	0,33	0,00	
		Semana 7	0,00	199,40	0,00	
		Semana 8	0,00	2,83	0,00	
		Semana 9	0,00	2,83	0,00	
		Semana 10	0,00	2,83	0,00	
		Semana 11	0,00	2,50	0,00	
		Semana 12	0,00	2,45	0,00	
		Semana 13	0,00	0,33	0,00	
		Total T1		0,00	2.372,94	0,00
		T2	Semana 14	0,00	0,33	0,00
			Semana 15	0,00	0,34	0,00
			Semana 16	0,00	0,50	0,00
			Semana 17	0,00	1,96	0,00
			Semana 18	0,00	59,00	0,00
			Semana 19	0,00	59,00	0,00
			Semana 20	0,00	75,06	0,00
			Semana 21	0,00	561,15	0,00
			Semana 22	0,00	454,33	0,00
			Semana 23	0,00	118,79	0,00
			Semana 24	0,00	71,43	0,00
			Semana 25	0,00	101,79	0,00
	Semana 26		0,00	109,07	0,00	
	Total T2		0,00	1.612,74	0,00	

	T3	Semana 27	0,00	71,43	0,00
		Semana 28	0,00	111,50	0,00
		Semana 29	0,00	379,25	0,00
		Semana 30	0,00	711,75	0,00
		Semana 31	0,00	23,23	0,00
		Semana 32	0,00	18,13	0,00
		Semana 33	0,00	22,67	0,00
		Semana 34	0,00	22,67	0,00
		Semana 35	0,00	22,67	0,00
		Semana 36	0,00	22,10	0,00
		Semana 37	0,00	6,88	0,00
		Semana 38	0,00	8,33	0,00
		Semana 39	0,00	8,33	0,00
	Total T3		0,00	1.428,94	0,00
	T4	Semana 40	0,00	8,33	0,00
		Semana 41	0,00	8,33	0,00
		Semana 42	0,00	8,33	0,00
		Semana 43	0,00	18,37	0,00
		Semana 44	0,00	4,10	0,00
		Semana 45	0,00	20,50	0,00
		Semana 46	0,00	20,50	0,00
		Semana 47	0,00	20,50	0,00
		Semana 48	0,00	20,50	0,00
		Semana 49	0,00	19,99	0,00
		Semana 50	0,00	6,15	0,00
		Semana 51	0,00	6,00	0,00
		Semana 52	0,00	35,85	0,00
	Total T4		0,00	197,46	0,00
Total 2016			0,00	5.612,08	0,00
2017	T1	Semana 1	0,00	32,00	0,00
	Total T1		0,00	32,00	0,00
Total 2017			0,00	32,00	0,00
Total general			0,00	5.644,08	0,00

Gráfico 9. Presupuesto General

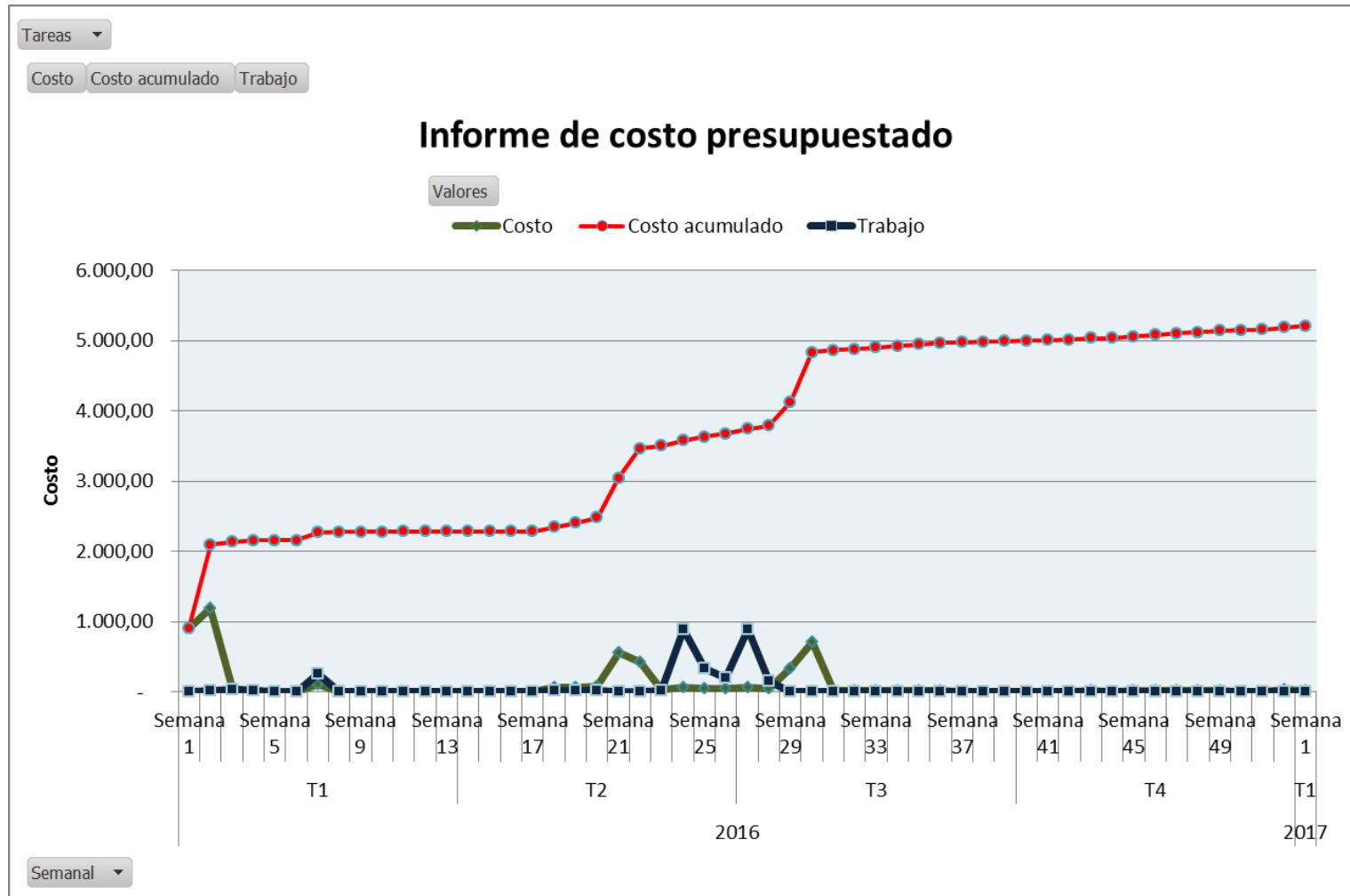


Tabla 11. Flujo de Caja

Tareas	Todos
--------	-------

Año	Trimestre	Semana	Datos	
			Costo	Costo acumulado
2016	T1	Semana 1	901,16	901,16
		Semana 2	1.193,26	2.094,43
		Semana 3	43,43	2.137,85
		Semana 4	21,26	2.159,11
		Semana 5	0,33	2.159,44
		Semana 6	0,33	2.159,78
		Semana 7	199,40	2.359,17
		Semana 8	2,83	2.362,00
		Semana 9	2,83	2.364,84
		Semana 10	2,83	2.367,66
		Semana 11	2,50	2.370,16
		Semana 12	2,45	2.372,61
		Semana 13	0,33	2.372,94
		Total T1		
	T2	Semana 14	0,33	2.373,28
		Semana 15	0,34	2.373,61
		Semana 16	0,50	2.374,11
		Semana 17	1,96	2.376,08
		Semana 18	59,00	2.435,08
		Semana 19	59,00	2.494,08
		Semana 20	75,06	2.569,14
		Semana 21	561,15	3.130,28
		Semana 22	454,33	3.584,61
		Semana 23	118,79	3.703,40
		Semana 24	71,43	3.774,82
		Semana 25	101,79	3.876,61
		Semana 26	109,07	3.985,68
Total T2			1.612,74	3.985,68
	T3	Semana 27	71,43	4.057,11

		Semana 28	111,50	4.168,61
		Semana 29	379,25	4.547,86
		Semana 30	711,75	5.259,61
		Semana 31	23,23	5.282,84
		Semana 32	18,13	5.300,98
		Semana 33	22,67	5.323,64
		Semana 34	22,67	5.346,31
		Semana 35	22,67	5.368,98
		Semana 36	22,10	5.391,08
		Semana 37	6,88	5.397,95
		Semana 38	8,33	5.406,29
		Semana 39	8,33	5.414,62
	Total T3		1.428,94	5.414,62
	T4	Semana 40	8,33	5.422,95
		Semana 41	8,33	5.431,29
		Semana 42	8,33	5.439,62
		Semana 43	18,37	5.457,99
		Semana 44	4,10	5.462,09
		Semana 45	20,50	5.482,59
		Semana 46	20,50	5.503,09
		Semana 47	20,50	5.523,59
		Semana 48	20,50	5.544,09
		Semana 49	19,99	5.564,08
		Semana 50	6,15	5.570,23
		Semana 51	6,00	5.576,23
		Semana 52	35,85	5.612,08
	Total T4		197,46	5.612,08
Total 2016			5.612,08	5.612,08
2017	T1	Semana 1	32,00	5.644,08
	Total T1		32,00	5.644,08
Total 2017			32,00	5.644,08
Total general			5.644,08	5.644,08

Gráfico 10. Flujo de Caja

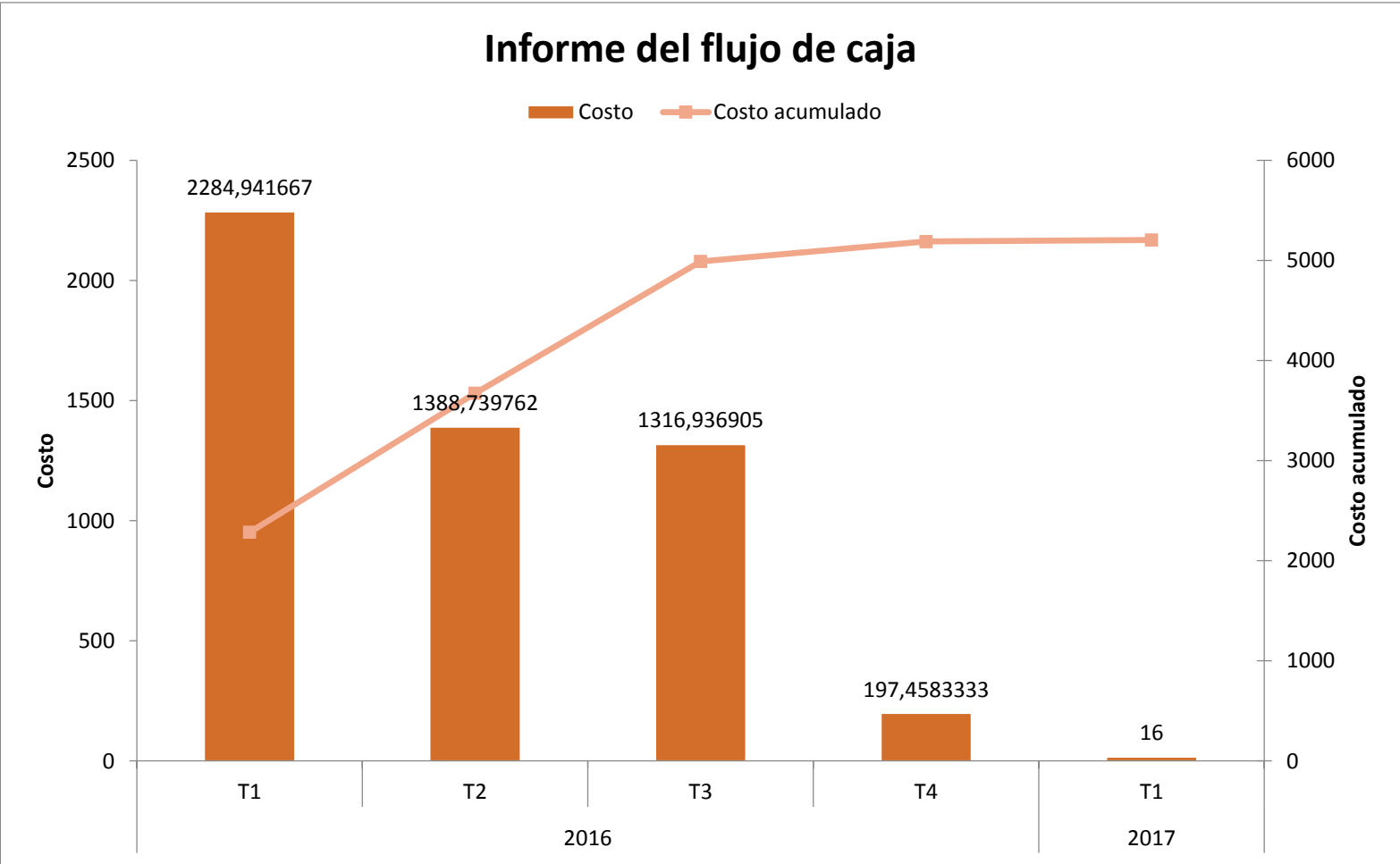


Gráfico 13. Fases y tiempos de la investigación

Nombre de tarea	Costo	Duración	Comienzo	Fin	Nombres de los recursos
Proyecto	\$5.208,61	253.88 días	mié 06/01/16	mar 03/01/17	
FASE I	\$2.155,60	14.88 días	mié 06/01/16	mar 26/01/16	
diseño de	\$2.018,60	7 días	mié 06/01/16	jue 14/01/16	anillados[3 sn],impresión[2 sn],clips[1],flash
Esquema de	\$60,00	2 días	jue 14/01/16	lun 18/01/16	impresión[200 sn],Calculadora[1]
busqueda de	\$51,00	5 días	lun 11/01/16	lun 18/01/16	fotocopias[100 sn],Calculadora[1]
Elaboracion de	\$10,00	5 días	lun 18/01/16	lun 25/01/16	impresión[200 sn]
Presentacion de	\$6,00	1 día	lun 25/01/16	mar 26/01/16	sobremanila[1],impresión[100 sn]
Aprobacion de	\$10,00	0 días	mar 26/01/16	mar 26/01/16	movilizacion[\$10.00],Computadora[0 toshiba]
FASE II	\$2.680,01	132 días	mar 26/01/16	vie 29/07/16	
Desarrollo de	\$3,50	3 días	mar 26/01/16	vie 29/01/16	fotocopias[50 sn],borradores[1 pelikan]
Elaboracion de	\$1,00	15 días	vie 29/01/16	vie 19/02/16	fotocopias[100 sn]
Piloto del test	\$111,00	1 día	jue 18/02/16	vie 19/02/16	viaticos,clips[1],digitadores,fotocopias[2,000
Validacion de test	\$8,50	15 días	vie 19/02/16	vie 11/03/16	impresión[100 sn],CD[1 samsung]
Reajustes del test	\$5,00	10 días	vie 11/03/16	vie 25/03/16	impresión[100 sn]
Ajuste de	\$1,00	15 días	vie 25/03/16	vie 15/04/16	fotocopias[100 sn]
revisión de	\$1,00	10 días	vie 15/04/16	vie 29/04/16	fotocopias[100 sn]
Preparacion de	\$177,00	15 días	vie 29/04/16	vie 20/05/16	folliador[1],lapiz[300 mongol],tablero[12
Organización de	\$982,01	7 días	vie 20/05/16	mié 01/06/16	viaticos,Balanza de presicion[1
Recoleccion de	\$56,00	7 días	mié 01/06/16	vie 10/06/16	digitadores
Ingreso de datos	\$100,00	7 días	vie 10/06/16	mar 21/06/16	fotocopias[10,000 sn]
Organización de	\$56,00	7 días	mar 21/06/16	jue 30/06/16	digitadores
Recoleccion de	\$100,00	7 días	jue 30/06/16	lun 11/07/16	fotocopias[10,000 sn]
Organización de	\$56,00	7 días	lun 11/07/16	mié 20/07/16	digitadores
Recoleccion de	\$1.022,00	7 días	mié 20/07/16	vie 29/07/16	viaticos,refrigerio,camara digital[1 samsung]
FASE III	\$309,00	89.88 días	lun 01/08/16	vie 09/12/16	
Creacion de base	\$136,00	29 días	lun 01/08/16	vie 09/09/16	clips[1],borradores[1 pelikan],grapadora[1
Analisis de base	\$50,00	30 días	mar 13/09/16	lun 24/10/16	Calculadora[1]
Revisión y ajustes	\$123,00	30 días	mar 25/10/16	vie 09/12/16	borradores[1 pelikan],papel[1 bond]
FASE IV	\$64,00	16.88 días	lun 12/12/16	mar 03/01/17	
Presentacion de	\$18,00	15 días	lun 12/12/16	vie 30/12/16	impresión[200 sn],encuadernacion[1 sn]
Publicacion y	\$30,00	0 días	vie 30/12/16	vie 30/12/16	internet[\$30.00]
Sustentacion de	\$16,00	2 días	lun 02/01/17	mar 03/01/17	refrigerio[0.5]

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Agreda, V. (2013). Relacion Entre Depresión Y Funcionalidad Familiar En Adolescentes De Instituciones Educativas Públicas Y, (28), 9–10.
- Almudena, A. (2009). La depresión en adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud*, 84, 85–105.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., & Brugha, T. S., Bryson, H., . . . Vollebergh, W. A. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(409), 21–27.
- Anita Thapar, Stephan Collishaw, Daniel S Pine, A. K. T. (2012). Depression in adolescence. *PMC*, 4(9820), 1056–1067. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4). Depression
- Asarnow, J. R., Jaycox, L. H., Duan, N., LaBorde, A. P., Rea, M. M., Tang, L., . . . Wells, K. B. (2005). Depression and role impairment among adolescents in primary care clinics. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 37(6), 477–83. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.11.123>
- Bech, P. (2010). Handbook of Clinical Rating scales and assessment in psychiatry and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(6), 487–488. <http://doi.org/10.1007/978-1-59745-387-5>
- Cairns, K. E., Yap, M. B. H., Pilkington, P. D., & Jorm, A. F. (2014). Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 169, 61–75. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.006>
- Clayton, R. R. (1992). Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV. *Instituto Deusto de Drogodependencias*.
- Cogollo, Z., Gómez, E., & Arco, O. De. (2009). Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de ...*, 38(4), 637–644. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502009000400005&script=sci_arttext&tlng=es
- Educación, M. de. (2015). Archivo Maestro de Instituciones Educativas (AMIE). Retrieved

- from <http://educacion.gob.ec/amie/>
- España, M. de S. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*. (M. de C. e Innovación, Ed.) (2009th ed.). Madrid.
- Espinal, Gimeno, G. (2006). El enfoque Sistémico en los Estudios sobre la Familia. *Estudios Sobre La Familia*, (1), 1–14. Retrieved from <http://www.uv.es/jugar2/EnfoqueSistemico.pdf> http://www.gaiasconsultores.com/manuales/2013_11_22_18_50_06.pdf
- Estevez, E., Musitu, G. y Herrero, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28(4), 81–89.
- Gahona, J. (2013). MORBILIDAD_RDACAA_2013. Retrieved from https://public.tableausoftware.com/profile/javier.gaona#!/vizhome/MORBILIDAD_RDACAA_2013_0/Presentacin
- Galbán Noa, Milagro Pérez Valdés, Janelly María Hernández Morgado, A. F. C. (2003). Caracterización del estado de salud de las familias pertenecientes al consultorio No. 37 del policlínico norte. *Biblioteca Virtual de Salud de Cuba*, 9, 203. Retrieved from http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol9_supl2_03/articulos/a4_v9_supl203.htm
- Galicia Moyeda, I. X., Sánchez Velasco, A., & Robles Ojeda, F. J. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes : Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales De Psicología*, 25(2), 227–240.
- García, A. (2009). La depresión en adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud*, (84), 85–105.
- Gibb, B. E., Beevers, C. G., Andover, M. S., & Holleran, K. (2006). The Hopelessness Theory of Depression: A Prospective Multi-Wave Test of the Vulnerability-Stress Hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, 30(6), 763–772. <http://doi.org/10.1007/s10608-006-9082-1>
- Gómez-Bustamante, E. M., Castillo-Ávila, I., & Cogollo, Z. (2013). Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 72–80.
- González, J., Macuyama, T., & Silva, Z. (2013). Colegio Nacional Mixto Family Factors That Influence Adolescent Depressive Manifestations in a Mixed Secondary School National, 6(2), 66–77.
- González, E. P., De, D., & Freiiome, C. (1990). Construcción y validación de un

instrumento.

- González, E. P., De, D., & Freiiome, C. (1997). Funcionamiento familiar: Construcción y validación de un instrumento. *Ciencias de La Salud Humana*, 4, 63–66.
- Hernandez Sampieri, R. (2010). *Metodología de la Investigación*.
- Herrera, P. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(6). Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013#cita
- INEC. (2010). Censo de Población y Vivienda 2010.
- Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos del Ecuador. (2011). Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico NSE 2011. Retrieved from www.inec.gob.ec
- Jiménez Garcés, C., Díaz Vélez, A., & García Gutiérrez, C. (2010). Funcionalidad familiar y problemática de salud en adolescentes. *Medicina Familiar Y Atención Primaria*, 1–5.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpela, M., Rantanen, P., & Laippala, P. (2001). Adolescent depression: the role of discontinuities in life course and social support. *Journal of Affective Disorders*, 64(2-3), 155–166. [http://doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00233-0](http://doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00233-0)
- Kashani, J. H., Burbach, D. J., & Rosenberg, T. K. (1988). Perception of family conflict resolution and depressive symptomatology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(1), 42–48. <http://doi.org/10.1097/00004583-198801000-00007>
- Kraaij, V., Garnefski, N., Wilde, E. y Dijkstra, A. (2003). Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors? *Journal of Youth and Adolescence*, 32(3), 185–193.
- Laespalda, T., Iraurgi, L., & Aróstegi, E. (2004). Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV. *Universidad de Deusto*, 1–125. Retrieved from http://www.izenpe.com/s15-4812/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/informe_txostena14.pdf
- Land, H. (2008). Funcionalidad Familiar. Retrieved from <http://medicinafamiliarmazatlan.blogspot.com/2008/12/funcionalidad-familiar.html>

- Marina M., Yassami T., Ommeeren M., Chislom D., E. A. (2012). Depression : Una Crisis Global. *The World Mental Asociation*, 7 – 10. Retrieved from <http://www.wfmh.org/2012DOCS/WMHDay Packet - Spanish Translation 2.pdf>
- Minuchin, S. (1986). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona, Gedisa.
- Minuchin Salvador. (2004). *Técnicas de Terapia Familiar* (1° Edición). PAIDOS.
- Núñez, G. (2015). *Validación de instrumento de funcionalidad de la salud familiar*.
- OMS Depresión. (2014). Retrieved from <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Osorio, A., & Alvarez, A. (2004). Introduccion a La Salud Familiar. *Curso de Posgrado En Gestion Local de Salud*, 1–69.
- Palacio, A., & Merchán, M. (2013). *PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO TÉCNICO NACIONAL CUMBE DEL CANTÓN CUENCA, 2013*. UNIVERSIDAD DE CUENCA.
- Paladines, M., & Quinde, M. (2010). *DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑAS Y SU INCIDENCIA EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR*. Univeridad de Cuenca. Retrieved from <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2267/1/tps602.pdf>
- Pardo, G., Sandoval, A. y Umbarita, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 13–28.
- Ríos, J. (1999). ¿ENFERMOS O FAMILIAS QUE HACEN ENFERM. *REVISTA ESPAÑOLA DE ORIENTACIÓN Y PSICOPEDAGOGIA*, 10(17), 163–178. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Salud, I. N. de. (2000). Instrumentos de evaluación de la depresión. *Guía de Práctica Clínica Del SNS*, 94–100.
- Salud, O. P. de la S. O. M. de la. (2014). Comunicado de prensa. *Salud Mental*, 37(3), 1–3.
- Sebastián, J. S., & Estopiñan, R. M. (2012). Tratamiento de la depresión en el niño y el adolescente. *An Pediatr Contin*, 10(2), 72–78.
- SENPLADES. (2015a). *Agenda Zonal Zona 7-Sur*.
- SENPLADES. (2015b). *Agenda Zonal, Zona 7 Sur 2013-2017*.
- Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., & Marti, C. N. (2010). A Meta-Analytic Review of Depression Prevention Programs for Children and Adolescents: Factors that Predict Magnitude of Intervention Effects. *J Consult Clin Psychol*, 77(3), 486–503. <http://doi.org/10.1037/a0015168.A>
- Suárez, E. (2013). Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública.

- Sutton, J. M. (2008). Prevention of depression in youth: A qualitative review and future suggestions, *27*(5), 552–571.
- Valencia, U. de. (2010). Funcionamiento Familiar : Evaluación de los Potenciadores y Obstructores (I) El sistema familiar. *British Medical Journal*, (I), 78. Retrieved from www.uv.es/lisis/instrumentos/Funcionamiento-FamiliaR.pd
- Van Voorhees, B. W., Paunesku, D., Kuwabara, S. A., Basu, A., Gollan, J., Hankin, B. L., ... Reinecke, M. (2008). Protective and Vulnerability Factors Predicting New-Onset Depressive Episode in a Representative of U.S. Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *42*(6), 605–616. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.11.135>
- Vargas Murga, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Medica Herediana*, *25*(2), 57–59. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2014000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Villatoro, J., Andrade, P., Fleiz, C., Medina-Mora, M., Reyes, I. y Rivera, E. (1997). La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. *Salud Mental*, *20*(2), 21–27.
- Windfuhr, K., While, D., Hunt, I., Turnbull, P., Lowe, R., Burns, J., ... Kapur, N. (2008). Suicide in juveniles and adolescents in the United Kingdom. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*(11), 1155–1165. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01938.x>
- Zapata-Gallardo JN, Figueroa-Gutiérrez M, Méndez-Delgado N, Miranda-Lozano VM, Linares-Segovia B, Carrada-Bravo T, Vela-Otero Y, R.-L. A. (2007). Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia - medigraphic.com. México: Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Retrieved from <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=13645>
- Zuluaga, E. H., Hoyos, M. L., & De Galvis, Y. T. (2012). Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. (Spanish). *International Journal of Psychological Research*, *5*(1), 109–121. Retrieved from <http://ezproxy.umsl.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=85613351&site=ehost-live&scope=site>
- Zúñiga, M. Á., Jacobo, B. R., & Rodríguez, A. S. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 205–216. Retrieved from

<http://www.ijpsy.com/volumen9/num2/232/la-relacion-entre-depresion-y-conflictos-ES.pdf>

ANEXOS:

Anexo 1: Test de percepción del funcionamiento familiar (FFSIL)

PREGUNTAS	<i>Casi nunca</i>	<i>Pocas veces (2 puntos)</i>	<i>A veces (3 puntos)</i>	<i>Muchas veces (4 puntos)</i>	<i>Casi siempre (5 puntos)</i>
1. ¿Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia?					
2. ¿En su casa predomina la armonía?					
3. ¿En su familia cada uno cumple sus responsabilidades?					
4. ¿Las manifestaciones de cariño forman parte de su vida cotidiana?					
5. ¿Se expresan sin insinuaciones, de forma clara y directa?					
6. ¿Pueden aceptar los defectos de los demás miembros de la familia y sobrellevarlos?					
7. ¿Toman en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes?					
8. ¿Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan?					
9. ¿Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado?					
10. ¿Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones?					
11. ¿Pueden conversar diversos temas sin temor?					
12. ¿Ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas?					

13. ¿Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar?					
14. ¿Se demuestran el cariño que se tienen?					
TOTAL:					

BAREMO

De 70 a 57 puntos. Familia funcional

De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional

De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional

Número de pregunta y las Situaciones Variables que mide:

1 y 8 Cohesión

2 y 13 Armonía

5 y 11 Comunicación

7 y 12 Permeabilidad

4 y 14 Afectividad

3 y 9 Roles

6 y 10 Adaptabilidad

Anexo 2: Cuestionario de depresión de Hamilton

<p>Humor depresivo: ¿Se siente triste, inútil, con desesperanza, y /o desamparado?</p> <ul style="list-style-type: none"> - No - Estas sensaciones las expreso solamente si me preguntan cómo me siento - Estas sensaciones las digo espontáneamente - Estas sensaciones no las comunico verbalmente , sino las expreso en el rostro, en mi postura, en el tono de mi voz, o tengo tendencia al llanto) - Manifiesto estas sensaciones espontáneamente (de forma verbal y no verbal) 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>¿Se siente culpable?</p> <ul style="list-style-type: none"> - No - Me culpo a mí mismo, creo haber decepcionado a la gente - Tengo ideas de culpabilidad o pienso sobre errores pasados o malas acciones que cometí - Siento que la enfermedad que tengo es un castigo - Oigo voces como si me acusaran o me denunciaran y/o experimento alucinaciones visuales de amenaza 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>Sobre el Suicidio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Me parece que la vida no vale la pena ser vivida - Desearía estar muerto o tengo pensamientos sobre la posibilidad de morirme - Ideas de suicidio o amenazas - Intentos de suicidio (cualquier intento serio) 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>Insomnio precoz: ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?</p> <ul style="list-style-type: none"> - No tengo dificultad - Tengo dificultad ocasional para dormir, por ejemplo: más de media hora el conciliar el sueño - Tengo dificultad para dormir cada noche 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<p>Insomnio intermedio: ¿Tiene dificultad para mantenerse dormido?</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - No tengo dificultad - Permanezco desvelado e inquieto o me despierto varias veces durante la noche - Estoy despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar) 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<p>Insomnio tardío: ¿Se despierta demasiado temprano en la mañana?</p> <ul style="list-style-type: none"> - No tengo dificultad - Me despierta a primeras horas de la madrugada, pero me vuelvo a dormir - No puedo volver a dormirme si me levanto de la cama 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<p>Trabajo y actividades: ¿Tiene dificultad en las actividades diarias: escuela, trabajo, pasatiempo)</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Tengo ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (en la escuela, trabajo, pasatiempos) - Tengo pérdida de interés en mis actividades diarias (disminución de la atención, indecisión y vacilación) - He disminuido el tiempo que dedico a mis actividades o ha disminuido mi rendimiento - Dejé de estudiar o trabajar por la presente enfermedad. Solo me comprometo a hacer pequeñas tareas, o las hago sólo con ayuda. 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>Inhibición psicomotora: ¿Se ha vuelto lento para pensar y hablar, ha disminuido su capacidad de concentración?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabra y pensamiento normales - Ligeramente retrasado en el habla - Evidente retraso en el habla - Dificultad para expresarme - Incapacidad para expresarme 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>Agitación psicomotora: ¿Tiene algún tipo de agitación motora?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Juego con mis dedos - Juego con mis manos, cabello, etc. 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>

- No puedo quedarme quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerzo las manos, me muerdo las uñas, me halo de los cabellos, me muerdo los labios	4
Ansiedad Psíquica: ¿Tiene algún grado de ansiedad psíquica?	
- No tengo dificultad	0
- Suelo estar irritable	1
- Me preocupo por pequeñas cosas	2
- Tengo una actitud temerosa sobre lo que expreso o hablo	3
- Expreso mis temores sin que me pregunten	4
Ansiedad somática: ¿Tiene algunos de los siguientes signos o síntomas: sequedad de boca, diarrea, eructos, palpitaciones, dolor de cabeza, a veces respira rápidamente, suspiros; orina a cada rato; suda demasiado?	
- Ninguno	0
- Los síntomas son leves	1
- Los síntomas son moderados	2
- Los síntomas son severos	3
- Los síntomas son incapacitantes	4
Síntomas somáticos gastrointestinales: ¿Tiene alguna molestia gastrointestinal?	
- Ninguno	0
- Pérdida del apetito pero como sin necesidad de que me estimulen.	1
- Sensación de pesadez en el abdomen	2
- Dificultad en comer si no me insisten.	3
- Solicito laxantes o medicación intestinal para mis síntomas gastrointestinales	4
Síntomas somáticos generales: ¿Tiene molestias generales?	
- Ninguna	0
- Tengo pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. (Dolor de la cintura, dolor de cabeza, dolor muscular)	1
- Tengo pérdida de energía y me siento fatigado.	2

Síntomas genitales: ¿Presenta disminución del deseo sexual y/o trastornos menstruales (en el caso de mujeres)? - Ausente - Débil - Grave	0 1 2
Hipocondría: ¿Tiene miedo de enfermarse o se siente enfermo? - No - Preocupado de si mismo (corporalmente) - Preocupado por su salud - Se lamenta constantemente, solicita ayuda	0 1 2 3
Pérdida de peso: ¿Ha perdido peso? - Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	0 1 2
Introspección: - ¿Te das cuenta que estás deprimido y enfermo? - ¿Te das cuenta de tu enfermedad, pero atribuyes la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajos, virus, necesidad de descanso, etc.? - ¿No te das cuenta que estás enfermo?	0 1 2

BAREMO

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

Anexo 3: Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

Características de la Vivienda		Puntajes finales
6. ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo		59
Cuarto(s) en casa de inquilinato		59
Departamento en casa o edificio		59
Casa/Villa		59
Mediagua		40
Rancho		4
Choza/Covacha/Otro		0
7. El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón		59
Ladrillo o bloque		55
Adobe/Tapia		47
Caña revestida o bahareque/madera		17
Caña no revestida/Otros materiales		0
8. El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante		48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón		46
Ladrillo o cemento		34
Tabla sin tratar		32
Tierra/Caña/Otros materiales		0
9. ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar		0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha		12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha		24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha		32
10. El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene		0
Letrina		15

Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada		18
Conectado a pozo ciego		18
Conectado a pozo séptico		22
Conectado a red pública de alcantarillado		38

Acceso a tecnología		Puntajes finales
5. ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No		0
Si		45
6. ¿Tiene computadora de escritorio?		
No		0
Si		35
7. ¿Tiene computadora portátil?		
No		0
Si		39
8. ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar		0
Tiene 1 celular		8
Tiene 2 celulares		22
Tiene 3 celulares		32
Tiene 4 o más celulares		42

Posesión de bienes		Puntajes finales
8. ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No		0
Si		19
9. ¿Tiene cocina con horno?		
No		0
Si		29
10. ¿Tiene refrigeradora?		
No		0

Si		30
11. ¿Tiene lavadora?		
No		0
Si		18
12. ¿Tiene equipo de sonido?		
No		0
Si		18
13. ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar		0
Tiene 1 TV a color		9
Tiene 2 TV a color		23
Tiene 3 o más TV a color		34
14. ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene en este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar		0
Tiene 1 vehículo exclusivo		6
Tiene 2 vehículos exclusivo		11
Tiene 3 o más vehículos exclusivo		15

Hábitos de consumo	Puntajes finales	
6. ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No		0
Si		6
7. ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No		0
Si		26
8. ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No		0
Si		27
9. ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No		0

Si		28
10. Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo, ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No		0
Si		12

Nivel de Educación	Puntajes finales
2. ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?	
Sin estudios	0
Primaria incomplete	21
Primaria complete	39
Secundaria incomplete	41
Secundaria complete	65
Hasta 3 años de educación superior	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	127
Post grado	171

Actividad Económica del hogar	Puntajes finales
4. ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro de IESS(general. Voluntario o campesino) y/o seguro del ISFFA o ISSPOL?	
No	0
Si	39
5. ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?	
No	0
Si	55
6. ¿Cuál es la ocupación del Jefe del Hogar?	
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	76
Profesionales científicos e intelectuales	69

Técnicos y profesionales de nivel medio		46
Empleados de oficina		31
Trabajador de los servicios y comerciantes		18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros		17
Oficiales operarios y artesanos		17
Operadores de instalaciones y máquinas		17
Trabajadores no calificados		0
Fuerzas Armadas		54
Desocupados		14
Inactivos		17

Según la suma de puntaje final (Umbrales),
identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

Grupos socioeconómicos	Umbrales
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos



suma de puntajes finales

Anexo 4. ASENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

ASENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Te estamos invitando a participar en un proyecto de investigación del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Nacional de Loja y que pretende identificar los problemas psico afectivos de los adolescentes del ColegioTú puedes decidir si aceptas o no participar en la investigación. Si no quieres participar, no pasará nada.

Lo que harás si aceptas participar en la presente investigación es contestas unos cuestionarios dentro de tu hora académica. Si durante la aplicación de los cuestionarios decides no continuar, puedes hacerlo, si es el caso debes comunicarlo a la persona encargarla de aplicarlo.

Puedes realizar todas las preguntas que tengas sobre el proyecto de investigación y si después de que te contesten todas tus dudas decides que quieres participar, solo debes firmar en la parte inferior.

Todos los datos personales que suministres serán guardados por los investigadores y ninguna persona tendrá acceso a ellos. La información sólo será empleada para fines académicos.

Manifiesto que he leído y comprendido la información de este documento y en consecuencia acepto su contenido.

Nombre

Firma y Cédula de identidad

Anexo 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Señor padre de familia.

Los estudiantes de Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Nacional de Loja, estamos realizando la investigación **“Problemática de salud de los adolescentes de bachillerato de la Zona 7 del Ecuador 2016”**

El objetivo central es determinar la relación entre diferentes problemáticas de salud del adolescente y los factores familiares en los adolescentes del bachillerato del Colegio La misma que se realizará a través de la aplicación de formularios y test a los adolescentes.

La presente investigación no representa daño alguno para el alumno, así como costo alguno para la institución o para los padres de familia.

Es necesario recalcar que los datos recolectados serán manejados con completa confidencialidad.

Si usted está de acuerdo que su hija/o forme parte de esta investigación le solicitamos se digne firmar el presente documento, así como consignar su número de cédula de identidad.

Agradecemos su participación y colaboración que irá en beneficio directo de los adolescentes.

Nombre

Firma y Cédula de identidad

Anexo 6: HOJA DE RUTA.

CRONOGRAMA DEL MACROPROYECTO "PROBLEMÁTICA DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE LA ZONA 7 ECUADOR.								
FECHA	HORA	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA	COLEGIO	MODALIDAD	NUMERO DE ENCUESTAS	TIEMPO
LUNES 16/05/2016	8H00-10H00	LOJA	LOJA	SAGRARIO	COLEGIO EXPERIMENTAL SUDAMERICANO	PRESENCIAL	27	2 HORA
	8H00-10H00	LOJA	LOJA	SAGRARIO	INSTITUTO SUPERIOR BEATRIZ CUEVA DE AYORA	PRESENCIAL	26	2 HORAS
	8H00-10H00	LOJA	LOJA	EL VALLE	DANIEL ALVAREZ BURNEO	PRESENCIAL	18	1HORA
MARTES 17/05/2016	8H00-10H00	LOJA	LOJA	SAN SEBASTIAN	COLEGIO DEL MILENIO BERNARDO VALDIVIEZO	PRESENCIAL	19	1 HORA
	8H00-10H00	LOJA	LOJA	SAGRARIO	UNIDAD EDUCATIVA VICENTE ANDA AGUIRRE	PRESENCIAL	32	2 HORAS
	8H00-10H00	LOJA	LOJA	EL VALLE	ANTONIO PEÑA CELI	PRESENCIAL	27	1 HORA
	8H00-11H00	LOJA	CARIAMANGA	CARIAMANGA	INSTITUTO CARIAMANGA	PRESENCIAL	30	2 HORAS
	8H00-10H00	LOJA	CELICA	POZUL	MAXIMILIANO RODRIGUEZ	PRESENCIAL	27	2HORAS
MIERCOLES 18/05/2016	8H00-10H00	LOJA	LOJA	VILCABAMBA	NACIONAL MIXTO VILCABAMBA	PRESENCIAL	30	2 HORAS
	8H00-10H00	LOJA	SARAGURO	SARAGURO	CELINA VIVAR	PRESENCIAL	24	2 HORAS
	8H00-10H00	LOJA	MACARÁ	MACARÁ	ELOY ALFARO	PRESENCIAL	14	1 HORA
JUEVES 19/05/2016	8H00-1H00	ZAMORA CHINCHIPE	YANTZAZA	YANTZAZA	JUAN XXIII	PRESENCIAL	23	2 HORAS
	8H00-10H00	ZAMORA CHINCHIPE	CHINCHIPE	CHINCHIPE	INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR SAN FRANCISCO	PRESENCIAL	24	2 HORA
	8H00-10H00	ZAMORA CHINCHIPE	ZAMORA	ZAMORA	12 DE FEBRERO	PRESENCIAL	33	2 HORAS
	8H00-10H00	ZAMORA CHINCHIPE	ZAMORA	ZAMORA	MADRE BERNARDA	PRESENCIAL	23	2 HORAS
	8H00-10H00	ZAMORA CHINCHIPE	YANTZAZA	YANTZAZA	MARTHA BUCARAM	PRESENCIAL	25	2 HORAS
VIERNES 20/05/2016	8H00-10H00	ZAMORA CHINCHIPE	CHINCHIPE	ZUMBA	TECNICO INDUSTRIAL ZUMBA	PRESENCIAL	23	6 HORAS
	8H00-10H00	ZAMORA CHINCHIPE	YANTZAZA	YANTZAZA	PRIMERO DE MAYO	PRESENCIAL	34	2 HORAS
SABADO	8H00-10H00	LOJA	LOJA	LOJA	ANGEL PASTRANA	DISTANCIA	23	2 HORA

21/05/2016								
	8H00-10H00	LOJA	LOJA	SAN LUCAS	LEONIDAS PROAÑO	DISTANCIA	25	2 HORA
	8H00-10H00	ZAMORA CHINCHIPE	CHINCHIPE	ZUMBA	UNIDAD EDUCATIVA A DISTANCIA ZAMORA CHINCHIPE EXT. GUARIMIZAL	DISTANCIA	27	2 HORAS
	8H00-10H00	ZAMORA CHINCHIPE	PAQUIZHA	PAQUIZHA	NUEVO QUITO	DISTANCIA	27	2 HORAS
	14H00-16H00	ZAMORA CHINCHIPE	PALANDA	PALANDA	UNIDAD EDUCATIVA EXPERIMENTAL A DISTANCIA ZAMORA CH EXT FATIMA	DISTANCIA	27	2 HORAS
	8H00-10H00	ZAMORA CHINCHIPE	EL PANGUI	EL PANGUI	UNIDAD EDUCATIVA A DISTANCIA EXTENSIÓN EL PANGUI	DISTANCIA	23	2 HORAS
	8H00-10H00	ZAMORA CHINCHIPE	ZUMBI	ZUMBI	UNIDAD EDUCATIVA A DISTANCIA SAN ISIDRO	DISTANCIA	27	2 HORAS
	8H00-10H00	EL ORO	MACHALA	MACHALA	9 DE MAYO	DISTANCIA	22	2 HORAS
	8H00-10H00	EL ORO	SANTA ROSA	SANTA ROSA	SANTA ROSA	DISTANCIA	21	2 HORAS
LUNES 23/05/2016	8H00-10H00	EL ORO	MACHALA	MACHALA	ISMAEL PEREZ	PRESENCIAL	12	2 HORAS
	8H00-10H00	EL ORO	MACHALA	LA PROVIDENCIA	SAGRADO CORAZON DE JESUS	PRESENCIAL	23	2 HORAS
MARTES 24/05/2017	8H00-10H00	EL ORO	MACHALA	MACHALA	9 DE OCTUBRE	PRESENCIAL	22	2 HORAS
	8H00-10H00	EL ORO	MACHALA	MACHALA	JUAN MONTALVO	PRESENCIAL	30	3 HORAS
	8H00-10H00	EL ORO	MACHALA	MACHALA	JUAN ENRIQUE COELLO	PRESENCIAL	21	2 HORAS
	8H00-10H00	EL ORO	PASAJE	PASAJE	FRANCISCO OCHOA	PRESENCIAL	22	2 HORAS
	8H00-10H00	EL ORO	PASAJE	CASACAY	EDUARDO PAZMIÑO	PRESENCIAL	23	2 HORAS
MIERCOLES 25/05/2018	8H00-10H00	EL ORO	ARENILLAS	ARENILLAS	ARENILLAS	PRESENCIAL	18	2 HORAS
	8H00-10H00	EL ORO	EL GUABO	EL GUABO	JOSE MARIA VELAZCO	PRESENCIAL	50	4 HORAS
	8H00-10H00	EL ORO	PASAJE	PASAJE	CARMEN MORA	PRESENCIAL	30	3 HORAS
JUEVES 26/05/2016	8H00-10H00	EL ORO	ZARUMA	ZARUMA	26 DE NOVIEMBRE	PRESENCIAL	22	2 HORAS
	8H00-10H00	EL ORO	PASAJE	PASAJE	JOSE OCHOA LEON	PRESENCIAL		2 HORAS

Anexo 9

Certificación de traducción del resumen

Loja, 30 de enero de 2017

Tec. Galo Alberto Ordóñez

EGRESADO DE LA CARRERA DE INGLES DE LA UNL

CERTIFICA

Haber traducido el Resumen del trabajo de tesis titulado: "Funcionalidad familiar y su relación con la depresión en adolescentes del bachillerato de la zona 7 del Ecuador 2016", de la autoría del Md. Mario Alberto Ordóñez Trelles, la misma que cumple con las reglas gramaticales del idioma Inglés.

Es todo en cuanto puedo certificar en honor a la verdad, permitiendo a la parte interesada hacer uso de la presente en lo que fuere necesario.

Atentamente



Tec. Galo Alberto Ordóñez

EGRESADO DE LA CARRERA DE INGLÉS DE LA UNL

Cédula: 1101927802

Teléfono: 0993068965

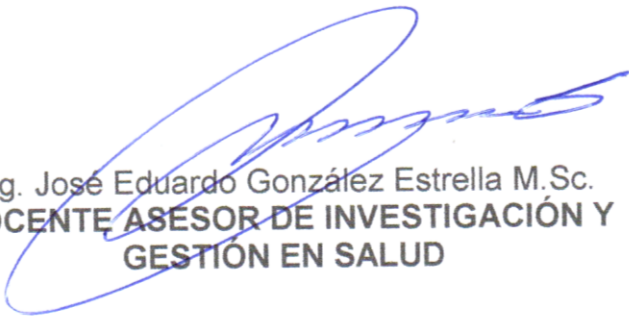
CERTIFICACIÓN

Ing. José Eduardo González Estrella M.Sc.
DOCENTE ASESOR DE INVESTIGACIÓN Y GESTION EN SALUD
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Haber asesorado, orientado y discutido en lo concerniente a la parte metodológica y de redacción técnica del informe final de tesis intitulada ***“Funcionalidad familiar y su relación con la depresión en adolescentes del bachillerato de la zona 7 del Ecuador”***, de la autoría del Médico Mario Alberto Ordóñez Trelles, trabajo investigativo que cumple a satisfacción con todos los requerimientos e instructivo, tanto en el fondo y forma, exigidos por la Institución y en especial el Programa de Especialización, requisitos previos a la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, por tal motivo, solicito ante la autoridad correspondiente, se autorice su presentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Loja, 15 de diciembre de 2016



Ing. José Eduardo González Estrella M.Sc.
DOCENTE ASESOR DE INVESTIGACIÓN Y
GESTIÓN EN SALUD