



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA

**“La funcionalidad familiar y su relación con
las alteraciones psico afectivas en los
adolescentes de bachillerato de la Zona 7 de
Ecuador 2016”**

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

AUTOR: Dr. César Fabián Juca Aulestia.

DIRECTOR: Dr. Jorge Fernando Reyes Jaramillo, Mg.Sc.

Loja – Ecuador

2017



Certificación

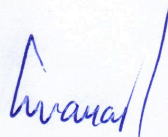
Dr. Jorge Fernando Reyes Jaramillo, Mg.Sc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido, orientado y discutido, en todas sus partes el desarrollo de la tesis intitulada "**LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LAS ALTERACIONES PSICO AFECTIVAS EN LOS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE LA ZONA 7 DE ECUADOR**", de la autoría del Dr. César Fabián Juca Aulestia, 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, 26 de Enero de 2017



Dr. Jorge Fernando Reyes Jaramillo, Mg.Sc.

DIRECTOR DE TESIS

Autoría

Yo, César Fabián Juca Aulestia, 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: César Fabián Juca Aulestia

Firma: 

Cédula: 1103563944

Fecha: 25 de Enero de 2017

Carta de autorización.

Yo, César Fabián Juca Aulestia, declaro ser autor de la tesis titulada: " **La funcionalidad familiar y su relación con las alteraciones psico afectivas en los adolescentes de bachillerato de la Zona 7 de 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 26 días del mes de Enero de dos mil diecisiete, firma el autor.

Firma: 

Autor: César Fabián Juca Aulestia

Cédula: 1103563944 Dirección: Loja, Paraguay y Av. Paltas

Correo electrónico: cesarjuca_81@hotmail.com Teléfono: 2107662

Celular: 094592564

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de Tesis:

Dr. Jorge Fernando Reyes Jaramillo, Mg.Sc.

Tribunal de Grado:

Dr. Patricio Aguirre Aguirre, Mg.Sc.

Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg.Sc.

Dra. Karina Cecibel Flores Flores.

Dedicatoria

A mis padres, por su apoyo incondicional. A Silvia mi querida esposa, y a mis hijos: Andrés, Doménica y Abigail; por su comprensión y paciencia; quienes supieron perdonar los largos días sin ellos para finalizar otro reto más en mi vida.

César Fabián.

Agradecimiento

Mi reconocimiento sincero por la comprensión, apoyo y gracia brindada a mi persona tanto en mi vida estudiantil como en la realización de este trabajo, agradezco de todo corazón:

1. 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.
2. Al Dr. Jorge Reyes Jaramillo, maestro y amigo, por su incondicional ayuda y la mejor fuente de estímulo, quien supo orientar este trabajo de investigación con sus valiosos conocimientos.
3. A mis compañeros, docentes y autoridades de la Especialidad, por haberme apoyado en todo el proceso investigativo. A los adolescentes que participaron en el estudio 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 para poderlo concluir con éxito.

César Fabián.

Índice

Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de autorización.....	iv
Dedicatoria	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice	viii
1. Título.....	1
2. Resumen	2
3. Introducción.....	4
4. Revisión de Literatura	9
Capítulo I : La Familia.....	9
1.1 Conceptualización de la Familia.....	9
1.2 Componentes y clasificación de las Familias.	10
1.3 El Adolescente como miembro de familia.....	10
1.4 Teoría General de Sistemas aplicado a la familia.....	11
Capítulo II: La Funcionalidad familiar.....	11
2.1 Conceptualización de La Funcionalidad familiar.	11
2.2 Conceptualización de Disfuncionalidad Familiar.	12
2.3 Instrumentos para evaluar la Funcionalidad familiar.	13
Capítulo III: Las Alteraciones Psicoafectivas.....	13
3.1 Conceptualización de las Alteraciones Psicoafectivas.....	13
3.2 Hipótesis Biológicas de las alteraciones Psicoafectivos.	13
3.3 La Teoría Cognitivo Conductual en las alteraciones psicoafectivas de los adolescentes.	14
3.4 Alteraciones Internalizantes.....	15
3.5 Alteraciones Externalizantes.	16
Capítulo IV: Estudios actuales sobre la relación entre funcionalidad familiar y las alteraciones psicoafectivas de los adolescentes	16
Capítulo V: Contextualización del Area de estudio: La Zona 7 de Ecuador	20
5.1 Localización.	21

5.2 División Política.....	22
5.3 Unidades de Planificación.....	23
5.4 Aspectos físicos generales.....	24
5. Materiales y Métodos	25
6. Resultados.....	39
7. Discusión.	54
8. Conclusiones	56
9. Recomendaciones.....	57
10. Bibliografía.....	57
11. Anexos.....	62

1. Título

“ La funcionalidad familiar y su relación con las alteraciones psicoafectivas en los adolescentes de bachillerato de la Zona 7 de Ecuador 2016 ”

2. Resumen

La adolescencia es una etapa de cambios que predisponen a vulnerabilidad e inestabilidad emocional; siendo en la familia donde se provoca su perpetuación. El estudio de las alteraciones psico afectivas del adolescente es importante en nuestro medio debido a la alta prevalencia, a que son toleradas por la población como si fuesen molestias somáticas superficiales o debido a que los equipos de salud no están capacitados para identificar éste tipo de trastorno. Por ende, es pertinente el estudio dada la relevancia social y la aplicación a la práctica clínica de atención primaria de salud para identificar precozmente dichas alteraciones. El presente trabajo establece la relación entre la funcionalidad familiar y las alteraciones psico afectivas en los adolescentes de bachillerato de las Provincias de El Oro, Loja y Zamora Chinchipe, contrastando los resultados en función del sexo, a través del estudio cuantitativo no experimental, aplicando la encuesta de estratificación del nivel socioeconómico de El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), el Test de funcionamiento Familiar FFSIL y la lista de chequeo de la conducta infantil de Achenbach y Edelbrock (YSR) a 960 adolescentes de bachillerato de entre los 15 y 19 años de edad. Los resultados indican que los adolescentes de familias disfuncionales tienen 1,8 veces más probabilidades de presentar alteraciones psicoafectivas que aquellos provenientes de familias funcionales; que estas alteraciones son dependientes del sexo siendo mayor en mujeres, $X^2 = 26,598$, $p: 0,000$ y con V de Cramer: 0,16. Este estudio muestra la necesidad de aplicar los instrumentos de evaluación psico afectiva a adolescentes durante la consulta de medicina familiar para determinar patologías psicoafectivas y poder realizar prevención precoz.

Palabras clave: Emociones, Adolescentes, familia, conductas, internalizantes, externalizantes.

Abstract

Adolescence is a time of change that predisposes young people to vulnerability and emotional instability; being within the family where its perpetuation occurs. The study of psycho-affective alterations in adolescents is important in our society due to their high prevalence, since they are largely tolerated by the population as if they were superficial somatic complaints or owing to health teams not having the capability to identify this type of disorder. Therefore, their study is pertinent given the social relevance and the application in clinical practice of primary health care that is provided to detect these alterations early. This research aimed to establish the relationship between family functionality and psycho-affective alterations in high school adolescents from the Provinces of El Oro, Loja and Zamora Chinchipe by comparing the obtained results, according to their sex, through a non-experimental quantitative study. This study administered a socioeconomic level stratification survey pertaining to the National Institute of Statistics and Censuses (INEC), a FFSIL Family Performance Test and an Achenbach and Edelbrock (YSR) child behavior checklist to 960 high school students aged 15 and 19 years old. The results indicate that adolescents from dysfunctional families are 1.8 times more likely to present psycho-affective alterations than those from functional families; these alterations depend on the sex of the adolescent, being higher in females $X^2=26, 598$, $p: 0.000$ and with Cramer's $V: 0.16$. This study shows the need to apply the instruments of psycho-affective evaluation to adolescents during the family medical consultation to determine psycho-affective pathologies and in this way, to allow early prevention.

Keywords: Emotions, Adolescents, family, behaviors, internalizing, externalizing

3. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud se calcula que aproximadamente el 20 % de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas de salud mental, que generalmente estos se presentan antes de los 14 años. Así mismo cada año se suicidan más de 800.000 personas y ésta es la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad.(OMS, 2015)

En Europa los trastornos psicoafectivos constituyen la causa más frecuente de enfermedad, por delante de enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Se estima que en una de cada cuatro familias hay al menos una persona con trastornos mentales. En España, se puede afirmar que el 9 % de la población padece un trastorno mental en la actualidad y algo más de 15 % lo padecerá a lo largo de su vida.(Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007)

En Estados Unidos los trastornos de ansiedad son en la actualidad los trastornos más comunes. Se prevé que en algún momento de sus vidas cerca del 25 % de la población experimentará algún trastorno de ansiedad. Se calcula que aproximadamente 1.7 % de la población padecen trastornos de pánico, que por lo general se desarrolla al final de la adolescencia o principios de la edad adulta.(M. M. Nuñez, 2010)

En Colombia según el último Estudio Nacional de Salud Mental del Adolescente, el 16,1 % de los adolescentes ha sufrido o sufre uno a más trastornos mentales. Siendo mayor esta proporción para las adolescentes con un 17,4% y un 14,8% para los adolescentes del sexo masculino; se encontró mayor prevalencia en ansiedad con un 5,5%, depresión mayor con 5% y los problemas de comportamiento negativista desafiante con un 2%.(Moreno, 2014)

En un muestreo realizado en el Distrito Metropolitano de Quito desde Septiembre del 2005 a Septiembre de 2006 con el objetivo de relacionar la ansiedad y depresión con factores de riesgo como: problemas sociales, factor familiar y factores ocupacionales se encontró que la prevalencia de ansiedad era del 72%, encontrándose que entre los factores de riesgo más del 90 % eran problemas sociales.(M. M. Nuñez, 2010)

En una investigación realizada en 2014 en la ciudad de Cuenca se determinó que los adolescentes de entre 14 y 18 años de la Unidad Educativa Herlinda Toral presentaron un 48,5% de relación entre la disfuncionalidad familiar y la depresión, el 50 % de los adolescentes presentan disfuncionalidad familiar entre las edades de 14 y 16 años.(Rivera & Sanchez, 2014)

Jorge Alberto Torrecilla como se cita en (M. M. Nuñez, 2010) "dio a conocer que uno de los problemas más significativos en los adolescentes frente a disfunción familiar son los problemas psicológicos en los que destacan: la depresión, miedos, irritabilidad, angustia, ansiedad, pesadillas, dificultad de

concentración entre los principales lo que determina que la familia es el pilar fundamental del adolescente que se está desarrollando”.

Entre las posibles causas de origen de estos trastornos psico afectivos se encuentran los desequilibrios de neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina, dopamina y acetilcolina. Además, existen hallazgos endocrinológicos en este tipo de trastornos, en los que existe una alteración del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal, eje hipotalámico-hipofisario-tiroideo y alteraciones de la hormona de crecimiento. Así mismo se ha encontrado una heredabilidad de los trastornos afectivos, expresados a través del modelo del gen principal o multifactorial poligénico.(Álvarez Martínez, Pérez Blanco, & Pérez Solá, 2009)

Los niños y adolescentes que tienen padres con trastornos psicoafectivos tienen más probabilidades de poseerlo también; sin embargo, los eventos de la vida como los problemas financieros en la familia, el duelo, el divorcio de los padres y el estrés pueden dejar expuestos o exagerar los sentimientos de tristeza o depresión provocando que sea más difícil de manejar, según sus aptitudes para salir adelante y resiliencia. (Akin, 2013)

Como se aprecia la funcionalidad familiar podría ocasionar alteración en los elementos de la familia provocando alteraciones psicoafectivas en adolescentes. Un estudio señala que la dinámica familiar puede producir una variación en la depresión durante la adolescencia; problemas como el rechazo de los padres y la falta de calor familiar pueden provocar problemas depresivos.(Sijtsema, Oldehinkel, Veenstra, Verhulst, & Ormel, 2014)

Existen datos contradictorios sobre los factores de riesgo para producir alteraciones psicoafectivas en adolescentes; una de ellos es la migración que afecta la dinámica familiar pues en una revisión sistemática donde se analiza la prevalencia de problemas emocionales y conductuales de niños y adolescentes nativos de Europa en comparación con niños con un fondo migratorio se encontró que los niños y adolescentes que migraron demostraron significativamente más problemas de exteriorización que aquellos niños sin un fondo migratorio (Belhadj Kouider, Koglin, & Petermann, 2013); pero otra revisión sistemática realizada a niños y adolescentes del continente Americano demostró que la migración por sí misma no puede ser definida como un factor de riesgo, ya que identificó más comportamientos externalizantes de los niños nativos de Estados Unidos en comparación con los migrantes. (E, Koglin, & Petermann, 2014)

La Teoría General de Sistemas describe las interrelaciones y los procesos del funcionamiento familiar, y puede explicar cómo las familias disfuncionales se convierten en factores de riesgo para que los adolescentes desarrollen conductas que afectan a su salud. De esta forma determina que cada miembro de la familia es un sistema en sí mismo los cuales se encuentran interrelacionados por procesos complejos y organizaciones. Por lo cual cualquier hecho que afecte a uno de sus miembros afecta a toda la familia y viceversa; así la Teoría General de Sistemas considera al funcionamiento familiar como la dinámica relacional

interactiva que se la evalúa a través de categorías como la cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.(Elías., 2007)

Como se aprecia, dentro de los problemas de comportamiento existe una variable relevante que es la interacción familiar, que predicen el desarrollo y perpetuación de las conductas psicoafectivas. Siendo así uno de los enfoques que más se ha centrado en el manejo de los problemas de comportamiento es la Teoría cognitivo-conductual que caracteriza a las psicopatologías en dimensiones de comportamiento o tipologías externalizantes e internalizantes. (Méndez & Rodríguez, 2011)

Dicha teoría hace énfasis en los procesos de aprendizaje y en la influencia del medio ambiente en los sujetos planteando que las cogniciones son vías causales de un trastorno pero no excluyen la coexistencia de otros factores que también pueden explicar su etiopatogenia.(Tomás, 2007)

Más sin embargo no está clara la asociación entre la funcionalidad familiar y las alteraciones psicoafectivas pues en estudios que relacionan el ambiente familiar como factor protector frente a estas patologías solo reduce la aparición de trastornos de internalización no así para problemas de externalización.(Goebert et al., 2000)

Debido a la insuficiente información respecto a las alteraciones psicoafectivas en Ecuador, y sobre todo en la Zona 7 (Provincias de El Oro, Loja y Zamora Chinchipe), posiblemente debido a la falta de identificación de este tipo de trastornos surge la siguiente interrogante:

- ¿Existe relación entre la funcionalidad familiar y la aparición de los trastornos psicoafectivos de internalización, externalización y mixtos en los adolescentes?

En la década de los 80's fueron reconocidos los trastornos afectivos en adolescentes de forma aislada en relación a los adultos debido a que no necesariamente se presentan los mismos síntomas y es más difícil diagnosticar trastornos afectivos en adolescentes puesto que estos pacientes no siempre pueden expresar como se sienten. De allí surge la relevancia de estudiar dicha asociación entre las alteraciones Psicoafectivas de los adolescentes y relacionarlos con la dinámica familiar dado el alto impacto social que traería a la comunidad.

El estudio de las alteraciones psico afectivas del adolescente es importante en nuestro medio debido a la alta prevalencia, pero también porque son altamente tolerados por la población como si fuesen molestias somáticas superficiales o debido también a que los equipos de salud no están suficientemente capacitados para identificar éste tipo de trastorno. Por añadidura, las alteraciones psicoafectivas siguen siendo soslayados entre las categorías diagnósticas, lo que repercute en los estudios de incidencia y prevalencia de las enfermedades, apareciendo como si fuesen trastornos menos frecuentes de lo que en realidad son.

Como se evidencia es pertinente realizar dicho estudio en la Zona 7 del Ecuador dada la relevancia social y la aplicación a la práctica clínica de atención primaria de salud que este estudio brindaría para identificar precozmente dichas alteraciones y realizar diagnóstico diferencial con otras condiciones patológicas; al mismo tiempo de poder diseminar los resultados obtenidos a la comunidad médica de nuestro país una vez finalizado el mismo.

La finalidad del presente trabajo investigativo es determinar la probabilidad de asociación entre la funcionalidad familiar y las alteraciones psicoafectivas de los adolescentes; contribuyendo con sus hallazgos a una práctica médica integral y eficaz de la Medicina Familiar en el tratamiento eficaz de los trastornos psicoafectivos a la vez que multiplica las prestaciones en salud mental aumentando las coberturas y supliendo de algún modo la grave escasez de recursos especializados en el tema.

Objetivo General: Establecer la relación entre la funcionalidad familiar y las alteraciones psicoafectivas en los adolescentes de bachillerato de las Provincias de El Oro, Loja y Zamora Chinchipe.

Objetivos específicos:

- Caracterizar la funcionalidad familiar, las alteraciones psicoafectivas y condiciones sociodemográficas de los adolescentes de bachillerato.
- Establecer la asociación entre las alteraciones psicoafectivas internalizantes, externalizantes, mixtas y la funcionalidad familiar.

Hipótesis General:

- **Ho:** No existe relación entre las alteraciones psicoafectivas y la funcionalidad familiar en los adolescentes de bachillerato de los establecimientos educativos de la zona 7.
- **H1:** Existe relación entre las alteraciones psicoafectivas y la funcionalidad familiar en los adolescentes de bachillerato de los establecimientos educativos de la zona 7.

Hipótesis H1:

- **Ho:** No existe relación entre las alteraciones psicoafectivas internalizantes y la funcionalidad familiar en los adolescentes de bachillerato de los establecimientos educativos de la zona 7.
- **H1:** Existe relación entre las alteraciones psicoafectivas internalizantes y la funcionalidad familiar en los adolescentes de bachillerato de los establecimientos educativos de la zona 7.

Hipótesis H2:

- **Ho:** No existe relación entre las alteraciones psicoafectivas externalizantes y la funcionalidad familiar en los adolescentes de bachillerato de los establecimientos educativos de la zona 7.

- **H1:** Existe relación entre las alteraciones psicoafectivas externalizantes y la funcionalidad familiar en los adolescentes de bachillerato de los establecimientos educativos de la zona 7.

Hipótesis H3:

- **Ho:** No existe relación entre las alteraciones psicoafectivas mixtas y la funcionalidad familiar en los adolescentes de bachillerato de los establecimientos educativos de la zona 7.
- **H1:** Existe relación entre las alteraciones psicoafectivas mixtas y la funcionalidad familiar en los adolescentes de bachillerato de los establecimientos educativos de la zona 7.

Modelo matemático.

Ho: $X^{2t} = X^{2c}$ (t) tabulado c(calculado)

H1: $X^{2t} > X^{2c}$

&: (significancia) 5 %

gl: (grado de libertad): (v-1) (h-1)

R: zona de rechazo: Para establecer la región de rechazo buscamos en la tabla de distribución del X2 el valor correspondiente a los grados de libertad con la significación del 5%: +- 1,96

Modelo Estadístico

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

fe

Donde Chi cuadrado es igual a la frecuencia observada menos la frecuencia esperada al cuadrado dividido para la frecuencia esperada.

$$OR = \frac{a / b}{c / d}$$

Donde la razón de momios es el cociente entre odss de exposición observada en los casos y la odds de exposición del grupo control.

4. Revisión de Literatura

Capítulo I : La Familia

1.1 Conceptualización de la Familia. Familia se deriva de la raíz latina famulus, que significa siervo, se origina de la voz osca famel, esclavo doméstico. Durante la era del nomadismo, se conocía como familia al grupo de personas que se desplazaban de un lugar a otro. Así mismo en Roma, familia se reconocía como el conjunto formado por esposas, hijos, esclavos y sirvientes de propiedad del pater el cual tenía el derecho sobre la vida y muerte de ellos. El concepto de familia es antiguo, más sin embargo, solo hasta la segunda mitad del siglo XIX se convirtió en objeto de estudio por Morgan, Mc Lennan y Bachofen quienes la consideraron como una institución social cuya estructura y función es determinado por el grado de desarrollo de la sociedad, estudiando a la familia desde un estado original de salvajismo y de total promiscuidad sexual hasta la familia monogámica civilizada (J. L. H. González, 2005)

Así la familia se convierte en un componente vital en la formación de los individuos y la sociedad, que se ha ido adaptando con el paso del tiempo y transformándose al ritmo de la misma. Iglesias de Ussel, como se cita en (Gómez, 2008) define a la familia como un "grupo social constituido por personas vinculadas por la sangre, el matrimonio o la adopción, caracterizados por una residencia común, cooperación económica, reproducción y cuidados de la descendencia".

Desde el punto de vista Sociológico Páez, como se cita en (A. María & Henao, 2012) considera a la familia como el " grupo de personas entrelazadas en un sistema social, cuyos vínculos se basan en relaciones de parentesco fundados en lazos biológicos y sociales con funciones específicas para cada uno de sus miembros y con una función más o menos determinada en un sistema social".

Constituye un componente de la sociedad, condicionada por el sistema económico, social y cultural en el cual se desarrolle; constituyéndose en la institución base de la misma, medio natural para el desarrollo de sus miembros; donde aprenden a interactuar y recibir afecto, comprensión y apoyo constituyéndose en el eslabón básico del desarrollo emocional de individuo.(D. María et al., 2014)

Al ser la familia un grupo social, está regida por los mismos principios y fundamentos, determinando relaciones a partir de la cohesión, las alianzas y la dirección de la comunicación, caracterizado por sus relaciones consanguíneas y

de afectividad que hacen posible la adquisición de habilidades psicosociales. (Bezanilla, Miranda, & México, 2014)

1.2 Componentes y clasificación de las Familias. Como se ha mencionado la familia funciona como un sistema, la cual puede servir como fuente de salud y enfermedad; a su vez ésta se compone de subsistemas: el subsistema conyugal; formada por mamá y papá, el subsistema materno-filial; formado por padres e hijos, y el subsistema fraternal; formado por los hermanos. (Mendoza Solis, LA., Soler Huerta, E., 2006)

A decir de Salvador Minuchín, como se cita en (Armas, Norma; Días, 2007) quien acuñó la palabra holón " al tratar de encontrar un término que signifique, al mismo tiempo, "un todo y una parte de". Holón viene de "hol" que significa todo, y , "ón" que hace referencia a una parte. La propia familia es un todo en sí misma y constituye una pequeña parte del gran sistema social."

De acuerdo a un criterio determinado existen algunas clasificaciones de la familia, como se cita en (D. María et al., 2014) "Desde el punto de vista de su desarrollo se subdivide en moderna, tradicional y arcaica o primitiva, y considerando aspectos de lugar de residencia o demográfico en urbana y rural. Otras de las clasificaciones de importancia es la que se clasifica a la familia por el número de miembros en familia grande, mediana y pequeña; por la Ontogénesis se clasifica en nuclear, extensa o entendida , y mixta o ampliada. Desde el punto de vista de la integración a la vida social, se clasifica en integrada, semi-integrada, desintegrada."

Así mismo todas las familias tienen características propias que las permiten diferenciar de otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición: nuclear, extensa o ampliada, el desarrollo: tradicional o moderna, la Demografía: urbana, suburbana o rural, la Ocupación: campesina, empleado o profesional, la Integración: integrada, semintegrada o desintegrada, la jerarquía; es decir el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar: autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o recíproca con autoridad, los límites, es decir las reglas que demarcan a las jerarquías: claros, difusos o rígidos y la Comunicación, es decir la forma en que la familia se expresa entre sí: directa, enmascarada o desplazada. (Mendoza Solis, LA., Soler Huerta, E., 2006)

1.3 El Adolescente como miembro de familia. Según la Organización Mundial de la Salud la adolescencia es el periodo de la vida comprendido entre los 10 y 19 años de edad; en el cual un individuo madura en las dimensiones física, sexual, psicológica, social y establece su propia identidad. Convirtiéndose en una etapa de grandes desafíos y oportunidades tanto para adolescentes como para sus familias, debido a los peligros y vulnerabilidades propios de la etapa; constituyéndose un reto el crecimiento y desarrollo con el objetivo de que el adolescente tenga éxito en los ámbitos en que se desarrolla. (Rodríguez, 2013).

A decir de Krauskopf como se cita en (Elías., 2007)" define a la adolescencia como el periodo crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los

recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio. ”

La adolescencia es un periodo de transición, constituyéndose en línea divisora entre la seguridad que existe en la niñez y la incertidumbre del adulto siendo una etapa con naturaleza propia que se inicia con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina con el status sociológico del adulto.(Cabrera Guerra, 2010)

El periodo evolutivo de la adolescencia a sufrido cambio de visibilidad social através de las culturas y la historia; en la que el joven deja la infancia para someterse a varias responsabilidades, mas sin embargo no las asume y está implicado en conductas de exploración y riesgo; haciendo que la mayoría de los conflictos en esta etapa surgan del desafío de crear su propia identidad y alcanzar cierta independencia.(Domínguez Alonso, López Castedo, & Álvarez Roales, 2015)

1.4 Teoría General de Sistemas aplicado a la familia. Desde el punto de vista estructural, de sus relaciones, organizacional y de interacción dinámica con el medio, la Familia puede ser explicada a través de la Teoría General de sistemas pues ésta posee un marco unificador que aplicada a la psiquiatría integra la parte biológica, dinámica y social de una forma global para dar un enfoque nuevo al diagnóstico y a la psicopatología para entender el proceso de enfermedad en la familia. La Teoría General de Sistemas fue concebida por Bertalanffy en 1940 para conceptualizar los fenómenos que la reducción mecanicista de la ciencia clásica no podía explicar.(Cibanal Juan, 2006)

La familia vista como sistema implica la aplicación de algunos principios de la Teoría General de sistemas: es abierto porque intercambia información con el medio, es totalitaria; pues el cambio en un miembro de la familia afecta a los otros, tiene límites debido a que se compone de varios subsistemas, está estructurada jerárquicamente, la conducta de cada miembro influye en la de los demás como feedback positivo (favorecedor) o negativo (corrector) y su estado final es independiente del estado inicial.(Guillem, Dámaris, Victoria, & Montesano del Campo, 2012)

Capítulo II: La Funcionalidad familiar

2.1 Conceptualización de La Funcionalidad familiar. El funcionamiento familiar es el conjunto de relaciones entre los individuos al seno de cada familia y que le otorgan una identidad propia a la misma. Puede ser fuente de bienestar cuando se trata de familias funcionales, pero por lo contrario aquellas con multiproblemas o disfuncionales; donde las tensiones emocionales, la falta de afecto , la falta de comunicación, la escasez de límites y reglas e inadecuada distribución de roles pueden generar problemas en los miembros de la familia, en el plano psicológico, social e incluso biológico. (Castellón, 2012)

Así la manera como se crea un entorno que permita el desarrollo individual de los miembros ha sido considerado como familia funcional; estas son familias que generalmente no sufren crisis ni trastornos psicológicos graves. Esta funcionalidad depende de ciertas características del sistema familia: del nivel de cohesión, flexibilidad, estrés, comunicación, emociones, vínculos afectivos y del nivel de discrepancia entre sus miembros.(Gonzales F, Gimeno A, Melendes J, & Córdova A, 2012)

Definido de esa forma, la funcionalidad familiar no es solo el cumplimiento de las funciones familiares, sino también es el resultado de la interacción entre sus integrantes es decir producto de las relaciones intrafamiliares. Para lo cual una familia debe cumplir, para ser funcional tres funciones esenciales: la satisfacción de las necesidades materiales, el tránsito por el ciclo vital y la solución a las crisis, es decir la capacidad de resolver unidos los problemas.(Castellón, 2012)

2.2 Conceptualización de Disfuncionalidad Familiar. La familia como grupo básico de la sociedad se vuelve disfuncional cuando existe una alteración en la dinámica relacional, interactiva y sistémica entre los miembros de una familia. Dicha disfuncionalidad atiende al incumplimiento de las funciones por parte de sus integrantes; en esferas como el afecto, la socialización, el cuidado, reproducción y status; o como miembro integrador de un sistema este se vuelve disfuncional cuando se alteran por cambio en los roles de sus integrantes.(M. M. Nuñez, 2010)

2.2.1 Causas de una Familia disfuncional. La disfuncionalidad familiar puede condicionar la aparición de enfermedad en los integrantes del hogar, pero por sobre todo en el adolescente que se está adaptando a esta etapa de desarrollo; algunas de estas causas son: la separación, el divorcio de los padres o el conflicto permanente de ellos, la mala comunicación entre los integrantes de la familia, la migración de uno de los padres o ambos, la falta de actividades compartidas en familia, problemas académicos y sociales no superados por el adolescente que no son comunicados o exteriorizados dentro del núcleo familiar. (Rivera & Sanchez, 2014)

Según la Psicóloga Alejandra Aspillaga como se cita en (M. M. Nuñez, 2010)“menciona que pueden ser múltiples, independientes o relacionadas entre sí, las que pueden llevar a una familia a causar malestar o enfermedades psicológicas a sus miembros.

Las más frecuentes: Agresividad, maltrato físico y psicológico entre sus miembros, relaciones conyugales conflictivas, adicciones a drogas o alcohol entre sus miembros, enfermedades crónicas en alguno de sus miembros, factores externos asociados a la pobreza. ”

2.2.2 Consecuencias de la disfuncionalidad familiar. Por lo común los primeros en demostrar alteraciones de la salud a consecuencia de la disfuncionalidad familiar son los niños y/o adolescentes a través de problemas conductuales o afectivos que afectan principalmente en la esfera académica.(M. M. Nuñez, 2010)

Puede contribuir además al desarrollo de conductas poco saludables en los adolescentes como: falta de empatía, sensibilidad hacia los miembros de la familia. Conductas abusivas o de ridiculización hacia los miembros de la familia o en el colegio. Falta de expresión ante el abuso emocional, sexual o físico. Falta de respeto hacia los miembros de la familia o violación de límites impuestos en el seno familiar. Maltrato entre los miembros de la familia.(Rivera & Sanchez, 2014)

2.3 Instrumentos para evaluar la Funcionalidad familiar.

Para la determinación de estas dimensiones no solo en los aspectos patológicos, sino en las competencias y aspectos adaptativos de los adolescentes se utilizan instrumentos de evaluación psicológica como el propuesto por Achenbach, cuyo instrumento el YSR (Youth Self –Report) permite definir ocho síndromes resultantes: ansiedad/depresión, aislamiento, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de romper normas y conducta agresiva; agrupándolos en trastornos internalizados y externalizados y mixtos.(Lacalle, 2009)

Capítulo III: Las Alteraciones Psicoafectivas

3.1 Conceptualización de las Alteraciones Psicoafectivas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS,2001), la prevalencia de trastornos psicológicos en la infancia oscila entre el 10 y el 20 %, existiendo importante variabilidad en las cifras encontradas en diversos estudios (Alday et al.. 2005;Pedreira y Sardinero, 1996), variando entre el 7 y el 30,2%.(Navarro Pardo, Meléndez Moral, Sales Galán, & Sancerni Beitia, 2012)

En el estudio realizado por Aláez et al. En el año 2000, se apreció que los trastornos de conducta son lo que con más frecuencia se diagnostican (23%), los trastornos depresivos (14,6%), los de ansiedad (13,3%), los específicos del desarrollo (12,7%) y los de eliminación (9,7%).(Navarro Pardo et al., 2012)

El ajuste psicológico de los adolescentes a la etapa de adultez se lo ha concebido como la ausencia de problemas internalizantes y externalizantes. Estos problemas emocionales o internalizantes tienen que ver alteraciones del estado de ánimo y la presencia de quejas somáticas y aislamiento. Los problemas del comportamiento o externalizantes implicarían la agresividad y conductas antisociales.(Campos, 2012)

3.2 Hipótesis Biológicas de las alteraciones Psicoafectivos. Tras el descubrimiento de los fármacos antidepresivos en la década de los 50 y su introducción a la clínica, se pudo conocer las primeras hipótesis sobre la fisiopatología de los trastornos afectivos, quedando en evidencia que no es posible una hipótesis simplista sobre la etiología de los mismos.

Los datos de estudios sobre la función de la serotonina presináptica y su metabolito, 5-hidroxiindolacético (5HIAA), en tejido cerebral de pacientes suicidas, así como la determinación de triptófano, indican en general una disminución de la disponibilidad de serotonina en cuadros depresivos. Así mismo los receptores

serotonérgicos postsinápticos 5HT₂, en tejido cerebral de sujetos muertos por suicidio están aumentados en sujetos con trastornos depresivos y no en otras patologías psiquiátricas, por lo que es un marcador específico de depresión. La implicación de la Noradrenalina en la fisiopatología de los trastornos afectivos se basa en la depleción catecolaminérgica y su mejoría con agentes que aumentan la disponibilidad de Noradrenalina sináptica. Así la depresión estaría ocasionada por un déficit de catecolaminas y la manía por un exceso.(Álvarez Martínez et al., 2009)

Así mismo algunos agonistas dopaminérgicos como la L-dopa, anfetaminas o bromocriptina se asocian con la sintomatología en pacientes bipolares. También se ha planteado que un estado afectivo podría definirse como el desbalance entre la actividad colinérgica y noradrenérgica en las áreas del cerebro que regulan el afecto, la presencia de alteraciones colinérgicas (aumento de la actividad) daría lugar a depresión; mientras que un desbalance noradrenérgico/ colinérgico (aumento de de Noradrenalina, disminución de Acetilcolina) daría lugar a la manía.(Álvarez Martínez et al., 2009)

3.2.1 Sistema Neuroendócrino y Trastornos Afectivos. Existe relación entre los trastornos psicoafectivos y el eje hipotalámico-hipofisiario-suprarrenal, la estimulación a las glándulas suprarrenales para producir cortisol cuya cantidad sirve de freno a la glándula estimuladora; mecanismo que se llama retroalimentación. En la depresión esta respuesta de retroalimentación no funciona con normalidad y en trastornos como la depresión mayor se han visto niveles elevados de cortisol. En el eje hipotalámico-hipofisiario-tiroideo, existe un aplanamiento de la respuesta de tirotrópina (TSH) tras la administración endovenosa de Hormona liberadora de Tirotrópina (TRH) en una tercera parte de los enfermos depresivos.(Álvarez Martínez et al., 2009)

3.3 La Teoría Cognitivo Conductual en las alteraciones psicoafectivas de los adolescentes. Estos son problemas de salud mental catalogados también como desórdenes del estado de ánimo; cualquiera puede sentirse deprimido o triste en ocasiones, más sin embargo los trastornos psicoafectivos son más intensos y difíciles de manejar que los sentimientos de tristeza normales. Considerados actualmente como los problemas de salud menos diagnosticados en adolescentes; debido a que estos trastornos no muestran los mismos síntomas que en los adultos y además corren el riesgo de sufrir otras afecciones, como desórdenes de ansiedad, comportamiento perturbador y abuso de drogas.(Akin, 2013)

Para explicar como se instauran este tipo de conductas durante la infancia y la adolescencia surge la Teoría Cognitivo - Conductual que combina modelos de la teoría del aprendizaje con aspectos del procesamiento de información; al integrar estos dos postulados, la teoría conductual y cognitiva; integra los factores internos y externos del sujeto. Esta teoría plantea que dentro de las alteraciones psicoafectivas las cogniciones son vías causales de un trastorno pese a que no excluyen la coexistencia de otros factores que intervienen en su etiopatogenia.(Tomás, 2007)

La teoría cognitivo conductual caracteriza a las alteraciones psicoafectivas en dimensiones del comportamiento basadas en la psicopatología del desarrollo. Así incluye dos dimensiones: la dimensión "internalizante" que incluye trastornos de ansiedad, aislamiento, depresión, retraimiento, tristeza, temor y quejas somáticas, que pueden presentarse a lo largo del desarrollo normal de los adolescentes. La segunda dimensión llamada "externalizante" que tiene que ver con trastornos de conducta, agresividad, desobediencia, crueldad con los animales, destructividad, abuso de sustancias y la hiperactividad; que producen problemas a las personas que los rodean. (Méndez & Rodríguez, 2011)

Así mismo es necesario indicar que para el desarrollo de este tipo de trastornos, pueden presentarse factores de riesgo familiares como: los estilos parentales inefectivos, estilo coercitivo, bajo nivel de involucración positiva, o alto nivel intrusivo, punitivo o de rechazo; mal funcionamiento familiar con conflictos conyugales, violencia doméstica, separación o divorcio mal resuelto, el bajo nivel socioeconómico y la psicopatología paterna. Así como factores de riesgo extrafamiliares como lo son el vecindario, el tipo de comunidad, los compañeros de clase, los medios de comunicación y el acceso a armas. (Canals, 2009)

3.4 Alteraciones Internalizantes.

3.4.1 Retraimiento. Hace referencia a los niños y niñas tímidos con dificultad para relación social, poco asertivos. Su patrón de conducta se caracteriza por un déficit en las relaciones interpersonales y una tendencia estable y acentuada a escapar del contacto con otras personas. Permanecen solos, hablan poco, inhibidos en su conducta social y su comportamiento.

3.4.2 Somatización. Se queja de molestias, dolores de estómago, falta a clase por enfermedad. Esta somatización es la expresión física del malestar en los niños sin causa médica justificable.

3.4.3 Ansiedad. Consiste en un estado de intranquilidad y nerviosismo ante una situación específica o de forma permanente. Es manifestada como nerviosismo, inquietud y tensión interior; existe preocupación por lo que piensen de uno mismo o por lo que les pueda pasar. Existe en ellos inseguridad son temerosos, especialmente ante situaciones específicas que les crean inseguridad, desconcierto o miedo.

3.4.4 Infantil-dependiente. *Es un tipo de comportamiento o conductas que los niños presentan de forma frecuente y que no corresponde a lo "esperable" o normativo para su edad. Comportándose como niños más pequeños, con lloriqueo, dependencia de los adultos; además presentan inmadurez emocional y escolar y baja autoestima.*

3.4.5 Problemas de pensamiento. *Son niños cualitativamente distintos en su desarrollo cognitivo, social y verbal. Tienen un inadecuado o incoherente razonamiento y un lenguaje carente de lógica. Esta desorganización mental y verbal indica un problema importante a nivel estructural mental.*

3.4.6 Depresión. Es una situación afectiva de tristeza en mayor intensidad y duración que lo que se espera en un niño o adolescente. Se manifiesta como aburrimiento, falta de sentido de humor, autoestima, apatía por las cosas. Son niños y niñas con llanto fácil y pocas cosas les producen placer o diversión.

3.5 Alteraciones Externalizantes.

3.5.1 Atención-hiperactividad. Son adolescentes con dificultades para concentrarse y prestar atención, tanto en clases y fuera de ella. Suelen ser mucho más activos o impulsivos de lo que se espera para su edad. Tienen poca paciencia en las dificultades y poca tolerancia a la frustración. Algunas veces son vistos como niños difíciles o que tienen problemas del comportamiento.

3.5.2 Conducta perturbadora. Es la conducta disruptiva en el aula. Su comportamiento sigue un patrón de falta de disciplina y desobediencia, mienten con frecuencia, contestan a los educadores y dicen malas palabras. Faltan a clases sin la autorización de los adultos, llaman la atención y se oponen a las normas establecidas.

3.5.3 Rendimiento académico. Son niños que no estudian o tienen un rendimiento académico por debajo del promedio esperado para su edad, sin que la inteligencia sea el origen. Son apáticos e indiferentes frente al estudio; no tienen motivación ni interés por el aprendizaje y todo les parece demasiado trabajo.

3.5.4 Conducta violenta. Conductas de alta agresividad con conciencia de hacer daño físico o psíquico a otro. Estos adolescentes no se muestran culpables por ello. Tienen diversas manifestaciones conductuales: robos, amenazas, golpes, burlas, humillaciones, conductas de vandalismo, o crueldad con los animales. Son fanfarrones, y especialmente en los de mayor edad, algunas de sus conductas están en el límite de la transgresión de la ley. (Landazabal & Mateo, 2013)

Capítulo IV: Estudios actuales sobre la relación entre funcionalidad familiar y las alteraciones psicoafectivas de los adolescentes

La funcionalidad familiar depende en gran medida de la interacción de los elementos de la familia, pues la alteración de uno de sus componentes traerá consigo afectación a nivel del núcleo familiar. En efecto existe al respecto un estudio que analiza la relación entre los correlatos demográficos, psiquiátricos y funcionales de internalización y externalización de un grupo de 209 niños y adolescentes entre las edades de 5 a 17 años que asistían a una clínica especializada universitaria encontrando que la ansiedad y la psicopatología de externalización se asocian con una mayor gravedad de los síntomas y deterioro funcional familiar.

Se analizó el entorno familiar con la (FES) Family Environment Scale; utilizándose los dominios de Cohesión, o el grado en que los miembros de la

familia se apoyan mutuamente y el conflicto, una medida de discordia abierta entre los miembros de la familia.

Los padres de los jóvenes con Trastornos Obsesivos compulsivos más externalización reportaron menos cohesión en comparación con las familias de los jóvenes en el grupo con trastornos obsesivos compulsivos con alteraciones de interiorización, además las familias con niños en el grupo de trastornos obsesivos compulsivos con interiorización reportaron mayores niveles de conflicto familiar en comparación con aquellos que presentaron alteraciones de exteriorización.(Langley, Lewin, Bergman, Lee, & Piacentini, 2010)

Así mismo un estudio prospectivo realizado entre los años de 2001 a 2010, a 2230 adolescentes holandeses de edades entre 10 a 20 años y a sus padres, en el que se analizaron los efectos de las características estructurales y dinámicas familiares en el desarrollo de problemas depresivos y agresivos durante la adolescencia; identificaron que la dinámica familiar puede producir una variación en la depresión durante la adolescencia. Los adolescentes que percibieron rechazo paterno o materno y falta de calor familiar a los 10 años presentan más problemas depresivos, pero estos disminuyeron al disminuir el rechazo por parte de sus padres. Así mismo se encontró que los problemas depresivos estaban asociados con problemas agresivos en el tiempo, lo que apoya la idea de los caminos divergentes de la psicopatología comórbida, los que están peor en un dominio de la psicopatología, también se hacen peores en el otro dominio.(Sijtsema et al., 2014)

La tipología familiar en relación a su integración ha sido estudiada como causa de alteraciones en la descendencia adolescente a largo plazo, así una investigación de cohorte desde 1981, estudió a las madres y sus hijos desde su nacimiento hasta 21 años después, encontrándose que los niños que vivían en familias reconstituías (con padrastro) pero que sus padres tenían una buena relación matrimonial se manifiesta más síntomas de ansiedad, depresión, agresión, problemas somáticos, delincuencia, internalización y externalización; independientemente de vivir con padre o padrastro pero que presente conflicto en la relación matrimonial se asoció con aumento en los niveles de psicopatología a través de todas las subescalas del YSR; además los niños que vivían en familias monoparentales tenían más altos niveles de psicopatología a los 21 años en comparación con los de familias intactas y con buen ajuste de los padres.(Hayatbakhsh et al., 2013)

Además de la integración familiar se estudiado también la inestabilidad de la relación de los padres, como factor predictor de trastornos en adolescentes, así un estudio continuo, multisitio realizado durante 24 años a 585 niños de Kinder Garden durante los veranos de 1987 y 1988 de dos cohortes de Nashville, Knoxville y Bloomington; Estados Unidos; con el propósito de evaluar si la inestabilidad de la relación de los padres antes de 5 años afecta al inicio temprano de relaciones sexuales y síntomas psicoafectivos como depresión mayor, demostró que la exposición a la inestabilidad de la relación de los padres antes de la edad de los 5 años puede predecir una mayor probabilidad de actividad

sexual y episodio depresivo importante en los adolescentes sobre todo en el género femenino 5,4%.(Donahue et al., 2010)

Un estudio evaluó las alteraciones somáticas y emocionales reportados por 2184 adolescentes de entre 11 a 18 años que asistieron a consultas preventivas de atención primaria de Pediatría y Medicina Familiar en Nueva Inglaterra, Estados Unidos; durante los años 2008 a 2009, con el propósito de identificar las preocupaciones mentales, factores de riesgo, de protección y sociales. Se identificó que los factores de riesgo que fueron significativos predictores de un resultado positivo de la depresión incluyen el uso de sustancias, el estrés, la ira y las preocupaciones sobre el consumo de alcohol y drogas; entre los factores de protección, es decir que reducen el riesgo de depresión se encuentran la edad (los pacientes más jóvenes); tener padres que escuchan al adolescente y mayor actividad familiar.(Dumont & Olson, 2012)

Se han identificado otros factores de riesgo a nivel familiar en relación con las alteraciones psicoafectivas en adolescentes; así un estudio realizado por el Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Río de Janeiro, Brasil, evaluó las familias con niños de entre 7 a 18 años con trastorno por déficit de Hiperactividad (TDAH) y sin ello; los resultados sugirieron que la TDAH, la ansiedad y la depresión son variables que se correlacionan en las familias y deben ser tratadas conjuntamente. Así la falta de atención de los padres se correlacionó con falta de atención, hiperactividad y ansiedad en los hijos.(Segenreich et al., 2015)

En una encuesta realizada a estudiantes del quinto séptimo y noveno de educación primaria y secundaria en California, Estados Unidos; en 2011 se estudió la influencia de la conexión militar de los padres y el desligue de los padres sobre la salud mental de los adolescentes; y se encontró que el estrés individual e intrafamiliar está directamente relacionado con problemas de internalización y externalización; se encontró que el 33,7% de adolescentes reportó sentirse triste o desesperado durante más de 2 semanas en los últimos 12 meses y que las niñas eran más propensas que los varones a formar ideación suicida; pero sin embargo esto no dependía de la edad. Así mismo los adolescentes asiáticos, isleños del pacífico y mestizos eran más propensos a tal ideación.(Cederbaum et al., 2014)

Otro de los factores de riesgo que se ponen de manifiesto para la presencia de las alteraciones psicoafectivas es la violencia dentro del hogar; como se evidencia en un estudio realizado a adolescentes de Finlandia y Dinamarca de edades entre 15 y 16 años en donde se analizó como la violencia de los padres que van desde amenazas verbales y físicas a un adolescente está asociado con problemas de internalización y externalización en el adolescente, así como comportamiento pro social. Se encontró que la exposición a agresiones verbales se asoció con niveles más altos de internalización y externalización. Así mismo se demostró más diferencia significativa de género para los síntomas de internalización; pues las niñas expuestas a violencia parental eran más propensas a reaccionar con síntomas de ansiedad y depresión en comparación con los niños. Una limitante de este estudio fue el contexto familiar; pues fue difícil concluir que los problemas psicoafectivos encontrados en los adolescentes son el resultado primario de

abuso físico o de otros problemas dentro de la familia y que es necesario ahondar entre las transacciones complejas relacionados con los diferentes factores familiares.(Peltonen, Ellonen, Larsen, & Helweg-Larsen, 2010)

Existen datos contradictorios respecto a la migración como factor de riesgo para la presencia de alteraciones psicoafectivas en adolescentes, pues una revisión sistemática en bases de datos de Pubmed y PsychInfo entre Julio de 2012 y Abril de 2013 analizó la prevalencia de problemas emocionales y conductuales de niños y adolescentes nativos de Europa en comparación con los niños con un fondo migratorio; encontrando que la migración puede definirse como un factor de riesgo, así los niños y adolescentes que migraron demostraron significativamente más problemas de exteriorización que aquellos niños que no habían migrado y problemas de desregulación emocional e incompetencia social.(Belhadj Kouider et al., 2013)

Sin embargo se realizó la misma revisión sistemática en las bases de datos de Pubmed Y PsychInfo entre Septiembre de 2012 y Agosto de 2013 en niños de Continente Americano; e identificaron que aquí la migración por sí misma no puede ser definida como un factor de riesgo ya que se demostró mayor comportamientos externalizantes de niños nativos de Estados Unidos en comparación con los migrantes; sin embargo se describió que el grupo de niños hispanos tienen más alta prevalencia de trastornos mentales que otros grupos étnicos migrantes. Los adolescentes latinos destacaron por presentar mayor conflicto entre padres y adolescentes, determinándose que un periodo más largo en un país anfitrión puede proteger la salud mental de los latinos mientras que una estadía corta favorece el incremento de trastornos mentales.(E et al., 2014)

Es necesario mencionar también la afectividad y la emoción dentro del núcleo familiar como factor protector ante las psicopatologías y al respecto un estudio longitudinal de 6 años llevado a cabo en los Países Bajos realizados en 497 holandeses adolescentes entre las edades de 13 a 18 años y sus madres, determinó que la emoción expresada por las madres de ambientes domésticos de alta eficiencia energética es beneficioso para ayudar a mejorar la angustia psicopatológica de los adolescentes y estos podrían hacer más para controlar los síntomas si el adolescente desea hacerlo y que el fracaso para controlar tales síntomas de internalización y externalización se debe a un factor intrapersonal únicas del paciente como lo es un hábito personal, llamado en psicoterapia "culpar al paciente"; pero dicho estudio tiene la limitación de no haber sido realizado en el contexto familiar o ser aplicados a las emociones expresadas por los padres de los adolescentes.(Hale et al., 2015)

Así mismo existen diversos estudios que señalan que el ambiente familiar es un factor protector de patologías psicoafectivas; al respecto se realizó un estudio sobre el efecto acumulativo de ambiente familiar en sintomatología psiquiátrica en 4000 adolescentes de cinco escuelas secundarias de Hawái con diferentes orígenes étnicos; encontrándose que el apoyo familiar redujo el riesgo de aparición de síntomas de internalización pero no para los trastornos de externalización pues el mayor apoyo familiar aumenta el riesgo de presentar tal trastorno, por lo tanto consideró que no siempre es un factor protector para las

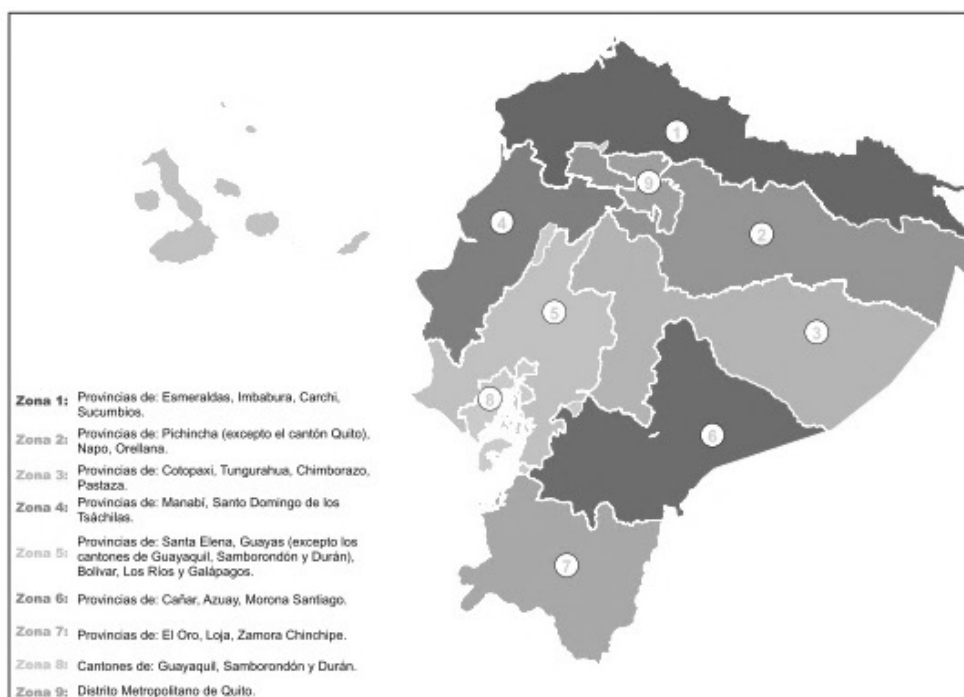
alteraciones psicoafectivas; además se encontró que la acumulación de indicadores de adversidad en la familias hawaianas en relación con otras etnias, incrementa el nivel de sintomatología psiquiátrica en los adolescentes llegando hasta 9,72% la probabilidad de patología depresiva y de ansiedad.(Goebert et al., 2000)

De la misma forma un estudio de casos y controles realizado en el distrito escolar de Philadelphia, Estados Unidos; analizó una muestra de 387 jóvenes de edad media de 11,6 años, de diversos orígenes raciales y socioeconómicos aplicándoseles el test de auto informe de la juventud (YSR) para alteraciones psicoafectivas, encontrándose que el 5,9 % presentan ideación suicida o autolesión y que las personas con trastornos emocionales mostraron mayores niveles de impulsividad, conductas de riesgo y otros comportamientos problemáticos, en este estudio no se encontró diferencia significativa entre la relación entre padres e hijos como factor protector de alteraciones psicoafectivas como el suicidio.(Giannetta et al., 2012)

Capítulo V: Contextualización del Area de estudio: La Zona 7 de Ecuador

Con el objetivo de fortalecer y mejoras la articulación en tres los diferentes niveles y el gobierno, el Ejecutivo en el año 2008 inició la implementación de niveles de planificación en el Ecuador, permitiendo la identificación de necesidades y soluciones efectivas en el accionar público. Para dicho efecto se conformaron nueve zonas equipotentes, siete de ellas compuestas por Provincias, de acuerdo a una proximidad geográfica, cultural, económica y dos zonas integradas por cantones.(SENPLADES, 2015) Fig: 1

Figura 1. Zonas de planificación de Ecuador

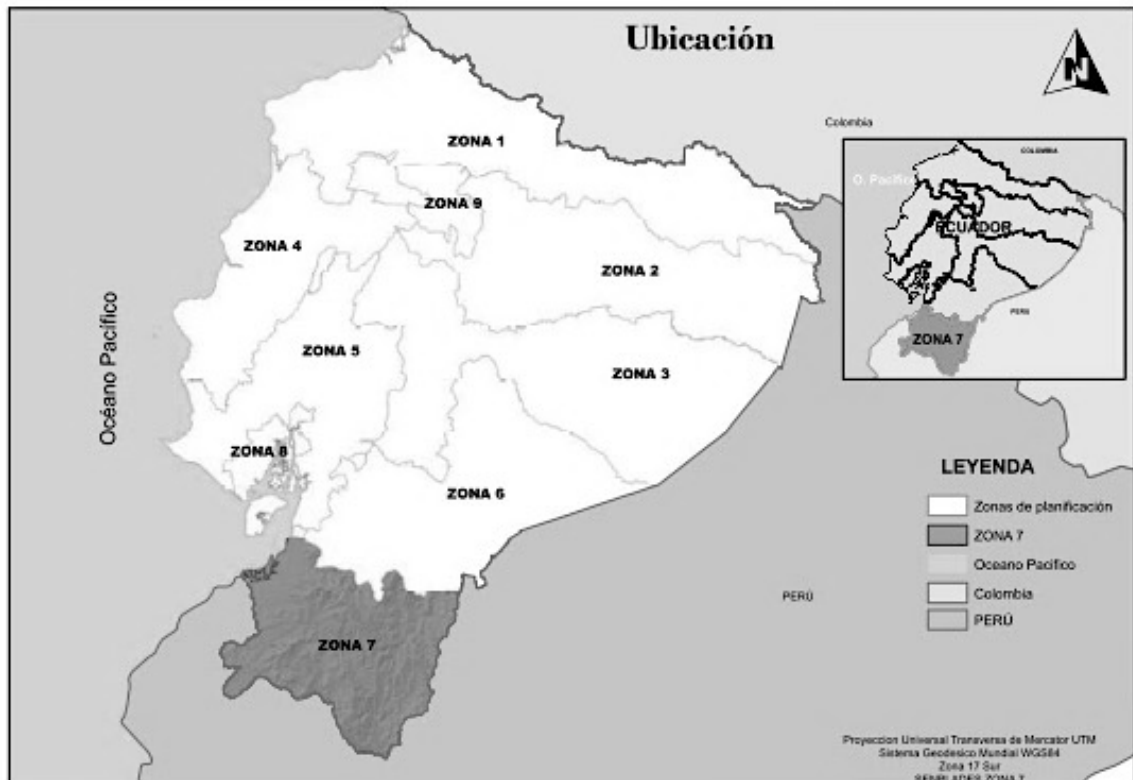


Fuente: INEC:2010

Elaboración: Agenda Zonal , Zona 7 Sur 2013- 2017. Senplades.

5.1 Localización. 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) Fig 2.

Figura 2. Ubicación en el Territorio Nacional

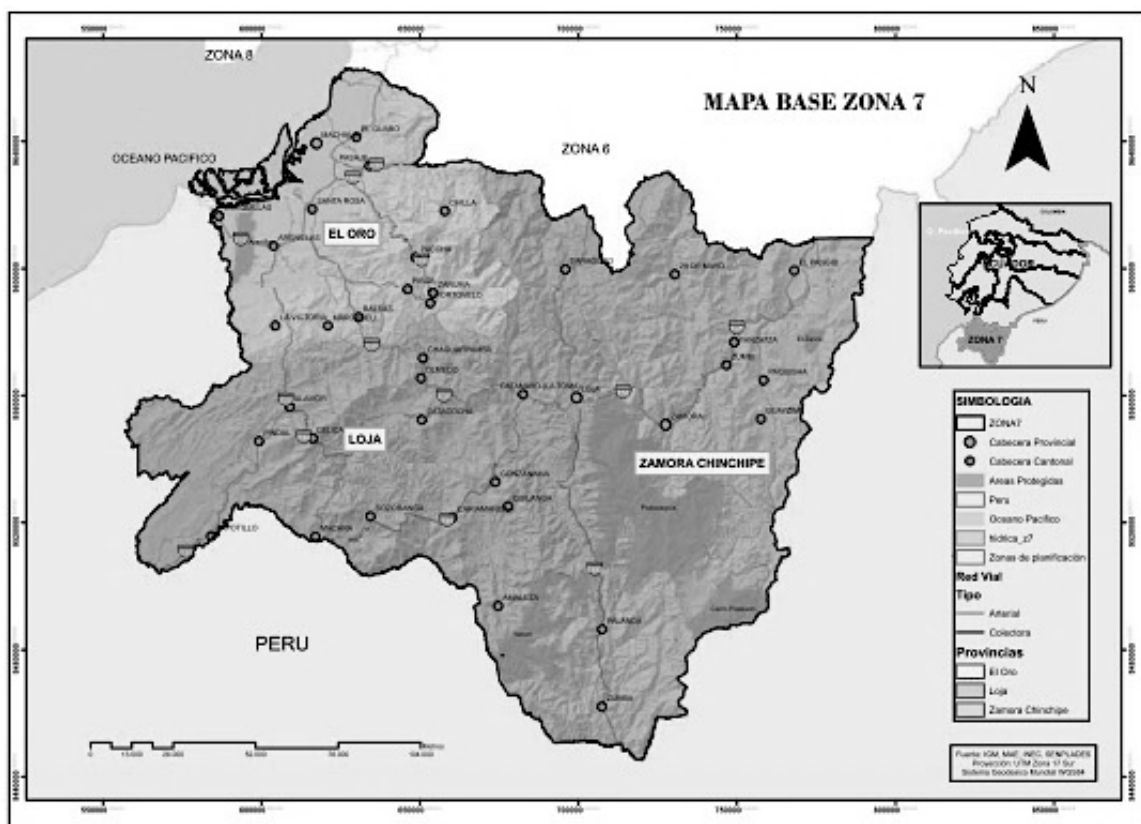


Fuente: INEC:2010

Elaboración: Agenda Zonal , Zona 7 Sur 2013- 2017. Senplades.

5.2 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) Fig 3

Figura 3. División política Zona 7.



Fuente: INEC:2010

Elaboración: Agenda Zonal , Zona 7 Sur 2013- 2017. Senplades.

5.3 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). (Fig. 4)

Figura 4: Distritos y circuitos de la Zona 7



Fuente: INEC:2010

Elaboración: Agenda Zonal , Zona 7 Sur 2013- 2017. Senplades.

Tabla 1: Distritos administrativos por provincia Zona 7.

Provincia	Distrito	Cantón	Número 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		6
	11D09	Saraguro 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: INEC:2010

Elaboración: Agenda Zonal , Zona 7 Sur 2013- 2017. Senplades.

5.4 Aspectos físicos generales. La zona 7 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). 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 %.

5. Materiales y Métodos

Tipo y diseño 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.

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

Unidad de estudio

Adolescentes de entre 15 y 19 años de la zona 7 de Ecuador que cursen el primer, segundo y tercer año de bachillerato, en las diferentes instituciones registradas en el Ministerio de Educación, de las secciones (vespertina, matutina y nocturna), presenciales y a distancia; públicas, privadas y fiscomisionales; urbanas y rurales de acuerdo al régimen académico de educación (Costa o Sierra).

Universo

Esta conformado por la población de adolescentes de bachillerato de las Provincias de El Oro; Loja y Zamora Chinchipe que según la Coordinación Zonal 7 de Educación de acuerdo a la base AMIE está calculada en 66733 adolescentes de los cuales pertenecen:

Provincia de El Oro:	35.453
Provincia de Loja:	25.361
Provincia de Zamora Chinchipe:	5.919
Total de Alumnos:	66.733

Muestra

Para el cálculo de la muestra se ha utilizado la fórmula de Pita Fernandez a partir del total de estudiantes de datos tomados a partir de la base AMIE del Ministerio de Educación:

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

Donde:

n = 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 %), se elige este valor porque conocemos en base a estudios anteriores los valores de prevalencia de los diferentes temas investigados en el Macroproyecto por lo que se elige el valor más bajo que corresponde al consumo de drogas.

Provincia de El Oro

$$n = \frac{35453 (1,96)^2 \cdot 0,07 \cdot (1-0,07)}{(35453-1) \cdot 0,03^2 + (1,96)^2 \cdot 0,07 \cdot (1-0,07)} = 276 \text{ (valor ajustado a perdidas= } \mathbf{324})$$

Provincia de Loja

$$n = \frac{25361 (1,96)^2 \cdot 0,07 \cdot (1-0,07)}{(25361-1) \cdot 0,03^2 + (1,96)^2 \cdot 0,07 \cdot (1-0,07)} = 275 \text{ (valor ajustado a perdidas= } \mathbf{322})$$

Provincia de Zamora Chinchipe

$$n = \frac{5919 (1,96)^2 \cdot 0,07 \cdot (1-0,07)}{(5919-1) \cdot 0,03^2 + (1,96)^2 \cdot 0,07 \cdot (1-0,07)} = 267 \text{ (valor ajustado a perdidas= } \mathbf{314})$$

Total de Muestra: **960 adolescentes**

La potencia estadística fue realizada en conjunto con el cálculo del tamaño de la muestra, trabajando con una potencia deseada mínima del 80%; para dicha verificación se utilizó el software GPower v. 3.1 y Fórmula de Pita Fernández.

Muestreo

Se realizó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple multietápico a través del sistema informático Microsoft Excel 2010 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 para esa provincia, de la siguiente forma:

De la base AMIE del Ministerio de Educación se seleccionó los establecimientos de bachillerato que cumplieran los criterios de inclusión de la población, luego se realizó los estratos muestrales de los establecimientos tomando en cuenta el número de estudiantes, índice de urbanidad, tipo de establecimiento (fiscal, particular y fiscomisional), jornada de estudio (matutinos vespertinos nocturnos y a distancia, existiendo representatividad de cada uno de los grupos estudiados. Es así, que se determinó los establecimientos a visitar y el número de encuestas a realizar en cada uno de estos.

Tabla 3. Distribución de Colegios en la Provincia de Loja.

Provincia	Cantón	Parroquia	Institución Educativa	N	Estratos	n
Loja	Calvas	Cariamanga	Instituto Tecnológico Superior Cariamanga	209	Estrato 2	30
Loja	Celica	Pozul (San Juan de Pozul)	Maximiliano Rodríguez	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 Sebastián	Colegio Experimental Bernardo Valdivieso	1612	Estrato 9	19
Loja	Loja	Valle	Instituto Tecnológico Superior Daniel Álvarez Burneo	1546	Estrato 8	18
Loja	Loja	Vilcabamba (Victoria)	Colegio Nacional Mixto Vilcabamba	323	Estrato 2	30
Loja	Loja	General Eloy Alfaro (San Sebastián)	Macará	625	Estrato 4	14

Loja	Saraguro	Saraguro	Celina Vivar Espinosa	424	Estrato 3	24
Loja	Loja	San Lucas	Unidad Educativa a Distancia de Loja ext Mons. Leonidas Proaño	35	Estrato 1	25
Loja	Loja	Sucre	Colegio Dr. Antonio Peña Celi	86	Estrato 1	27
Total				758 5		322

Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

Tabla 4. Distribución de Colegios en la Provincia de El Oro

Provincia	Cantón	Parroquia	Institución educativa	N	Estratos	n
El Oro	Zaruma	Zaruma	26 de Noviembre	547	Estrato 3	21
El Oro	Machala	La Providencia	Sagrado Corazón de Jesús	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. José María Velasco Ibarra	602	Estrato 4	50
El Oro	Pasaje	Ochoa León (matriz)	Carmen Mora de Encalada	984	Estrato 5	30
El Oro	Pasaje	Ochoa León (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 Pérez 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: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

Tabla 5. Distribución de Colegios en la Provincia de Zamora

Provincia	Cantón	Parroquia	Institución educativa	N	Estratos	n
Zamora Chinchipe	El Pangui	El Pangui	Unidad Educativa 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 Roldós	343	Estrato 3	24
Zamora Chinchipe	Centinela del Cóndor	Zumbi	Unidad educativa experimental a distancia Zamora Ch ext San Isidro	27	Estrato 1	27
Zamora Chinchipe	Chinchipe	Zumba	Unidad educativa 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 educativa experimental a distancia Zamora Ch ext Fátima	5	Estrato 1	27
Zamora Chinchipe	Paquisha	Paquisha	Unidad educativa experimental a distancia ext 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: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

Criterios de inclusión

Adolescentes que asisten al 1ero, 2do y 3er año de Bachillerato de edades comprendidas entre 15 y 19 años; de los Colegios de las Provincias de El Oro Loja y Zamora Chinchipe y que expresen su deseo de participar en el estudio a través del documento de asentimiento informado y consentimiento informado por parte de sus padres o representantes legales.

Criterios de Exclusión

Estudiantes menores de 15 años que asisten al bachillerato.

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

Técnica

A los adolescentes se les aplicó una encuesta anónima previo asentimiento y consentimiento informado que incluyó la información demográfica y los diferentes test a aplicar; dicho documento fue aplicable a esta población adolescente debido a que está adecuado a su nivel académico y permite su fácil comprensión.

Datos generales. Los datos sociodemográficos fueron tomados mediante una ficha auto llenada más la encuesta socioeconómica del INEC 2010, en la que se hizo constar:

Edad. Restringido al grupo de edad en estudio.

Sexo. Ambos sexos, se escogerá el porcentaje según el análisis de la muestra.

Institución. Restringido al grupo de instituciones que fueran escogidas.

Provincia. Loja, Zamora Chinchipe y El Oro.

Año Escolar. Año que estuvo cursando el entrevistado.

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

Nivel socioeconómico. Según encuesta socioeconómica INEC 2011.

Instrumentos

Test de 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.(E. P. 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.(G. Nuñez, 2010)

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 en 52 países y permitirá valorar a las familias de manera integral en su estructura y funcionalidad.(G. Nuñez, 2010); para el presente estudio se realizó

la validación respectiva para nuestro medio; la cual presentó una Alfa de Cronbach de 0,931, lo cual le confiere una elevada consistencia. (Brito, 2016)

Lista de chequeo de la conducta infantil de Achenbach formato de Auto reporte YSR (Youth Self –Report).

Fue diseñado para obtener información sobre competencias y problemas de adolescentes de 11 a 18 años desde una perspectiva multivariada, desarrollado para valorar las competencias, problemas emocionales y de comportamiento de los adolescentes. Se fundamenta en que los adolescentes tienen un conocimiento mayor y completo de sus conductas y pueden expresar opiniones de su propio funcionamiento. El YSR consta de dos partes, la primera, que se compone de 17 items, valora diversas competencias psicosociales que incluyen frecuencia y tipo de participación en diferentes actividades sociales. La segunda parte del YSR, incluye 112 items de los cuales 103 describen un alto rango de conductas problema y los restantes describen comportamientos socialmente deseables. (Serafín LEMOS, Angel M. FIDALGO, 2011)

Confiabilidad.

Se realizó un test-retest en 50 adolescentes de una población de similares características, a intervalos promedio de 7 días. Las relaciones entre los puntajes de tiempo 1 – tiempo 2 se analizaron mediante la Correlación de Pearson y Test t.

Validez.

Los autores presentan datos de validez y de constructo para ambos instrumentos, aclarando que la validez para dichos instrumentos debe evaluarse con una variedad de criterios, ninguno de los cuales es definitivo por sí solo; así mismo se realizó la validación del instrumento en nuestro medio.

Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico

Este instrumento fue realizado por El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la misma que sirve categorizar por estratos los grupos socioeconómicos. Fue validado por el INEC en 9.744 viviendas del área urbana de Quito, Guayaquil, Cuenca, Machala y Ambato; a través de una encuesta de 97 preguntas, de las cuales se utilizaron 25, las mismas que fueron seleccionadas por ser comunes y que caracterizan a los grupos socioeconómicos encontrados para las cinco ciudades de estudio y en cada una de las dimensiones: vivienda, educación, económica, bienes, tecnología, hábitos de consumo.

La encuesta reflejó que los hogares de Ecuador se dividen en cinco estratos, el 1,9% de los hogares se encuentra en estrato A, el 11,2% en nivel B, el 22,8% en nivel C+, el 49,3% en estrato C- y el 14,9% en nivel D.

Para esta clasificación se utilizó un sistema de puntuación a las variables. Las características de la vivienda tienen un puntaje de 236 puntos, educación 171 puntos, características económicas 170 puntos, bienes 163 puntos, Tics 161

puntos y hábitos de consumo 99 puntos.(Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos del Ecuador, 2011)

Prueba Piloto.

Se seleccionó un colegio de nuestra ciudad el mismo que posteriormente no formaría parte del estudio de Macroproyecto, para aplicar el piloto. El mismo consintió en una muestra de 74 estudiantes de los cursos primero, segundo y tercer año de bachillerato. De los cuales 38 (51.4%) son hombres y 36 (48.6%) son mujeres, de entre 15 a 22 años con lo cual se cumple el criterio de ratios observacionales. A los cuales se les fue aplicada la encuesta estructurada de acuerdo a los instrumentos mencionados, de forma colectiva y anónima. Luego se determinó la claridad y poder de comprensión de las preguntas aplicándose la prueba T de comparación de medias; estableciéndose que cada pregunta fue comprendida al rechazar la hipótesis nula de la igualdad de medias, con una probabilidad de error de $p \leq .005$.

Posteriormente se realizó el análisis factorial de componentes principales KMO , prueba de esfericidad de Bartlett y rotación varimax. En la prueba de esfericidad de Bartlett 9535.962, con una p valor de .000 lo cual nos indica que la matriz de datos es válida para continuar con el análisis factorial definiendo las dimensiones que se aplicarían en la encuesta final; además se realizó el análisis de fiabilidad del instrumento encontrándose un alfa de Cronbach de 0.931, lo cual le confiere una elevada consistencia.

Consideraciones Éticas

Para el desarrollo del presente trabajo investigativo fue necesaria la participación de los adolescentes de los Colegios en estudio; a partir de un documento de asentimiento y consentimiento informado (ver Anexos).

Se consideró los principios éticos de la investigación con seres humanos contenidos en la Declaración de Helsinki.

Se informó al participante sobre los objetivos del estudio, su duración, los beneficios del mismo para él y su familia y la libertad de retirarse del estudio en el momento que lo considere.

Procedimiento

1. Fase de Inicio:

En esta fase se realizó el análisis, diseño del proyecto, búsqueda de información, elaboración, presentación y aprobación del proyecto de tesis, la fase tuvo una duración de 16 días.

Realización de prueba piloto para la validación de los instrumentos de investigación. La misma que recogía todos los instrumentos utilizados por los 12 estudios respecto al estado de salud de los adolescentes y fue aplicado a una muestra de 74 estudiantes de los cursos primero, segundo y tercer año de

bachillerato de un colegio de nuestra ciudad el mismo que posteriormente no formaría parte del estudio de Macroproyecto.

Solicitud por escrito a la Coordinación Zonal de Educación para la autorización de la realización del presente estudio en los Colegios de las tres Provincias; para posteriormente realizar del muestreo de la población a trabajar.

2. Fase de implementación: Se aplicó la encuesta socioeconómica del INEC, el instrumento de funcionalidad familiar FFSIL y la lista de chequeo de la conducta infantil de Achenbach y Edelbrock de Autoreporte YSR t), para posteriormente organizar y analizar la información, esta fase correspondió a 132 días

3. Fase de análisis de datos: En esta fase luego de la respectiva verificación y control de calidad, llegamos a una base madre de datos, esta fase tuvo una duración de 35 días.

4. fase final: En esta fase corresponde a la presentación y sustentación de resultados, esta fase corresponde a 48 días de duración.

Operacionalización de Variables

Tabla 6. Operacionalización de variables

Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Escala
<u>Variable Independiente</u>	Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de desiciones de las tareas cotidianas	(Preguntas 1 y 8 Test FFSIL)	1.Familia Funcional
Funcionalidad Familiar: La dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia para lograr la satisfacción de las necesidades materiales, el tránsito por el ciclo vital y la solución a las crisis, es decir la capacidad de resolver unidos	Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo	(Preguntas 2 y 13 Test FFSIL)	2.Familia Moderadamente Funcional
	Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de formas clara y directa.	(Preguntas 5 y 11 Test FFSIL)	
	Permeabilidad: Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.	(Preguntas 7 y 12 Test FFSIL)	
	Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones	(Preguntas 4 y 14 Test FFSIL)	

los problemas	positivas unas a los otros.		3.Familia Disfuncional
	Roles: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar	(Preguntas 3 y 9 Test FFSIL)	
	Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.	(Preguntas 6 y 10 Test FFSIL)	4.Familia Severamente Disfuncional
Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Escala
<u>Variable Dependiente</u>	Ansiedad/ Depresión: (Items del YSR: 12,13,14,18,33,34,35,48,91,103)	Factores que se presentan en el interior de la persona; que implican sentimientos de soledad, temor, inferioridad, culpa, tristeza, desconfianza, angustia y neuroticismo que afectan directamente al individuo	1. Trastornos internalizados
	Aislamiento: (Item del YSR: 69,75,89)		
Alteraciones Psicoafectivas:	Quejas somáticas: (Items del YSR:54,56B,56C,56F,56G)		
Problemas de salud mental catalogados también como desórdenes del estado de ánimo; que se diferencian por ser más intensos y difíciles de manejar que los sentimientos de tristeza normales.	Conducta de romper normas: (Items del YSR:23,37,39,57,90,97,105)	Comportamientos dirigidos al exterior y que afectan a otras personas, implican sentimientos de agredir, exigir mucha atención, chillar, amenazar, fastidiar, ser irritable, envidioso, desobediente y tirano.	2. Trastornos externalizados
	Conducta agresiva: (Items del YSR:3,68,86,93,95,104)		
	Problemas de atención:		

(Items del YSR:7,19,27,74,94)	Agrupar los problemas que no se han logrado asociar de una manera clara en ninguna de las dimensiones anteriores	3. Trastornos mixtos.
Problemas sociales: (Item del YSR: 69,75,89)		
Problemas de pensamiento: (Items del YSR: 9,40,66,70,83,84,85)		

Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Escala
<u>Variables Intervinientes:</u>			
Sexo: Condición orgánica que define a cada ser humano, definiendo a cada persona; crucial en la reproducción y perpetuación de la especie	Rasgos biológicos	Cédula de Identidad	1. Hombre 2. Mujer

Fuente: Test de Funcionalidad Familiar FFSil y Test YSR de Alteraciones Psicoafectivas

Elaboración: Dr. César Juca Aulestia.

Figura 5: Variables de estudio



Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

Análisis estadístico

Para describir las características demográficas y socioeconómicas de la población de estudio se utilizó frecuencias, porcentajes y desviación estándar.

Para analizar la asociación entre la disfuncionalidad familiar y las alteraciones psicoafectivas internalizantes y externalizantes se utilizó el odds ratio con intervalo de confianza al 95%

A partir de los resultados se realizó el análisis por asociación de variables que forman parte del estudio, identificado el riesgo relativo y tomando como puntaje significativo del chi- cuadrado de Pearson aquellos puntajes inferiores a 0.05 a través del programa informático SPSS.

Posteriormente se realizó una discusión contrastando los resultados con la revisión teórica.

Equipos y Materiales.

Tabla 4. Equipos y materiales

Nombre del recurso	Tipo	Etiqueta de material	Cantidad	Costo Unitario	Presupuesto
Computadora	Material	toshiba satellite	1	\$2,000.00	\$2,000.00
Impresora	Material	epson tinta	1	\$250.00	\$250.00
Calculadora	Material		1	\$50.00	\$50.00
Balanza de precisión	Material	seca	4	\$250.00	\$1,000.00
tallimetro	Material	seca	4	\$50.00	\$200.00
papel	Material	bond	10	\$3.50	\$35.00
CD	Material	samsung	20	\$3.50	\$70.00
flash	Material	kingston	10	\$8.00	\$80.00
lapiceros	Material	big	120	\$0.35	\$42.00
lápiz	Material	mongol	120	\$0.35	\$42.00
borradores	Material	pelikan	10	\$3.00	\$30.00
marcadores 1	Material	permanente	10	\$1.00	\$10.00
marcadores 2	Material	borrable	10	\$1.00	\$10.00
fotocopias	Material	sn	19500	\$0.01	\$195.00
impresión	Material	sn	500	\$0.05	\$25.00
anillados	Material	sn	24	\$2.00	\$48.00
encuadernación	Material	sn	23	\$8.00	\$184.00
movilización	Costo	dia/costo	22	80	\$1,760.00
viáticos	Trabajo		15	10	\$150.00
cámara digital	Material	samsung	1	\$350.00	\$350.00
tablero	Material	madera	4	\$3.00	\$12.00
grapadora	Material	bic	1	\$10.00	\$10.00
grapas	Material	sn	1	\$1.00	\$1.00
clips	Material	sn	1	\$1.00	\$1.00

sacapuntas	Material	sn	1	\$1.00	\$1.00
Sobre manila	Material	sn	10	\$1.00	\$10.00
digitadores	Trabajo	x hora	120	6.5	\$780.00
foliador	Material	sn	1	\$15.62	\$15.62
refrigerio	Trabajo	sn	70	1	\$70.00
internet	Costo	x hora	100	0.1	\$10.00
TOTAL					\$7,441.62

Tabla 5 Cronograma con recursos

Nombre de tarea	Costo	Duración	Nombres de los recursos
Proyecto adolescente	\$7,441.62	231.88 días	
FASE I	\$4,155.60	16.88 días	
diseño de proyecto	\$2,018.60	7 días	anillados, impresión, clips, flash Computadora, CD
Esquema de proyecto de investigación	\$60.00	2 días	impresión, calculadora
búsqueda de información	\$51.00	4 días	fotocopias, calculadora
Elaboración de proyecto	\$10.00	5 días	impresión
Presentación de proyecto	\$6.00	1 día	Sobre manila, impresión
Aprobación de proyecto	\$2,010.00	1 día	movilización, computadora
FASE II	\$3,104.02	132 días	
Desarrollo de proyecto	\$3.50	3 días	fotocopias, borradores
Elaboración de test	\$1.00	15 días	Fotocopias
Piloto del test	\$199.00	1 día	viáticos, clips, digitadores, fotocopias, anillados
Validación de test in situ	\$8.50	15 días	impresión, CD
Reajustes del test	\$5.00	10 días	impresión
Ajuste de proyecto	\$1.00	15 días	fotocopias
revisión de proyecto	\$1.00	10 días	fotocopias
Preparación de logística	\$177.00	15 días	Foliador, lápiz, tablero de madera, anillados
Organización de Recolección de datos Zamora	\$982.01	7 días	Viáticos, balanza de precisión, fotocopias, marcadores, marcadores borrable papel, tallimetro
Recolección de datos Zamora	\$168.00	7 días	digitadores
Ingreso de datos Zamora	\$100.01	10 días	fotocopias
Organización de recolección de datos Loja	\$168.00	7 días	digitadores

Recolección de datos Loja	\$100.00	7 días	fotocopias
Organización de recolección de datos El Oro	\$168.00	7 días	digitadores
Recolección de datos El Oro	\$1,022.00	7 días	viáticos, refrigerio, cámara digital Samsung
FASE III	\$136.00	35.88 días	
Creación de base de datos	\$136.00	30 días	clips, borradores, grapadora, grapas internet, papel bond, sacapuntas
Análisis de base de datos	\$0.00	0 días	Calculadora. Computadora
Revisión y ajustes	\$0.00	0 días	borradores, papel bond
FASE IV	\$46.00	48 días	
Presentación de trabajo final	\$0.00	0 días	impresión, encuadernación
Publicación y difusión de resultados	\$30.00	28.13 días	internet
Sustentación privada de tesis	\$16.00	1 día	refrigerio

6. Resultados

Estadística Básica

Tabla 8. Alteraciones psicoafectivas y edad en adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador. 2016

Edad	f	Total, de estudiantes	Tasa específica*	Intervalo de confianza	
				Límite inferior	Límite Superior
15 años	17	170	100,0	54,9	145,00
16 años	33	294	112,2	76,15	148,27
17 años	23	279	82,4	50,13	114,66
18 años	14	150	93,3	46,75	139,84
19 años	10	66	151,5	64,99	238
Total	97	959	101,1	82,02	120,17

Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

* Tasa específica por 1000 adolescentes

Existe una prevalencia de Alteraciones Psicoafectivas de 101,1 x 1000 adolescentes, siendo mayor en la edad de 19 años en relación al total de estudiantes con 151,5 x 1000 adolescentes, pero esta relación no es estadísticamente significativa.

Tabla 9. Alteraciones psicoafectivas y sexo en adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador. 2016

Sexo	f	Total, de estudiantes	Tasa específica*	Intervalo de confianza
------	---	-----------------------	------------------	------------------------

				Límite inferior	Límite Superior
Hombre	35	494	70,9	48,26	93,53
Mujer	62	465	133,3	102,4	164,19
Total	97	959	101,1	82,02	120,17

Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

* Tasa específica por 1000 adolescentes

La Prevalencia de las Alteraciones psicoafectivas es mayor en las mujeres con 133,3 x 1000 adolescentes con relación a los hombres con 70 x 1000 adolescentes diferencia que es estadísticamente significativa.

Tabla 10. Alteraciones psicoafectivas y provincia en adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador. 2016

Provincia	f	Total de estudiantes	Tasa específica*	Intervalo de confianza	
				Límite inferior	Límite Superior
Loja	27	321	84,1	53,73	114,46
Zamora	42	315	133,3	95,76	170,83
El Oro	28	323	86,7	56,01	117,38
Total	97	959	101,1	82,02	120,17

Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

* Tasa específica por 1000 adolescentes

La prevalencia de Alteraciones Psicoafectivas es mayor en la Provincia de Zamora Chinchipe con 133,3 x 1000 adolescentes en relación con las Provincias de Loja y El Oro pero esta relación no es estadísticamente significativa.

Tabla 11. Alteraciones psicoafectivas y Cantón en adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador. 2016.

Cantón	f	Total de estudiantes	Tasa específica*	Intervalo de confianza		Cuartil de riesgo
				Límite inferior	Límite Superior	
Centinela del Cóndor	8	45	177,8	66,08	289,51	4
Pasaje	1	6	166,7	-131,52	464,92	4
Zamora	16	106	150,9	82,75	219,04	4
Chinchipe	8	78	102,6	35,25	169,94	3

Loja	21	180	116,7	69,79	163,6	3
Machala	20	194	103,1	60,3	145,89	3
Yanzatza	10	86	116,3	48,54	184,05	3
El Guabo	3	35	85,7	-7,03	178,43	2
Saraguro	2	24	83,3	-27,25	193,85	2
Zaruma	3	53	56,6	-5,61	118,81	2
Calvas	1	27	37,0	-34,2	108,2	1
Macara	3	87	34,5	-3,85	72,85	1
Marcabelí	1	25	40,0	-36,81	116,81	1

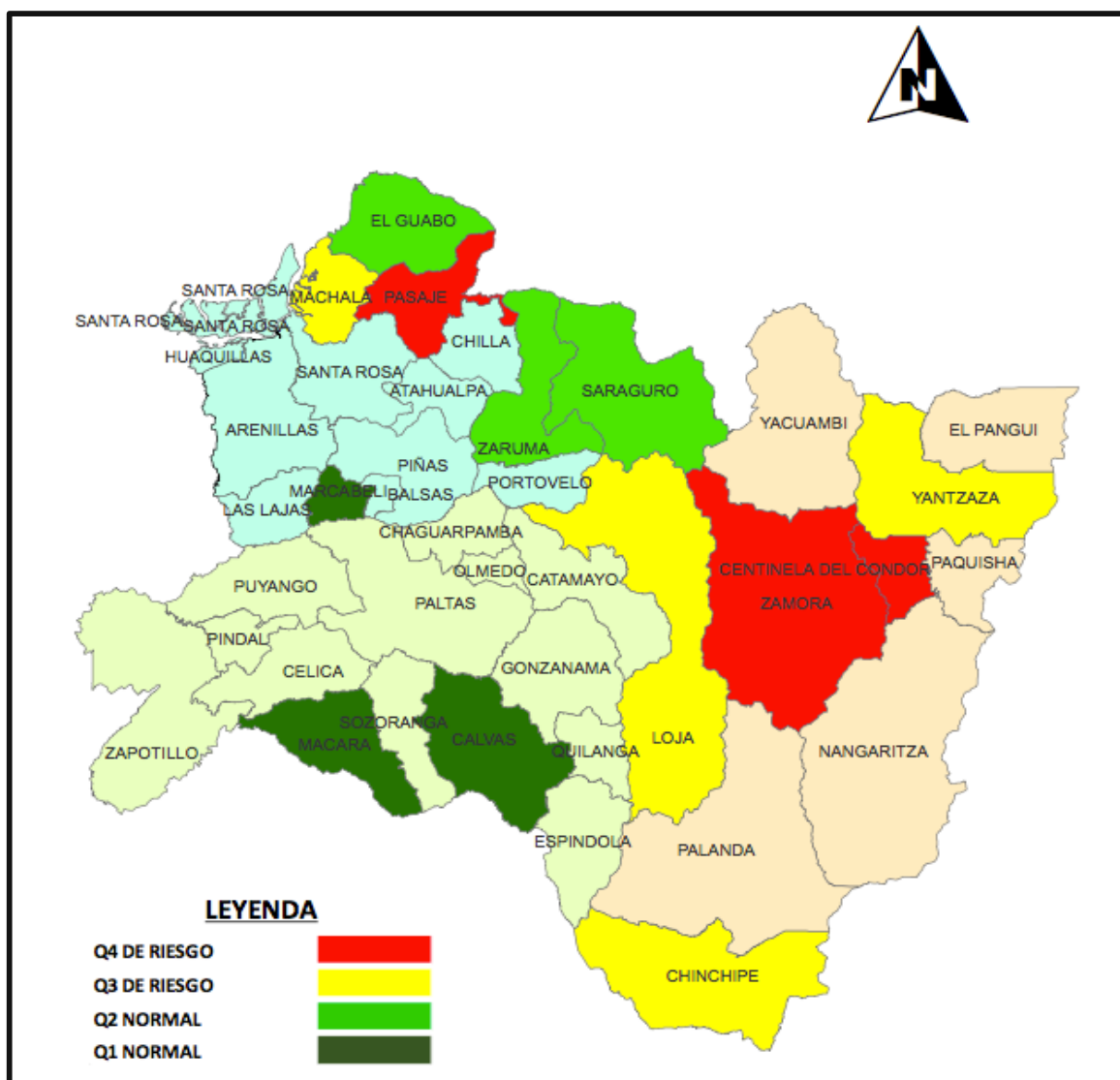
Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

* Tasa específica por 1000 adolescentes

Los Cantones con más riesgo por cuartiles es Centinela del Cóndor con una prevalencia de 177,8 x 1000 adolescentes, Pasaje con 166,7 x 1000 adolescentes y Zamora con 150,9 x 1000 adolescentes que se ubican en el quintil 4 de Prevalencia del total de la Zona 7 cuya relación con los demás Cantones no es estadísticamente significativa.

Figura 6: Mapa de Alteraciones Psicoafectivas por Cantón en adolescentes de la Zona 7.



Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"
 Elaboración: Ing. José Eduardo González Estrella M.Sc.

Tabla 12. Alteraciones psicoafectivas y Área de Residencia en adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador. 2016.

Parroquia	f	Total de estudiantes	Tasa específica*	Intervalo de confianza	
				Límite inferior	Límite Superior
Urbana	86	824	104,4	83,52	125,27
Rural	11	135	81,5	35,34	127,65
Total	97	959	101,1	82,02	120,17

Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"
 Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia
 * Tasa específica por 1000 adolescentes

En lo que se refiere al Área de Residencia la mayor parte de las alteraciones psicoafectivas se presentaron en adolescentes de las Parroquias Urbanas con

una prevalencia de 104,4 x 1000 adolescentes en relación a las Parroquias rurales con un 81,5 x 1000 adolescentes cuya diferencia no es estadísticamente significativa.

Tabla 13. Alteraciones psicoafectivas y Año de Bachillerato en adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador. 2016.

Año que cursa	f	Total de estudiantes	Tasa específica*	Intervalo de confianza	
				Límite inferior	Límite Superior
Primero de Bachillerato	36	283	127,2	88,37	166,02
Segundo de Bachillerato	29	295	98,3	64,32	132,27
Tercero de Bachillerato	32	381	84,0	56,14	111,85
Total	97	959	101,1	82,02	120,17

Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

* Tasa específica por 1000 adolescentes

De acuerdo al año de bachillerato existe mayor prevalencia de alteraciones psicoafectivas en los estudiantes de Primero de bachillerato con 127,2 x 1000 adolescentes, misma que no es estadísticamente significativa en relación a los otros años de bachillerato que cursan los adolescentes.

Tabla 14. Alteraciones psicoafectivas y Familia por Tamaño en adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador. 2016.

Familia por tamaño	f	Total de estudiantes	Tasa específica	Intervalo de confianza	
				Límite inferior	Límite Superior
Pequeña	19	146	130,1	75,53	184,66
Mediana	61	627	97,3	74,1	120,49
Grande	17	186	91,4	49,98	132,81
Total	97	959	101,1	82,02	120,17

Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

* Tasa específica por 1000 adolescentes

El tipo de familia pequeña es la que tiene mayor prevalencia de alteraciones psicoafectivas con 130,1 x 1000 adolescentes cuya diferencia no es estadísticamente significativa en relación con las familias mediana y familias grandes.

Tabla 15. Alteraciones psicoafectivas y Familia por Ontogénesis en adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador. 2016.

Familia	f	Total de estudiantes	Tasa específica*	Intervalo de confianza	
				Límite inferior	Límite Superior
Nuclear	77	694	111,0	87,6	134,3
Extensa	16	219	73,1	38,62	107,57
Ampliada	4	46	87,0	5,55	168,44
Total	97	959	101,1	82,02	120,17

Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

* Tasa específica por 1000 adolescentes

De acuerdo a la familia por Ontogénesis la mayor prevalencia de alteraciones psicoafectivas se encuentra en las familias Nucleares con 111,0 x 1000 adolescentes la cual no es estadísticamente significativa en relación con las familias Extensa con 73,1 x 1000 habitantes y la familia Ampliada con 87,0 x 1000 adolescentes.

Tabla 16. Alteraciones psicoafectivas y Subcategoría familiar en adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador. 2016.

Familia	f	Total de estudiantes	Tasa específica*	Intervalo de confianza	
				Límite inferior	Límite Superior
Monoparental	27	233	115,9	74,79	157
Biparental	44	569	77,3	55,35	99,24
Padres ausentes	13	85	152,9	76,39	229,4
Reconstituida	13	72	180,6	91,74	269,45
Total	97	959	101,1	82,02	120,17

Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

* Tasa específica por 1000 adolescentes

La mayor prevalencia de alteraciones psicoafectivas se encuentran en familias reconstituidas con un 180,6 x 1000 adolescentes, le siguen aquellas familias con padres ausentes con 152,9 x 1000 adolescentes, pero dicha relación no es estadísticamente significativa.

Tabla 17. Alteraciones psicoafectivas y Condición socioeconómica en adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador. 2016.

Condición Socioeconómica	f	Total de estudiantes	Tasa específica	Intervalo de confianza	
				Límite inferior	Límite Superior
Bajo	7	73	95,9	28,35	163,44
Medio Bajo	31	336	92,3	61,35	123,24
Medio Típico	39	341	114,4	80,61	148,18
Medio Alto	15	181	82,9	42,72	123,07
Alto	5	28	178,6	36,72	320,47
Total	97	959	101,1	82,02	120,17

Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

* Tasa específica por 1000 adolescentes

Existe mayor prevalencia de alteraciones psicoafectivas en familias de condición socioeconómica alto con un 178,6 x 1000 adolescentes la cual no es estadísticamente significativa en relación con las otras condiciones socioeconómicas.

Tabla 18. Alteraciones psicoafectivas y Funcionalidad familiar en adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador. 2016.

Funcionalidad Familiar	f	Total de estudiantes	Tasa específica	Intervalo de confianza	
				Límite inferior	Límite Superior
F Disfuncionales	52	298	174,5	131,4	217,59
F Funcionales	45	661	68,1	48,89	87,3
Total	97	959	101,1	82,02	120,17

Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

* Tasa específica por 1000 adolescentes

Existe mayor prevalencia de alteraciones psicoafectivas en familias disfuncionales con un 174,5 x 1000 adolescentes la cual es estadísticamente significativa en relación con las familias funcionales.

Estadística Inferencial

Hipótesis General:

Ho: No existe relación entre las alteraciones psicoafectivas y la funcionalidad familiar en los adolescentes de bachillerato de los establecimientos educativos de la zona 7.

H1: Existe relación entre las alteraciones psicoafectivas y la funcionalidad familiar en los adolescentes de bachillerato de los establecimientos educativos de la zona 7.

Tabla 19. Tabla de contingencia de funcionalidad familiar y alteraciones

psicoafectivas.

				Alteraciones Psicoafectivas		Total
				SI	NO	
Funcionalidad Familiar	DISFUNCIONAL	Recuento		52	246	298
	AL	% dentro de Funcionalidad Familiar		17,4%	82,6%	100,0%
	FUNCIONAL	Recuento		45	616	661
		% dentro de Funcionalidad Familiar		6,8%	93,2%	100,0%
Total		Recuento		97	862	959
		% dentro de Funcionalidad Familiar		10,1%	89,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,585 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	24,428	1	,000		
Razón de verosimilitud	23,711	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	25,558	1	,000		
N de casos válidos	959				

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,163	,000
	V de Cramer	,163	,000
N de casos válidos		959	

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Funcionalidad Familiar (DISFUNCIONAL / FUNCIONAL)	2,894	1,891	4,428
Para cohorte Alteraciones Psicoafectivas = SI	2,563	1,762	3,729
Para cohorte Alteraciones Psicoafectivas = NO	,886	,837	,937
N de casos válidos	959		

Tabla 20. Tabla de contingencia de funcionalidad familiar y alteraciones psicoafectivas por sexo

Sexo				Alteraciones Psicoafectivas	
				SI	NO
Hombre	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	9,60%	90,40%
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	6,00%	94,00%
Mujer	Funcionalidad Familiar	Disfuncional	% dentro de Funcionalidad Familiar	25,00%	75,00%
		Funcional	% dentro de Funcionalidad Familiar	7,70%	92,30%

Pruebas de chi-cuadrado

Sexo		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson	1,974 ^c	1	,160
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson	26,598 ^d	1	,000
Total	Chi-cuadrado de Pearson	25,585 ^a	1	,000

Medidas simétricas

Sexo			Valor	Significación aproximada
Hombre	Nominal por Nominal	Phi	,063	,160
		V de Cramer	,063	,160
	N de casos válidos		494	
Mujer	Nominal por Nominal	Phi	,239	,000
		V de Cramer	,239	,000
	N de casos válidos		465	
Total	Nominal por Nominal	Phi	,163	,000
		V de Cramer	,163	,000
	N de casos válidos		959	

Estimación de riesgo

Sexo		Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
			Inferior	Superior
Hombre	Razón de ventajas para Funcionalidad Familiar (DISFUNCIONAL / FUNCIONAL)	1,652	,815	3,345
Mujer	Razón de ventajas para Funcionalidad Familiar (DISFUNCIONAL / FUNCIONAL)	4,014	2,304	6,993
Total	Razón de ventajas para Funcionalidad Familiar (DISFUNCIONAL / FUNCIONAL)	2,894	1,891	4,428

Interpretación:

La razón de ventajas determina que los adolescentes de familias disfuncionales tienen 1,8 veces más probabilidades de presentar alteraciones psicoafectivas que aquellos provenientes de familias funcionales (OR: 2,894; IC: 1,891-4,428); además existe una significativa diferencia ($\chi^2 = 25,585$; $p = 0,000$). Cuando se considera la variable sexo, en el caso de los hombres no se determina estadísticamente relación entre la disfuncionalidad familiar y las alteraciones psicoafectivas ($\chi^2: 1,974$; $p: 0,160$); sin embargo, en el caso de las mujeres, existe una relación estadísticamente significativa entre la disfuncionalidad familiar y las alteraciones psicofectivas ($\chi^2 = 26, 598$, $p: 0,000$ y con V de Cramer: 0,16 que indican una baja correlación).

Hipótesis H1:

- **Ho** : No existe relación entre las alteraciones psicoafectivas internalizantes y la funcionalidad familiar en los adolescentes de bachillerato de los establecimientos educativos de la zona 7.
- **H1** : Existe relación entre las alteraciones psicoafectivas internalizantes y la funcionalidad familiar en los adolescentes de bachillerato de los establecimientos educativos de la zona 7.

Tabla 21. Tabla cruzada de funcionalidad familiar y alteraciones psicoafectivas internalizantes

Sexo	Funcionalidad Familiar			ALTERACIONES INTERNALIZANTES		
				SI	NO	Total
Hombre	Funcionalidad Familiar	DISFUNCIONAL	Recuento	13	113	126
			% dentro de Funcionalidad Familiar	10,3%	89,7%	100,0%
	FUNCIONAL	Recuento	7	303	310	
		% dentro de Funcionalidad Familiar	2,3%	97,7%	100,0%	
Mujer	Funcionalidad Familiar	DISFUNCIONAL	Recuento	36	99	135
			% dentro de Funcionalidad Familiar	26,7%	73,3%	100,0%
	FUNCIONAL	Recuento	26	246	272	
		% dentro de Funcionalidad Familiar	9,6%	90,4%	100,0%	
Total	Funcionalidad Familiar	DISFUNCIONAL	Recuento	49	212	261
			% dentro de Funcionalidad Familiar	18,8%	81,2%	100,0%
	FUNCIONAL	Recuento	33	549	582	
		% dentro de Funcionalidad Familiar	5,7%	94,3%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

Sexo		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significació n exacta (unilateral)
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson	13,295 ^c	1	,000		
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson	20,449 ^d	1	,000		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	35,236 ^a	1	,000		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 25.39.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

c. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.78.

d. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 20.57.

Medidas simétricas

Sexo			Valor	Significación aproximada
Hombre	Nominal por Nominal	Phi	,175	,000
		V de Cramer	,175	,000
	N de casos válidos		436	
Mujer	Nominal por Nominal	Phi	,224	,000
		V de Cramer	,224	,000
	N de casos válidos		407	
Total	Nominal por Nominal	Phi	,204	,000
		V de Cramer	,204	,000
	N de casos válidos		843	

Estimación de riesgo

Sexo		Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
			Inferior	Superior
Hombre	Razón de ventajas para Funcionalidad Familiar (DISFUNCIONAL / FUNCIONAL)	4,980	1,938	12,798
Mujer	Razón de ventajas para Funcionalidad Familiar (DISFUNCIONAL / FUNCIONAL)	3,441	1,974	5,998
Total	Razón de ventajas para Funcionalidad Familiar (DISFUNCIONAL / FUNCIONAL)	3,845	2,406	6,146

Interpretación:

La razón de ventajas determina que los adolescentes de familias disfuncionales tienen 2,8 veces más probabilidades de presentar alteraciones psicoafectivas internalizantes que aquellos provenientes de familias funcionales (OR: 3,845; IC: 2,406-6,146); además existe una significativa diferencia ($\chi^2 = 35,236^a$; $p = 0,000$). Cuando se considera la variable sexo, el riesgo es de 3,9 más veces en el caso de los hombres y de 2,4 más veces en el caso de las mujeres; existiendo una relación estadísticamente significativa entre la disfuncionalidad familiar y las alteraciones psicofectivas en ambos casos (χ^2 : 13,295^c; p : 0,000 en los hombres y χ^2 : 13,295^c; p : 0,000 en el caso de las mujeres; con V de Cramer:0,20 que indican una baja correlación).

Hipótesis H2:

- **Ho** : No existe relación entre las alteraciones psicoafectivas externalizantes y la funcionalidad familiar en los adolescentes de bachillerato de los establecimientos educativos de la zona 7.
- **H1** : Existe relación entre las alteraciones psicoafectivas externalizantes y la funcionalidad familiar en los adolescentes de bachillerato de los establecimientos educativos de la zona 7.

Tabla 22. Tabla cruzada de funcionalidad familiar y alteraciones psicoafectivas externalizantes

Sexo	Funcionalidad Familiar			ALTERACIONES EXTERNALIZANTES		Total
				SI	NO	
Hombre	Funcionalidad Familiar	DISFUNCIONAL	Recuento	12	122	134
			% dentro de Funcionalidad Familiar	9,0%	91,0%	100,0%
	FUNCIONAL	Recuento	12	314	326	
		% dentro de Funcionalidad Familiar	3,7%	96,3%	100,0%	
Mujer	Funcionalidad Familiar	DISFUNCIONAL	Recuento	14	126	140
			% dentro de Funcionalidad Familiar	10,0%	90,0%	100,0%
	FUNCIONAL	Recuento	10	278	288	
		% dentro de Funcionalidad Familiar	3,5%	96,5%	100,0%	
Total	Funcionalidad Familiar	DISFUNCIONAL	Recuento	26	248	274
			% dentro de Funcionalidad Familiar	9,5%	90,5%	100,0%
	FUNCIONAL	Recuento	22	592	614	
		% dentro de Funcionalidad Familiar	3,6%	96,4%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

Sexo		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson	5,342 ^c	1	,021		
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson	7,584 ^d	1	,006		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	12,924 ^a	1	,000		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 14.81.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

Sexo			Valor	Significación aproximada
Hombre	Nominal por Nominal	Phi	,108	,021
		V de Cramer	,108	,021
	N de casos válidos		460	
Mujer	Nominal por Nominal	Phi	,133	,006
		V de Cramer	,133	,006
	N de casos válidos		428	
Total	Nominal por Nominal	Phi	,121	,000
		V de Cramer	,121	,000
	N de casos válidos		888	

Estimación de riesgo

Sexo		Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
			Inferior	Superior
Hombre	Razón de ventajas para Funcionalidad Familiar (DISFUNCIONAL / FUNCIONAL)	2,574	1,126	5,885
Mujer	Razón de ventajas para Funcionalidad Familiar (DISFUNCIONAL / FUNCIONAL)	3,089	1,336	7,143
Total	Razón de ventajas para Funcionalidad Familiar (DISFUNCIONAL / FUNCIONAL)	2,821	1,569	5,073

Interpretación:

La razón de ventajas determina que los adolescentes de familias disfuncionales tienen 1,8 veces más probabilidades de presentar alteraciones psicoafectivas externalizantes que aquellos provenientes de familias funcionales (OR: 2,821; IC: 1,569-5,073); además existe una significativa diferencia ($\text{Chi}^2 = 12,924^a$; $p = 0,000$). Cuando se considera la variable sexo, el riesgo es de 1,5 más veces en el caso de los hombres y de 2,0 más veces en el caso de las mujeres; existiendo una relación estadísticamente significativa entre la disfuncionalidad familiar y las alteraciones psicofectivas en ambos casos ($\text{Chi}^2: 5,342^c$; $p: 0,021$ en los hombres y $\text{Chi}^2: 7,584^d$; $p: 0,006$ en el caso de las mujeres; con V de Cramer:0,12 que indican una baja correlación).

Hipótesis H3:

- **Ho** : No existe relación entre las alteraciones psicoafectivas mixtas y la funcionalidad familiar en los adolescentes de bachillerato de los establecimientos educativos de la zona 7.
- **H1** : Existe relación entre las alteraciones psicoafectivas mixtas y la funcionalidad familiar en los adolescentes de bachillerato de los establecimientos educativos de la zona 7.

Tabla 23. Tabla cruzada de funcionalidad familiar y alteraciones psicoafectivas mixtas

				ALTERACIONES MIXTAS		
				SI	NO	Total
Sexo	Funcionalidad Familiar	DISFUNCIONAL	Recuento	9	132	141
			% dentro de Funcionalidad Familiar	6,4%	93,6%	100,0%
		FUNCIONAL	Recuento	8	328	336
			% dentro de Funcionalidad Familiar	2,4%	97,6%	100,0%
Mujer	Funcionalidad Familiar	DISFUNCIONAL	Recuento	7	141	148
			% dentro de Funcionalidad Familiar	4,7%	95,3%	100,0%
		FUNCIONAL	Recuento	10	293	303
			% dentro de Funcionalidad Familiar	3,3%	96,7%	100,0%
Total	Funcionalidad Familiar	DISFUNCIONAL	Recuento	16	273	289
			% dentro de Funcionalidad Familiar	5,5%	94,5%	100,0%
		FUNCIONAL	Recuento	18	621	639
			% dentro de Funcionalidad Familiar	2,8%	97,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

Sexo		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson	4,628 ^c	1	,031		
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson	,560 ^d	1	,454		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	4,170 ^a	1	,041		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10.59.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

c. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.03.

d. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.58.

Medidas simétricas

Sexo			Valor	Significación aproximada
Hombre	Nominal por Nominal	Phi	,099	,031
		V de Cramer	,099	,031
	N de casos válidos		477	
Mujer	Nominal por Nominal	Phi	,035	,454
		V de Cramer	,035	,454
	N de casos válidos		451	
Total	Nominal por Nominal	Phi	,067	,041
		V de Cramer	,067	,041
	N de casos válidos		928	

Estimación de riesgo

Sexo		Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
			Inferior	Superior
Hombre	Razón de ventajas para Funcionalidad Familiar (DISFUNCIONAL / FUNCIONAL)	2,795	1,056	7,401
Mujer	Razón de ventajas para Funcionalidad Familiar (DISFUNCIONAL / FUNCIONAL)	1,455	,542	3,901
Total	Razón de ventajas para Funcionalidad Familiar (DISFUNCIONAL / FUNCIONAL)	2,022	1,016	4,024

Interpretación:

Los adolescentes de familias disfuncionales tienen 1 vez más probabilidad de presentar alteraciones psicoafectivas mixtas que aquellos provenientes de familias funcionales; lo que se confirma con la asociación que existe con un X^2 total= (1) 4,170 equivalente a una $p= 0,04$. En el caso de los hombres se corrobora la H^1 que indica existe relación entre la disfuncionalidad familiar y las alteraciones psicoafectivas mixtas ($\text{Chi}^2=4,628$; $p:0,03$) ; más sin embargo en el caso de las mujeres se corrobora la H^0 en la que se indica que no existe una relación estadísticamente significativa entre la Disfuncionalidad familiar y las

alteraciones psicofectivas mixtas ($\text{Chi}^2=0,560$; $p:0,45$; con V de Cramer:0,067 que indican una baja correlación).

7. Discusión.

La prevalencia general de las alteraciones psicoafectivas en la zona 07 del Ecuador está en el 101,1 x 1000 habitantes, que corresponde al 10,1 %; dichos datos son inferiores a cifras encontradas por Moreno en el Estudio Nacional de Salud Mental del Adolescente en Colombia en el cual refiere que el 16,1 % de los adolescentes ha sufrido o sufre uno a más trastornos mentales; así mismo es mayor esta proporción para las adolescentes mujeres con un 17,4% y un 14,8% para los adolescentes del sexo masculino (Moreno, 2014).

La edad es otro factor importante, existiendo mayor prevalencia en la edad de 19 años en relación al total de estudiantes con 151,5 x 1000 habitantes; este es mayor en mujeres; datos que corroboran el estudio de Dumont & Olson realizado en Nueva Inglaterra, Estados Unidos; a adolescentes de entre los 11 y 18 años de edad, en el cual menciona como factor de protección, es decir que reducen el riesgo de alteraciones psicoafectivas internalizantes a la edad (los pacientes más jóvenes). (Dumont & Olson, 2012)

En cuanto a la ubicación geográfica las alteraciones psicoafectivas es un problema que se encuentra en las tres Provincias estudiadas siendo igual de prevalente en Loja y Zamora, pero existiendo mayor prevalencia en la Provincia de Zamora Chinchipe con 133,3 x 1000 adolescentes en cantones como Centinela del Cóndor y Zamora. Y en cuanto al Area de residencia la mayor parte de las alteraciones psicoafectivas se presentaron en adolescentes de las Parroquias Urbanas con una prevalencia de 104,1 x 1000 adolescentes; siendo esta mayor en los estudiantes de Primero de bachillerato con 127,2 x 1000 adolescentes.

Las alteraciones psicoafectivas de los adolescentes es más frecuente en las familias pequeñas con una prevalencia de 130,1 x 1000 habitantes, provenientes de familiar nucleares. Así mismo estas alteraciones son más frecuentes en familias reconstituídas con un 180,6 x 1000 adolescentes , y le siguen aquellas familias con padres ausentes con 152,9 x 1000 habitantes. Estos datos concuerdan con lo expresado por (Hayatbakhsh et al., 2013) en su estudio sobre la tipología familiar y su relación como causa de alteraciones. Un estudio de cohorte desde 1981 en el cual estudió a las madres y a sus hijos desde el nacimiento hasta 21 años después encontrando que los niños que viven en familias reconstituías (con padrastro) se manifiesta más síntomas de ansiedad, depresión, agresión, problemas somáticos, delincuencia, internalización y externalización.

La condición socioeconómica alta presenta mayor prevalencia de alteraciones psicoafectivas con un 178,6 x 1000 adolescentes, siguiéndole la condición socioeconómica medio típica con 114,4 x 1000 adolescentes; datos contradictorios a los mencionados por (Canals, 2009) ; en los que el bajo nivel

socioeconómico podría contribuir como factor de riesgo para la aparición de los trastornos de conducta.

Al analizar el tipo de alteraciones psicoafectivas internalizantes encontramos que existen riesgo de 3,9 mas veces en el caso de los hombres y de 2,4 más veces en el caso de las mujeres si provienen de una familia disfuncional.

En lo que respecta al desarrollo de alteraciones psicoafectivas externalizantes se encontró que existen riesgo de 1,5 mas veces en el caso de los hombres y de 2,0 más veces en el caso de las mujeres si provienen de una familia disfuncional.

En el caso de las alteraciones psicoafectivas mixtas existe relación estadísticamente significativa con la disfuncionalidad familiar sin embargo esto solamente es cierto para los adolescentes hombres en los cuales existe un riesgo de 1,7 veces más de presentar estas alteraciones si pertenece a una familia disfuncional.

8. Conclusiones

- La prevalencia de las alteraciones Psicoafectivas en la zona 07 del Ecuador está en el 101,1 x 1000 habitantes, siendo mayor en la edad de 19 años en relación al total de estudiantes con 151,5 x 1000 habitantes; este es mayor en mujeres.
- Las alteraciones psicoafectivas es un problema que se encuentra en las tres Provincias estudiadas ,pero existiendo mayor prevalencia en la Provincia de Zamora Chinchipe con 133,3 x 1000 habitantes en cantones como Centinela del Cóndor y Zamora.
- En cuanto al Area de residencia la mayor parte de las alteraciones psicoafectivas se presentaron en adolescentes de las Parroquias Urbanas con una prevalencia de 104,1 x 1000 habitantes.
- Las alteraciones psicoafectivas de los adolescentes son más frecuente en las familias pequeñas con una prevalencia de 130,1 x 1000 habitantes, de acuerdo a la Ontogénesis más en familias nucleares, con estructura reconstituídas y con padres ausentes.
- La condición socioeconómica alta presenta mayor prevalencia de alteraciones psicoafectivas con un 178,6 x 1000 habitantes.
- Se encontró una relación de asociación entre las alteraciones psicoafectivas y la disfuncionalidad familiar.
- Existe mayor riesgo en los hombres de presentar alteraciones psicoafectivas internalizantes y mayor riesgo en el caso de las mujeres de presentar alteraciones psicoafectivas externalizantes y solamente existe riesgo de los adolescentes hombres de presentar alteraciones psicoafectivas mixtas si provienen de una familia disfuncional
- Dada la ausencia de estudios de esta índole en Ecuador, el estudio hace aportaciones relevantes sobre las alteraciones psicoafectivas en adolescentes; cabe destacar que es una herramienta de gran valor tanto para los profesionales de la salud mental como para padres, profesores y cuidadores, porque ayuda a conocer un poco más sobre el desarrollo normal y patológico de los niños y adolescentes de la Zona 7 de Ecuador.

9. Recomendaciones

- Dada la relevancia del estudio sobre las alteraciones psicoafectivas en adolescentes y en la medida que pueda ser seguido de otros estudios, podría constituirse en una herramienta útil para el diseño de intervenciones enfocadas a la prevención de riesgos en adolescentes y desarrollar una intervención ajustada a sus necesidades.
- La escasez de datos procedentes de muestras latinas, en relación a niños y adolescentes institucionalizados impide contar con un punto de referencia sobre este tipo de población y poder así contrastar resultados y hacer comparaciones adecuadas. Precisamente por ello es recomendable realizar más estudios realizados con adolescentes de Ecuador y otros países de habla hispana, que consideren diferentes etapas de su desarrollo evolutivo; que involucren a múltiples informantes y que otorguen una visión más amplia sobre el tema.
- Es necesario enfocar la prevención de alteraciones psicoafectivas sobretodo en adolescentes de mayor edad provenientes de familias disfuncionales; con especial interés en zonas de gran prevalencia como la Provincia de Zamora Chinchipe sobretodo en parroquias urbanas y de condición soicoeconómica alta.
- Dado los resultados se propone para futuras investigaciones considerar el peso o importancia de las características específicas de los adolescentes, replicando el estudio con muestras más grandes que involucren múltiples informantes y otorguen una visión más amplia sobre el tema.
- Es necesario recomendar a vista de los resultados aplicar los instrumentos de evaluación como el YSR a adolescentes durante la consulta de medicina familiar para determinar patologías psicoafectivas y poder realizar prevención precoz.

10. Bibliografía

- Akin, L. (2013). Descripción general de los trastornos afectivos en niños y adolescentes. Retrieved from <http://www.uchicagokidshospital.org/online-library/content=S05685>

- Álvarez Martínez, E., Pérez Blanco, J., & Pérez Solá, V. (2009). *Trastornos del humor. Tratado de Psiquiatría* (Priemra Ed). Retrieved from http://www.psiquiatria.com/tratado/cap_18.pdf
- Armas, Norma; Días, L. (2007). *Entre voces y silencios: LAS FAMILIAS POR DENTRO* (America Ed). Quito: Fondo Ecuatoriano Republicano 2.
- Belhadj Kouider, E., Koglin, U., & Petermann, F. (2013). Emotional and behavioral problems in migrant children and adolescents in Europe: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 373–391. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0485-8>
- Bezanilla, J. M., Miranda, M. A., & México, V. De. (2014). La familia como grupo social : una re-conceptualización. *Alternativas En Psicología*, 29, 58–73.
- Brito, L. (2016). Validación del test de percepción de funcionamiento familiar FFsil en Loja- Ecuador. *Portales Médicos*, XI, 4–7.
- Cabrera Guerra, A. C. (2010). Trastornos Psicologicos. *Revista Psicologica de Psiquiatria Niño Adolescente*, 9(1), 11–27.
- Campos, R. (2012). Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente: Un análisis longitudinal de los efectos de moderación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 39–53. <https://doi.org/10.14349/rlp.v44i2.1030>
- Canals, J. C. (2009). Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia. *Pediatric Integral*, 197–204.
- Castellón, S. (2012). El Funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil . Retrieved from <http://www.eumed.net/rev/cccss/21/ccla.html>
- Cederbaum, J. A., Gilreath, T. D., Benbenishty, R., Astor, R. A., Pineda, D., DePedro, K. T., ... Atuel, H. (2014). Well-Being and Suicidal Ideation of Secondary School Students From Military Families. *Journal of Adolescent Health*, 54(6), 672–677. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.09.006>
- Cibanal Juan, L. (2006). *Introducción a la Sistémica y Terapia Familiar*. (E. C. Universitario, Ed.) (Primera Ed). San Vicente, Alicante: Imprenta Gamma. Retrieved from http://www.aniorte-nic.net/apunt_terap_famil_12.htm
- Domínguez Alonso, J., López Castedo, A., & Álvarez Roales, E. (2015). Implicación de variables sociales y educativas en la conducta asertiva adolescente. *Aula Abierta*, 43(1), 26–31. <https://doi.org/10.1016/j.aula.2014.05.004>
- Donahue, K. L., D'Onofrio, B. M., Bates, J. E., Lansford, J. E., Dodge, K. a., & Pettit, G. S. (2010). Early exposure to parents' relationship instability: Implications for sexual behavior and depression in adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 47(6), 547–554.

<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.04.004>

- Dumont, I. P., & Olson, a. L. (2012). Primary Care, Depression, and Anxiety: Exploring Somatic and Emotional Predictors of Mental Health Status in Adolescents. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(3), 291–299. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.03.110056>
- E, B. K., Koglin, U., & Petermann, F. (2014). Emotional and Behavioral Problems in Migrant Children and Adolescents in American Countries: A Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health / Center for Minority Public Health*. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0039-2>
- Elías., G. (2007). “*Funcionamiento Familiar: Su relacion con la percepcion de seguridad de los adolescentes, y el desarrollo de conductas de riesgo en salud.*” Universidad Austral de Chile.
- Giannetta, M. M., Betancourt, L. M., Brodsky, N. L., Wintersteen, M. B., Romer, D., Giannetta, J. M., & Hurt, H. (2012). Suicidal Ideation and Self-Harm Behavior in a Community Sample of Preadolescent Youth: A Case-Control Study. *Journal of Adolescent Health*, 50(5), 524–526. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.09.013>
- Goebert, D., Nahulu, L., Hishinuma, E., Bell, C., Yuen, N., Carlton, B., ... Johnson, R. (2000). Cumulative effect of family environment on psychiatric symptomatology among multiethnic adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 27, 34–42. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(00\)00108-7](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(00)00108-7)
- Gómez, F. (2008). *Intervención social con familias*. (S. A. U. McGraw-Hill/Interamericana de España, Ed.) (Primera Ed). Madrid. Retrieved from <http://dspace.universia.net/handle/2024/87>
- Gonzales F, Gimeno A, Melendes J, & Córdova A. (2012). La Percepción de la funcionalidad familiar: Confirmación de su estructura bifactorial. *Escritos de Psicología*, 5, 34–39.
- González, E. P., De, D., & Freiiome, C. (1990). Construcción y validación de un instrumento.
- González, J. L. H. (2005). *Medicina Familiar. La familia en el proceso de salud-enfermedad*. (D. J. A. Velasco, Ed.) (Primera Ed). San Luis Potosí, México: Solar, Servicios Editoriales, S.A.
- Guillem, F. I. V., Dámaris, M. C., Victoria, C. F., & Montesano del Campo, A. (2012). *El Modelo Sistémico En La Intervención familiar*. Universidad de Barcelona, Facultad De Psicología (Primera Ed). Barcelona, España: Facultad de Psicología. Retrieved from http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/1/Modelo_Sistematico_2012_2013r.pdf
- Hale, W. W., Crocetti, E., Nelemans, S. A., Branje, S. J. T., van Lier, P. A. C.,

- Koot, H. M., & Meeus, W. H. J. (2015). Mother and adolescent expressed emotion and adolescent internalizing and externalizing symptom development: a six-year longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0772-7>
- Hayatbakhsh, R., Clavarino, A. M., Williams, G. M., Bor, W., O'Callaghan, M. J., & Najman, J. M. (2013). Family structure, marital discord and offspring's psychopathology in early adulthood: a prospective study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(11), 693–700. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0464-0>
- Hernandez Sampieri, R. (2010). *Metodología de la Investigación*.
- Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos del Ecuador. (2011). Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico NSE 2011. 2011, (x), 1–4.
- Lacalle, M. (2009). *Escalas DSM del CBCL y YSR en niños y adolescentes que acuden a consulta en servicios de salud mental*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Landazabal, M., & Mateo, C. (2013). Problemas emocionales y de conducta en la infancia: Un instrumento de identificación y prevención temprana. *Padres Y Maestros. Publicación ...*, 351, 34–39. Retrieved from <https://revistas.upcomillas.es/index.php/padresymaestros/article/view/1050>
- Langley, A. K., Lewin, A. B., Bergman, R. L., Lee, J. C., & Piacentini, J. (2010). Correlates of comorbid anxiety and externalizing disorders in childhood obsessive compulsive disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(8), 637–645. <https://doi.org/10.1007/s00787-010-0101-0>
- María, A., & Henao, G. (2012). Recuperación crítica de los conceptos Critical Recovery of the Concepts of Family , Familiar Dynamics and their Features Récupération critique des concepts de dynamique familiale et ses caractéristiques. *Rev Indexada*, (35), 326–345.
- María, D., Rodríguez, C., Rebeca, D., Oca, M. De, Ofelia, L., & Díaz, H. (2014). La familia en el cuidado de la salud. Family in health care. *Revista Médica Electrónica , Scielo*, 462–472.
- Méndez, J. M., & Rodríguez, E. U. (2011). Caracterización de los programas de tratamiento cognitivo-conductual para el manejo de problemas de comportamiento en niños y adolescentes realizados en Bogotá. *Psicología Desde El Caribe*, 28, 39–77.
- Mendoza Solis, LA., Soler Huerta, E., E. . . (2006). Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria Analysis of the Dynamics and Family Functionality in Primary Healthcare. *Medicina Familiar*, 8(1), 27–32.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. (C. de P. P. del Prado, Ed.), *Ministerio de Sanidad y*

COnsumo (Primera Ed). Madrid.

- Moreno, J. (2014). Funcionalidad familiar, conductas internalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá, (1978), 37–46.
- Navarro Pardo, E., Meléndez Moral, J. C., Sales Galán, A., & Sancerni Beitia, M. D. (2012). Child and adolescent development: common mental disorders according to age and gender. *Psicothema*, 24(3), 377–383. <https://doi.org/B>
Revista con sello de calidad FECYT a través de ISOC
- Núñez, G. (2010). *Validación de instrumento de funcionalidad de la salud familiar*. Uruguay.
- Núñez, M. M. (2010). “*La disfuncionalidad familiar y su incidencias en la ansiedad en los adolescentes comprendidos entre las edades de 14 a 15 años del Instituto Técnico Superior Rumiñahui en el periodo Agosto-Diciembre del 2009*”. Universidad Técnica de Ambato.
- OMS. (2015). OMS- datos y cifras. Retrieved from http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index1.html
- Peltonen, K., Ellonen, N., Larsen, H. B., & Helweg-Larsen, K. (2010). Parental violence and adolescent mental health. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19(11), 813–822. <https://doi.org/10.1007/s00787-010-0130-8>
- Rivera, A., & Sanchez, S. (2014). *Disfuncionalidad familiar en los adolescentes del ciclo diversificado de la unidad educativa Herlinda Toral*. Universidad de Cuenca.
- Rodríguez, C. A. C. (2013). Atención a las conductas de riesgo en el adolescente. Granada: Departamento de Salud de la Mujer. Escuela de Enfermería. 2Unidad de Adolescencia, División de Pediatría, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Segenreich, D., Paez, M. S., Regalla, M. A., Fortes, D., Faraone, S. V., Sergeant, J., & Mattos, P. (2015). Multilevel analysis of ADHD, anxiety and depression symptoms aggregation in families. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(5), 525–536. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0604-1>
- SENPLADES. (2015). Agenda Zonal, Zona 7 Sur 2013-2017. Retrieved from <http://www.planificacion.gob.ec/>
- Serafín LEMOS, Angel M. FIDALGO, P. C. y P. M. (2011). *Validación de la escala de psicopatología infanto-juvenil YSR*. Oviedo.
- Sijtsema, J. J., Oldehinkel, A. J., Veenstra, R., Verhulst, F. C., & Ormel, J. (2014). Effects of structural and dynamic family characteristics on the development of depressive and aggressive problems during adolescence. The TRAILS study.

European Child & Adolescent Psychiatry, 23(6), 499–513.
<https://doi.org/10.1007/s00787-013-0474-y>

Tomás, J. (2007). *Clasificación en Paidopsiquiatría*. Barcelona, España.

11. Anexos

Anexo 1. Cuestionario funcionamiento familiar FFSIL

Unidad educativa:.....

Año escolar:

A continuación, les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. clasifique y marque con una **X** su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Situaciones	Casi Nunca	Pocas Veces	A veces	Muchas Veces	Casi Siempre
Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
En mi casa predomina la armonía					
En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
No expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					
Cuando alguien en la familia tiene un problema los demás ayudan					
Se distribuyen las tareas de forma que nadie esta sobrecargado					
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
Podemos conversar diversos temas sin temor					
Ante una situación familia difícil somos capaces de ayuda entre otras personas					
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Fuente: Test de Funcionalidad familiar FFSIL

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

Puntaje total:

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos:

Escala Cualitativa	Escala Cuantitativa
Casi Nunca	1 pto.
Pocas Veces	2 ptos.
A veces	3 ptos.
Muchas veces	4 ptos.
Casi Siempre	5 ptos.

Fuente: Test de Funcionalidad familiar FFSIL

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

Resultado del cuestionario	Puntaje
Familia Funcional	De 70 a 57 pts.
Familia Moderadamente Funcional	De 56 a 43 pts.
Familia Disfuncional	De 42 a 28 pts.
Familia Severamente Disfuncional	De 27 a 14 pts.

Fuente: Test de Funcionalidad familiar FFSIL

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

Anexo 2. Test de la conducta infantil de Achenbach y Edelbrock de Autoreporte YSR (youth self –report)

A continuación se encuentran diversas frases que describen algunas conductas. En cada frase describe lo que a ti te pasa ahora o durante los *últimos 6 meses* rodeando con un círculo en el número que corresponda, así:

0=No es verdad 1=Algo verdadero o verdad a medias 2=Muy verdadero.

1. Discuto mucho:	0	1	2
2. Suelo fanfarronear (presumo de lo que no soy):	0	1	2
3. Me siento confuso o incapaz de comprender las cosas:	0	1	2
4. Lloro mucho:	0	1	2
5. Trato de llamar mucho la atención:	0	1	2
6. Desobedezco en el Colegio:	0	1	2
7. Siento celos de los demás:	0	1	2
8. Pienso que nadie me quiere:	0	1	2
9. Pienso que no valgo para nada o que soy inferior:	0	1	2
10. Me meto en muchas peleas:	0	1	2
11. Me siento muy cansado o agotado:	0	1	2
12. Tengo alguna molestia de salud:	0	1	2
Describela:			
13. Ataco físicamente a la gente:	0	1	2
14. Grito mucho:	0	1	2
15. Soy reservado o me guardo las cosas para mí mismo:	0	1	2
16. Soy tímido:	0	1	2
17. Almaceno cosas que no necesito:	0	1	2
18. Hago cosas que a otros les pueden parecer extrañas:	0	1	2
19. Tengo pensamientos que otros creerían que son extraños	0	1	2
20. Soy terco:	0	1	2
21. Soy desconfiado:	0	1	2
22. Hago juramentos o utilizo un lenguaje sucio:	0	1	2
23. Pienso en suicidarme:	0	1	2
24. Hablo demasiado:	0	1	2
25. Molesto mucho a los demás:	0	1	2
26. Tengo un carácter fuerte.	0	1	2
27. Amenazo con hacer daño a la gente.	0	1	2
28. Me siento desgraciado, triste o deprimido.	0	1	2
29. Cuando hablo, grito más que los demás o impongo mi opinión levantando la voz.	0	1	2
30. Consumo alcohol o drogas no prescritas por el médico.	0	1	2

Anexo 3: Encuesta de estratificación del nivel socio económico del INEC

Características de la Vivienda	
¿Cuál es el tipo de vivienda?	
Suite de lujo	
Cuarto(s) en casa de inquilinato	
Departamento en casa o edificio	
Casa/Villa	
Mediagua	
Rancho	
Choza/Covacha/Otro	
El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:	
Hormigón	
Ladrillo o bloque	
Adobe/Tapia	
Caña revestida o bahareque/madera	
Caña no revestida/Otros materiales	
El material predominante del piso de la vivienda es de:	
Duela,	
parquet, tablón o piso flotante	
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	
Ladrillo o cemento	
Tabla sin tartar	
Tierra/Caña/Otros materiales	
¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?	
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	

El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar	
Letrina	
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	
Conectado a pozo ciego	
Conectado a pozo séptico	
Conectado a red pública de alcantarillado	
No tiene	
Acceso a tecnología	
133¿Tiene este hogar servicio de internet?	
Si	
No	
Tiene computadora de escritorio?	
Si	
No	
¿Tiene computadora portátil ?	
Si	
No	
¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?	
No tiene celular nadie en el hogar	
Tiene 1 celular	
Tiene 2 celulares	
Tiene 3 celulares	
Tiene 4 o más celulares	

Posesión de bienes	
¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?	
Si	
No	
¿Tiene cocina con horno?	
Si	
No	
¿Tiene refrigeradora?	
Si	
No	
¿Tiene lavadora?	
Si	
No	
Tiene equipo de sonido?	
Si	
No	
Cuántos TV a color tienen en este hogar?	
No tiene TV a color en el hogar	
Tiene 1 TV a color	
Tiene 2 TV a color	
Tiene 3 o más TV a color	
Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene en este hogar?	
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	
Tiene 1 vehículo exclusive	
Tiene 2 vehículos exclusivo	
Tiene 3 o más vehículos exclusive	

Hábitos de consume	
¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?	
Si	
No	
¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?	
No	
Si	
¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?	
Si	
No	
¿En el hogar alguien está registrado en una red social?	
Si	
No	
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?	
Si	
No	

Nivel de Educación	
¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?	
Sin estudios	
Primaria incomplete	
Primaria complete	
Secundaria incomplete	
Secundaria complete	
Hasta 3 años de educación superior	
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	
Post grado	
Actividad Económica del hogar	
¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro de IESS(general. Voluntario o campesino) y/o seguro del ISFFA o ISSPOL?	
Si	
No	
¿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?	
Si	
No	
¿Cuál es la ocupación del Jefe del Hogar?	
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	
Profesionales científicos e intelectuales	
Técnicos y profesionales de nivel medio	
Empleados de oficina	
Trabajador de los servicios y comerciantes	
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	
Oficiales operarios y artesanos	
Operadores de instalaciones y máquinas	
Trabajadores no calificados	
Fuerzas Armadas	
Desocupados	
Inactivos	

Según la suma de puntaje final (Umbrales),

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 de salud 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	Número 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	1 hora
	8H00-10H00	Loja	Loja	San sebastian	Colegio del Milenio Bernardo Valdiviezo	Presencial	19	1 hora
Martes	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

17/05/2016	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
	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
Jueves 19/05/2016	8H00-10H00	Zamora chinchipe	Zamora	Zamora	12 de Febrero	Presencial	33	2 horas
	8H00-	Zamora	Zamora	Zamora	Madre Bernarda	Presen	23	2

	10H00	chinchipe				cial		horas
	8H00-10H00	Zamora chinchipe	Yantzaza	Yantzaza	Martha Bucaram	Presencial	25	2 horas
	8H00-10H00	Zamora chinchipe	Chinchipe	Zumba	Tecnico Industrial Zumba	Presencial	23	6 horas
Viernes 20/05/2016	8H00-10H00	Zamora chinchipe	Yantzaza	Yantzaza	Primero de Mayo	Presencial	34	2 horas
	8H00-10H00	Loja	Loja	Loja	Angel 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
Sabado 21/05/2016	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
	8H00-10H00	El oro	Santa rosa	Santa rosa	Santa Rosa	Distancia	21	2 horas
	8H00-10H00	El oro	Machala	Machala	Ismael Perez	Presencial	12	2 horas
Lunes 23/05/2016	8H00-10H00	El oro	Machala	La providencia	Sagrado Corazón de Jesús	Presencial	23	2 horas
	8H00-10H00	El oro	Machala	Machala	9 de Octubre	Presencial	22	2 horas
Martes 24/05/2017	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
	8H00-10H00	El oro	Arenillas	Arenillas	Arenillas	Presencial	18	2 horas
Miercoles 25/05/2018	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
	8H00-10H00	El oro	Zaruma	Zaruma	26 de Noviembre	Presencial	22	2 horas
Jueves 26/05/2016	8H00-10H00	El oro	Pasaje	Pasaje	Jose Ochoa Leon	Presencial	28	2 horas

Anexo 7: 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 precision	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	lapis	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			

Fuente: Microsoft Project –Macroproyecto “Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016”

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

Anexo8: Cronograma

Nombre de tarea	Costo	Duración	Comienzo	Fin	Nombres de los recursos
Proyecto adolescente	\$5.648,61	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 proyecto	\$2.018,60	7 días	mié 06/01/16	jue 14/01/16	anillados[3 sn],impresión[2 sn],clips[1],flash memory[1 k],Computadora[1 Toshiba satélite],CD[1 samsung]
Esquema de proyecto de investigación	\$60,00	2 días	jue 14/01/16	lun 18/01/16	impresión[200 sn],Calculadora[1]
búsqueda de información	\$51,00	5 días	lun 11/01/16	lun 18/01/16	fotocopias[100 sn],Calculadora[1]
Elaboración de proyecto	\$10,00	5 días	lun 18/01/16	lun 25/01/16	impresión[200 sn]
Presentación de proyecto	\$6,00	1 día	lun 25/01/16	mar 26/01/16	sobremanila[1],impresión[100 sn]
Aprobación de proyecto	\$10,00	0 días	mar 26/01/16	mar 26/01/16	movilización[\$10.00],Computadora[0 Toshi satélite]
FASE II	\$3.104,01	132 días	mar 26/01/16	vie 29/07/16	
Desarrollo de proyecto	\$3,50	3 días	mar 26/01/16	vie 29/01/16	fotocopias[50 sn],borradores[1 pelikan]
Elaboración de test	\$1,00	15 días	vie 29/01/16	vie 19/02/16	fotocopias[100 sn]
Piloto del test	\$199,00	1 día	jue 18/02/16	vie 19/02/16	viaticos,clips[1],digitadores[4],fotocopias[2,0 sn],anillados[1 sn]
Validación de test in situ	\$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 proyecto	\$1,00	15 días	vie 25/03/16	vie 15/04/16	fotocopias[100 sn]
revisión de proyecto	\$1,00	10 días	vie 15/04/16	vie 29/04/16	fotocopias[100 sn]
Preparación de logística	\$177,00	15 días	vie 29/04/16	vie 20/05/16	foliador[1],lápiz[300 mongol],tablero[12 madera],anillados[1 sn]

7.- Organización de Recolección de datos Zamora	\$982,01	7 días	vie 20/05/16	mié 01/06/16	viaticos,Balanza de precisión[1 seca],fotocopias[1 sn],marcadores 1[1 permanente],marcadores 2[1 borrrable],papel[1 bond],tallimetro[1 seca
8.- Recolección de datos Zamora	\$168,00	7 días	mié 01/06/16	vie 10/06/16	Digitadores
8.1 Ingreso de datos Zamora	\$100,00	7 días	vie 10/06/16	mar 21/06/16	fotocopias[10,000 sn]
9.- Organización de Recolección de datos Loja	\$168,00	7 días	mar 21/06/16	jue 30/06/16	Digitadores
10.- Recolección de datos Loja	\$100,00	7 días	jue 30/06/16	lun 11/07/16	fotocopias[10,000 sn]
11.- Organización de Recolección de datos El Oro	\$168,00	7 días	lun 11/07/16	mié 20/07/16	Digitadores
12.- Recolección de datos El Oro	\$1.022,00	7 días	mié 20/07/16	vie 29/07/16	viaticos,refrigerio,camara digital[1 samsun
FASE III	\$309,00	89.88 días	lun 01/08/16	vie 09/12/16	
13.- Creación de base de datos	\$136,00	29 días	lun 01/08/16	vie 09/09/16	clips[1],borradores[1 pelikan],grapadora[1 bic],grapapas[1],internet, papel[1 bond],sacapuntas[1]
14 Análisis de base de datos	\$50,00	30 días	mar 13/09/16	lun 24/10/16	Calculadora[1]
15.- Revisión y ajustes	\$123,00	30 días	mar 25/10/16	vie 09/12/16	borradores[1 pelikan],papel[1 bond]
FASE IV	\$80,00	16.88 días	lun 12/12/16	mar 03/01/17	
15.-Presentacion de trabajo final	\$18,00	15 días	lun 12/12/16	vie 30/12/16	impresión[200 sn],encuadernación[1 sn]

16.- Publicación y difusión de resultados	\$30,00	0 días	vie 30/12/16	vie 30/12/16	internet[\$30.00]
17.- Sustentación de tesis	\$32,00	2 días	lun 02/01/17	mar 03/01/17	Refrigerio

Fuente: Microsoft Project –Macroproyecto “Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016”

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

Anexo 9. Presupuesto y Financiamiento.

INFORMACIÓN GENERAL COSTOS

MIÉ 06/01/16 - MAR 03/01/17

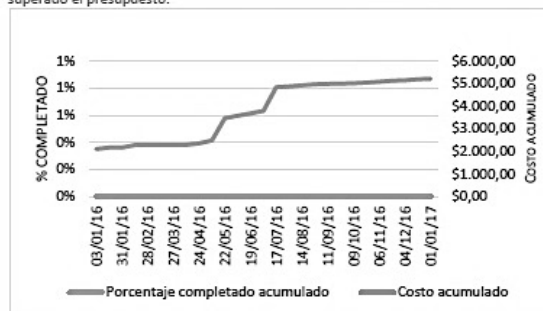
COSTO	\$5.208,61
COSTO RESTANTE	\$5.208,61
% COMPLETADO	0%

ESTADO DEL COSTO
Estado de costo de tareas de nivel superior.

Nombre	Costo real	Costo restante	Costo de línea base	Costo	Variación de costo
FASE I	\$0,00	\$2.155,60	\$2.155,60	\$2.155,60	\$0,00
FASE II	\$0,00	\$2.680,01	\$2.680,01	\$2.680,01	\$0,00
FASE III	\$0,00	\$309,00	\$309,00	\$309,00	\$0,00
FASE IV	\$0,00	\$64,00	\$64,00	\$64,00	\$0,00

PROGRESO FRENTE A COSTO

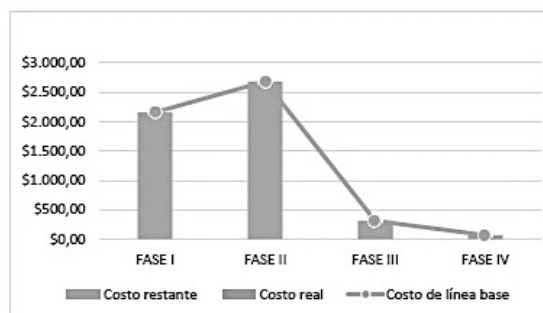
Progreso realizado en comparación con el coste durante el proceso. Si el valor de la línea % completado está por debajo de la línea de coste acumulado, es posible que su proyecto haya superado el presupuesto.



ESTADO DE COSTO

Estado de costo de todas las tareas de nivel superior. ¿La línea base es cero?

Intente establecer una línea base



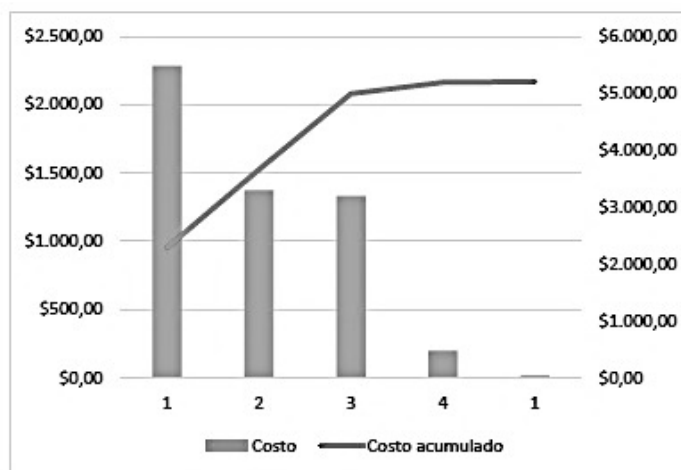
Fuente: Microsoft Project –Macroproyecto “Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016”

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

Anexo 10. Flujo de Caja

FLUJO DE CAJA

Costo real	Costo de línea base	Costo restante	Variación de costo
\$0,00	\$5.208,61	\$5.208,61	\$0,00



El gráfico muestra el costo acumulado del proyecto y el costo por trimestre. Para ver los costos de un período de tiempo diferente, selecciona la opción Editar en la lista de campos.

La siguiente tabla muestra información sobre los costos para todas las tareas de nivel superior.

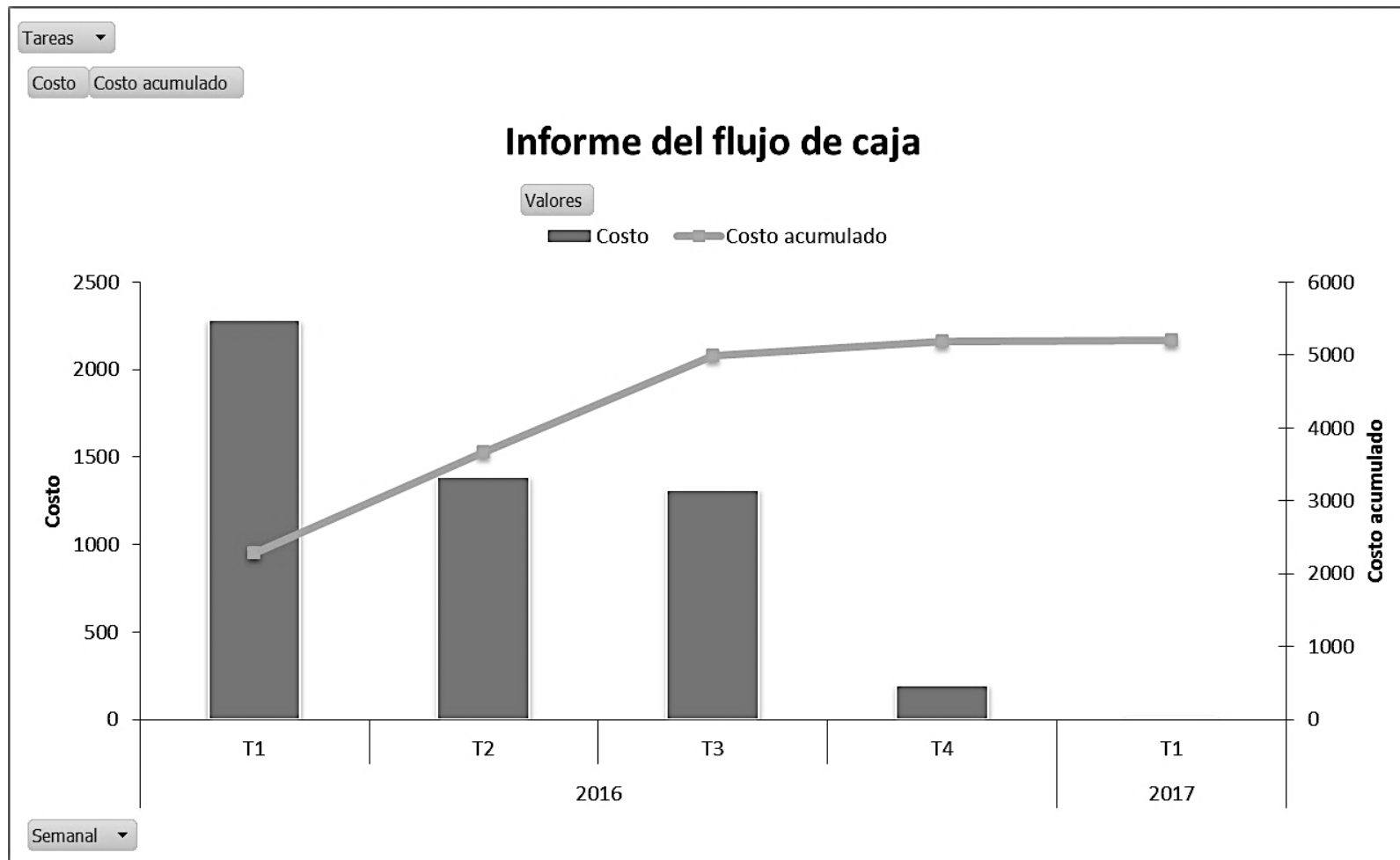
Para ver estadísticas del costo de todas las tareas, establece el nivel de esquema en la lista de campos.

Nombre	Costo restante	Costo real	Costo	CRTR	CPTR	CPTP
FASE I	\$2.155,60	\$0,00	\$2.155,60	\$0,00	\$0,00	\$2.145,60
FASE II	\$2.680,01	\$0,00	\$2.680,01	\$0,00	\$0,00	\$129,67
FASE III	\$309,00	\$0,00	\$309,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00
FASE IV	\$64,00	\$0,00	\$64,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00

Fuente: Microsoft Project –Macroproyecto “Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016”

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

Anexo 11. Informe de Flujo de caja



Fuente: Microsoft Project –Macroproyecto “Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016”
Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia.

Anexo 12. Memoria fotográfica

Foto 1. Encuestas en Unidad Educativa Adolfo Valarezo



Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

Foto 2. Aplicación de encuestas en Unidad Educativa "Adolfo Valarezo"



Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

Foto 2. Aplicación de encuestas en Unidad Educativa "Vicente Anda Aguirre"



Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

Foto 3 . Encuestas en Colegio de Bachillerato "Vilcabamba"



Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

Foto 4 . Aplicación de encuestas en Colegio de Bachillerato "Vilcabamba"



Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

Foto 5 . Encuestas en Colegio Técnico de Zumba



Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

Foto 6 .Aplicación de encuestas en el Colegio Técnico de Zumba



Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

Foto 7 . Determinación de medidas antropométricas en el Colegio Técnico de Zumba



Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

Foto 8 .Encuestas Unidad Educativa "Sagrado Corazón de Jesús" - Machala.



Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

Foto 9 .Determinación de medidas antropométricas en Unidad Educativa "Sagrado Corazón de Jesús" - Machala



Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

Foto 8 .Aplicación de encuestas Unidad Educativa "Sagrado Corazón de Jesús" - Machala.



Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

Foto 9 .Encuestas Colegio de Bachillerato Arenillas.



Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia

Foto 10 .Aplicación de encuestas Colegio de Bachillerato Arenillas.



Fuente: Macroproyecto "Situación de la Salud de los Adolescentes de la Zona 7 de Salud Ecuador 2016"

Elaboración: Dr. César Fabián Juca Aulestia