



Escuela de
PSICOLOGÍA

UIDE
Universidad Internacional del Ecuador

Universidad Internacional del Ecuador

Facultad de Ciencias Médicas, de la Salud y de la Vida

Escuela de Psicología

Trabajo para la titulación de Psicóloga

“Percepción de la funcionalidad y grado de satisfacción del individuo respecto de su entorno familiar y la posible relación con la sintomatología depresiva en adolescentes”

Autora:

Azucena Pilar Semblantes Tipantuña

Tutora:

Director: Msc. Marielisa Paz y Miño Palacios

Quito, febrero del 2018

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS

Quito, 20 de Febrero de 2018

Estimado

Dr. Alejandro Arroyo

Director

Escuela de Psicología

Universidad Internacional del Ecuador

De mi consideración,

A través de la presente, yo, Marielisa Paz y Miño Palacios, directora del trabajo de titulación elaborado por la estudiante Azucena Semblantes Tipantuña, certificó que he leído el proyecto de titulación:

“Percepción de la funcionalidad y grado de satisfacción del individuo respecto de su entorno familiar y la posible relación con la sintomatología depresiva en adolescentes”

y considero que está listo para ser presentado ante los lectores designados para su calificación.

Atentamente



Marielisa Paz y Miño Palacios

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo, Azucena Pilar Semblantes Tipantuña declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional y, que se ha consultado la bibliografía detallada.

Cedo mis derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador para que sea publicado y divulgado en internet, según lo establecido en la Ley de la Propiedad Intelectual, reglamento y Leyes.



Firma

Yo, Marielisa Paz y Miño Palacios certifico que conozco al autor del presente trabajo siendo responsable exclusivo tanto en su originalidad, autenticidad, como en su contenido.



Firma

AGRADECIMIENTOS

Le doy gracias a Dios por haberme dado la sabiduría necesaria para culminar esta etapa de mi vida, porque me ha bendecido con cada persona que ha puesto en mi camino, iluminando mi vida con su inmenso amor.

Le doy gracias a mis padres, por el esfuerzo que realizan día a día, para brindarme lo mejor educación, por formarme no solo como profesional, sino como una mujer llena de valores, por apoyarme en cada proyecto que quiero emprender, por ser mi fuerza en la dificultad y por saberme guiar cada día de mi vida.

Le doy gracias a mi hermana por ser mi mejor amiga, aquella con la que puedo contar en los buenos y malos momentos, con la firme confianza de que nunca me fallara y del apoyo que estoy segura me brindara en todo momento.

Le doy gracias a mis mejores amigos quienes me han demostrado que la verdadera amistad existe y han estado compartiendo conmigo a lo largo de mi carrera: Edgar Velasco, Carolina Bastidas, Carolina Cucás y Darwin Ati.

Le doy gracias a mi hermana Samantha Cóndor que aunque no es mi hermana de sangre, Dios nos dio la bendición de ser hermanas de espíritu, quien me ha apoyado cuanto a podido con mucho amor. Y le doy gracias al amor de mi vida Carlos Gavilánez, por su amor y comprensión cada día. A alguien que más que mi primo es mi hermano Jonathan León con quién he compartido buenos y malos momentos y a quién quiero muchísimo, le agradezco por enseñarme a ser valiente como lo es él.

Le doy gracias a mi tutora Marielisa Paz y Miño Palacios, quien con su conocimiento y experiencia, me ha brindado su apoyo y su tiempo en mi proceso de formación profesional y realización de mi trabajo de titulación como mi tutora, y a la profesora Ivette Valcárcel quien me ayudo en la parte estadística guiándome y enseñándome paso a paso con paciencia y cariño, siempre llevaré las enseñanzas de las dos en mi corazón.

Además quisiera agradecer al colegio donde se llevó a cabo esta investigación, al director el Magister Lucas Nicolalde, a los inspectores y a los profesores que confiaron en mí y estuvieron dispuestos a brindar parte de sus horas lectivas para la aplicación de los instrumentos. En especial quisiera darle infinitas gracias a todos los adolescentes que aportaron con su participación, respuestas y comentarios, les estaré eternamente agradecida por colaborar y valorar esta investigación.

RESUMEN

La adolescencia es una etapa crítica para la aparición de la depresión. Autores como Rice (2000), señalan la importancia de analizar los problemas de los adolescentes tomando en cuenta la influencia de los principales contextos en donde se desarrollan, entre los que destacan aquellos entornos con los que tiene un contacto inmediato, principalmente familia, amigos y escuela (Urquiza Barahona & Vela Peralta, 2017). Es por eso que el objetivo de la presente investigación es determinar la relación que existe entre la percepción de la funcionalidad y grado de satisfacción familiar del adolescente con la sintomatología depresiva, con el fin de dar a conocer estos datos al “Colegio Municipal Fernández Madrid” para generar estrategias de intervención. Para el desarrollo de esta investigación se incluyeron 615 estudiantes, de los cuales 339 fueron mujeres y 276 fueron hombres, con edad promedio de 16 años. Para evaluar las variables se utilizaron los siguientes test: Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF- SIL), Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) e Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

Estudio en el cual se encontró que existe una relación significativa entre funcionamiento, satisfacción familiar y depresión. Con un porcentaje de depresión severa del 5% del total de participantes. Entre la funcionalidad y satisfacción familiar y el sexo no existe una asociación estadísticamente significativa. Entre la depresión y el sexo, sí existe una asociación estadísticamente significativa, comprobando que las mujeres muestran mayor depresión que los hombres. En cuanto a la depresión y el tipo de familia se encontró una asociación estadísticamente significativa.

Palabras clave: funcionalidad familiar, satisfacción familiar, depresión y adolescencia.

ABSTRACT

Adolescence is a critical stage for the onset of depression, before which authors like Rice (2000), point out the importance of analyzing the problems of adolescents taking into account the influence of the main contexts in which they develop, among that they emphasize those surroundings with which it has an immediate contact, mainly the family, friends and the school. (Urquizo Barahona & Vela Peralta, 2017). That is why the objective of this research is determine the relationship between the perception of functionality and degree of family satisfaction of the adolescent with depressive symptomatology, in order to make this information known to the "Colegio Municipal Fernández Madrid" for generate intervention strategies. For the development of this research, 615 students were included, of whom 339 were women and 276 were men, with an average age of 16 years. To evaluate the variables, the following tests were used: Family Functional Questionnaire (FF-SIL), Family Satisfaction Scale by Adjectives (ESFA) and Beck Depression Inventory (BDI-II).

Study in which it was found, there is a significant relationship between functioning, family satisfaction and depression. With a severe depression percentage of 5% of the total participants. There is no statistically significant association between functionality and family satisfaction and sex. Between depression and sex, there is a statistically significant association, proving that women show greater depression than men. Regarding depression and family type, a statistically significant association was found.

Keywords: family functionality, family satisfaction, depression and adolescence.

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1 Distribución de la muestra según edad	53
Gráfica 2 Distribución de la muestra según Sexo.....	54
Gráfica 3 Distribución de la muestra según con las personas con las que vive.....	55
Gráfica 4 Depresión en los adolescentes	56
Gráfica 5 Correlación entre funcionalidad familiar y depresión.....	57
Gráfica 6 Correlación entre la satisfacción familiar y la depresión	59
Gráfica 7 Asociación entre la funcionalidad familiar y el sexo	60
Gráfica 8 Asociación entre la satisfacción familiar y el sexo	61
Gráfica 9 Asociación entre depresión y el sexo.....	63
Gráfica 10 Asociación entre la depresión y el tipo de familia	64

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de las variables.....	46
Tabla 2 Distribución de la muestra según grado escolar.....	52

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN	5
ABSTRACT.....	6
LISTA DE GRÁFICAS	7
LISTA DE TABLAS.....	7
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	10
1.1 Introducción	10
1.2 Planteamiento del problema	13
1.3 Justificación	13
1.4 Objetivos	15
MARCO DE REFERENCIA	16
1.6 Marco Conceptual General.....	16
1.7 Marco teórico	21
1.7.1 La familia	21
1.7.1.1 Conceptualización	21
1.7.1.2 Tipos de Familia.....	22
1.7.1.3 Funciones de la familia.....	23
1.7.1.4 La satisfacción familiar	25
1.7.1.5 La familia funcional	27
1.7.1.6 Familia disfuncional	28
1.7.2 La adolescencia	29
1.7.2.1 Conceptualización y características	29
1.7.2.2 Los problemas internos y externos del adolescente	31
1.7.2.3 Factores de riesgo y de protección en la adolescencia	31
1.7.2.4 El adolescente como parte de la familia	34
1.7.3 La depresión	36
1.7.3.1 Definición depresión	36
1.7.3.2 Signos y síntomas característicos	38
1.7.3.3 Factores que predisponen a la sintomatología depresiva en la adolescencia.....	40
1.7.3.4 La influencia de la familia en la sintomatología depresiva	41
1.7.3.5 Depresión en los adolescentes	42
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA.....	45
2.1 Tipo de estudio.....	45

2.2 Universo.....	45
2.3 Muestra	45
2.3.1.1 Criterios de inclusión.....	45
2.3.1.2 Criterios de exclusión.....	45
2.4 Operacionalización de las variables.....	46
2.5 Técnicas para la recolección de los datos	48
2.5.1 Fuentes primarias	49
2.6 Procedimientos para la recolección de los datos.....	51
2.7 Plan de análisis de datos.....	51
CAPÍTULO 3. RESULTADOS	52
3.1. Características de la población de adolescentes según el grado escolar, edad, sexo y personas con quien vive.....	52
3.2. Depresión en los adolescentes	56
3.3. Relación que tiene la funcionalidad y satisfacción familiar con la depresión en los adolescentes	57
3.4. Asociación entre la funcionalidad, satisfacción familiar y depresión con el sexo....	60
3.4.1. Asociación entre la funcionalidad familiar y el sexo.....	60
3.4.2. Asociación entre la satisfacción familiar y el sexo.....	61
3.5. Asociación entre la depresión y el tipo de familia.....	64
CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN	66
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	79
GLOSARIO DE TÉRMINOS	99

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

La ley determina que la adolescencia es la población más vulnerable de la sociedad por su condición de ser seres en pleno proceso de formación, sin la madurez ni física ni psicológica para tomar las decisiones acertadas respecto de sus propias problemáticas, por lo que necesitan atención, orientación y apoyo de quienes son responsables de su formación: padres, docentes, autoridades, comunidad y gobierno (Romero Suárez, 2017). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, los adolescentes se encuentran en una etapa del desarrollo donde presentan cambios a nivel biológico, social y mental, que va de los 10 a los 19 años de edad. Durante este proceso de cambios, el adolescente se caracteriza por actitudes impulsivas, poco reflexivas, rebeldía e imprudencia; dadas por su poca experiencia y la búsqueda de una identidad.

Durante este proceso del desarrollo, en el cual los adolescentes están en búsqueda de su identidad, la familia debe brindarles pautas y recursos para crecer y explorar el mundo desde la infancia, con la finalidad de poder ser autónomos e interactuar en el mundo a medida que se hagan adultos, entregando los primeros cimientos para la formación socio afectivo y relaciones interpersonales (Inca Bonilla & Jama Falconí, 2015).

Es importante destacar, no obstante que en la adolescencia estos lazos afectivos suelen presentar conflictos en sus relaciones primarias, es decir entre padres e hijos, pues a pesar de que en la mayoría de familias éstas relaciones siguen siendo afectuosas y estrechas sólo en un reducido porcentaje de casos los conflictos alcanzan gran intensidad (Steinberg, 2001). Por ejemplo, se ha observado que en aquellas familias en que los padres no aceptan la individualidad de los hijos y suelen reaccionar de forma negativa ante la expresión del pensamiento independiente limitando su desarrollo personal, estos últimos manifestarán más síntomas de ansiedad y depresión.

Con el ejemplo mencionado anteriormente se puede inferir que la percepción que tiene el adolescente de su relación con los más próximos, como son los miembros de la familia e iguales, contribuyen al mejor entendimiento acerca de su bienestar general y de su satisfacción con la vida en el momento presente, determinando en gran medida la valoración global que el adolescente realiza sobre su persona y su lugar en el mundo, mientras que los problemas en dichas relaciones pueden producir desajustes emocionales y problemas de adaptación.

Es por esto que para el abordaje del presente estudio se considerará al adolescente y la relación que sostiene con su familia como eje central, para lo cual se definirá a la familia desde un concepto sistémico, que la reconoce como un sistema regulado por los principios de retroalimentación y redundancia. El primero sostiene que las interacciones no son lineales sino circulares. En tanto la circularidad se mantenga, el sistema se encuentra estable; y si no, ocurre entonces una pérdida de estabilidad que precipita al sistema a una readaptación o cambio. El segundo principio implica que, una perturbación provocada en

uno de los miembros o subsistemas que lo componen, necesariamente afecta a los demás y a su vez, se ve afectado por la reacción de éstos. Este principio demuestra que ningún subsistema puede alcanzar su propio equilibrio aislado de los otros (Watzlawick, Jackson y Bavelas, 1993).

Es así que la vida familiar es el ambiente más importante a lo largo de la historia en el desarrollo de todo ser humano, en ella se nace, se crece y se desarrolla. Es ahí donde se adquiere los principales patrones de conducta, se establece las primeras relaciones sociales y vínculos afectivos; por ello, las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia juega un papel predominante, ya que ayudan a determinar actitudes que se asentarán durante la vida (Grandez Meza, 2011).

Tomando en cuenta que uno de los trastornos que más se presenta en la adolescencia es el depresivo, a partir de la alusión que hacen Trickett (2009) y Clavijo (2011), en la cual mencionan que la depresión impacta a las personas por consecuencia del desmejoramiento en la estructura familiar, puesto que cuando no se satisfacen las necesidades básicas de los miembros del hogar y los roles no están bien definidos es cuando se generan carencias que se manifestarán mediante indicadores de depresión (Núñez Casaño & Saire Saire, 2015).

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2012), demuestran que la depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo, resulta la tercera causa de muerte en los jóvenes de entre 10 y 19 años, puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada o grave, y puede generar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares ya que es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad. No hace distinciones de sexo, edad, clase social o nacionalidad. Afecta a hombres y mujeres de cualquier condición socioeconómica, la misma que al no ser detectada oportunamente puede llevar al suicidio. Asimismo, señala que la prevalencia de depresión se ha estimado del 1,8% en niños de 9 años, del 2,3% en adolescentes de 13 y 14 años y del 3,4% en jóvenes de 18 años (Torres Quelal & Tayo Naranjo, 2017).

Teniendo en cuenta que el trastorno depresivo es el más frecuente en la adolescencia, se deben mencionar cuáles son los factores de riesgo y de protección, siendo los primeros las relaciones conflictivas, demostración de poca afectividad, comunicación ineficaz, padres controladores, desintegración familiar, historia familiar de depresión en alguno de sus miembros, enfermedades psiquiátricas; lo que incide de manera negativa en los ámbitos emocional y cognitivo de los adolescentes, provocando que sean más propensos a sufrir un trastorno depresivo. Por ejemplo, se ha comprobado que un clima familiar conflictivo y unas pobres relaciones familiares, escaso apoyo, baja cohesión o vinculación, rechazo y deficiente comunicación percibidos en el contexto familiar, predicen el consumo de hachís, alcohol y tabaco (Jiménez Gutiérrez, 2006). Por el contrario, factores como la presencia de una comunicación abierta y fluida entre padres e hijos, la expresión de emociones positivas (Estévez et al., 2005; Jiménez et al., 1999; Pardo et al., 2004), el apoyo existente dentro de la familia o una organización clara de los padres hacia los hijos con respecto a las reglas de disciplina, son considerados como aspectos que promueven un ajuste emocional positivo en

los adolescentes y por lo tanto minimizan el riesgo de que se presente un trastorno depresivo (Galicia Moyeda, Sánchez Velasco, & Robles Ojeda, 2009).

Al mencionar cuales son los factores de riesgo y de protección se puede deducir que la posibilidad de que el adolescente se vea implicado en conductas de riesgo que dificultarían su desarrollo saludable en ésta y posteriores etapas de la vida, no sólo depende de la mayor o menor capacidad de adaptación, tanto individual como familiar, a los cambios de dicha etapa, sino que vendrá determinada en gran medida por la cantidad de recursos disponibles para afrontar estos cambios. Por ejemplo: cuando el adolescente siente que sus padres confían en él, aprende a tomar sus propias decisiones, se siente más libre y puede equivocarse sin que ello implique una profunda frustración. Lamentablemente cuando dicha confianza no existe en el hogar, se puede observar una serie de problemáticas, todas ellas basada en una ineficiente comunicación que torna a la familia en disfuncional; la misma que influye en el adolescente y produce en él conductas calificadas como rebeldes, comienza la crisis existencial y esto desencadena en tristeza, decepción, desesperanza y en algunas situaciones hasta en la pérdida de las ganas de vivir (Arenas Ayllón, 2009).

A nivel del Ecuador, el censo realizado en el 2010 evidenció que el 20,4% de la población total (2,958.879) corresponde a los adolescentes. En la provincia de Pichincha la población total fue de 2,576.289 habitantes de los cuales el 18,64% fueron adolescentes. De acuerdo a la tasa de mortalidad general del 2014 se presentaron 1,311 casos de muertes producidas por lesiones auto infringidas, es decir intencionadas (suicidio), lo que equivale al 4,2% del total de defunciones del país, siendo el sexo femenino el más propenso a padecer de depresión (Guagalango Ruiz & Herrera Robles, 2017).

Una de las razones que motivaron a realizar esta investigación radica que en el Ecuador, el 20,4% de la población total son adolescentes convirtiéndose en un porcentaje significativo. Si se realiza una proyección a futuro, será la población adulta y activa de esta sociedad, por lo cual se debe garantizar que mantengan una salud física y mental optima de tal forma que puedan desarrollarse eficazmente. En este contexto cabe mencionar que Unicef describe que alrededor de la mitad de los trastornos mentales en la vida comienzan antes de los 14 años de edad y el 70% antes de los 24 años, motivos por los cuales es importante determinar estrategias que permitan identificar y tratar dichos trastornos mentales desde el momento en que se presentan, convirtiéndose en algo esencial para el campo de la salud, la educación y de la sociedad, creando planes que prevengan esta problemática.

Al observar la rapidez con la que aumentan los porcentajes de los adolescentes que padecen depresión, esto obliga a acercarse a sus medios de socialización primarios por excelencia (familia, escuela, instituto, centros culturales y deportivos) y encontrar nuevas formas de responder a su sintomatología depresiva, abordando su entorno principal: la familia (Figueroa Gutiérrez, y otros, 2007).

Se debe tomar en cuenta que los jóvenes con depresión tienen un riesgo mayor de suicidio, abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos. Asimismo, tienen más probabilidades de experimentar episodios depresivos recurrentes a lo largo de la vida que las personas cuya depresión comenzó en un período posterior. Estas características respaldan la relevancia de la depresión en la adolescencia para la salud pública y clínica

infanto juvenil. Un documento de la Organización Mundial de la Salud (2003), denominado *Caring for children and adolescents with mental disorders*, sitúa a esta patología y a los actos suicidas asociados, dentro de los problemas prioritarios que afectan a niños y adolescentes, señalando que la asociación entre la depresión y el abuso de sustancias los posiciona en un alto riesgo de suicidio (Suárez Soto, 2013).

En Ecuador, la depresión es alarmante debido al alto número de personas que la padecen, teniendo una mayor prevalencia en Quito (Alomaliza Masaquiza, 2016). En la actualidad los trastornos depresivos son una problemática relevante a nivel internacional y nacional, debido a su alta prevalencia y a su progresivo aumento a través de las décadas (Pelkonen & Marttunen, 2003; Brent, 2007). En este contexto y con el antecedente mencionado es importante conocer el nivel de depresión en los adolescentes del Colegio Municipal “Fernández Madrid” y su relación con su entorno familiar, con el fin de contribuir a su detección e intervención temprana y así evitar que los adolescentes lleguen a sufrir las complicaciones de padecer este trastorno. Posteriormente se entregará los resultados del estudio al colegio, con el fin de que las autoridades, profesores y padres de familia detecten a tiempo la presencia de síntomas de depresión y puedan brindar una ayuda oportuna.

1.2 Planteamiento del problema

¿Cómo influye la percepción de la funcionalidad y satisfacción familiar en la sintomatología depresiva en los adolescentes?

1.3 Justificación

En los adolescentes la depresión tiene múltiples factores de riesgo: entre otras la insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas, ambiente frustrante, patrones inadecuados de educación y crianza, la edad, el género, inadecuado ambiente familiar, bajo nivel económico familiar y la estructura familiar.

De todos los contextos multifacéticos en los que se ve inmerso el adolescente, aquel que incide más en él y como elemento fundamental, es la familia. Este es el medio social del cual emerge el adolescente (Fishman, 1990). La familia es uno de los contextos más importantes para el adolescente en su educación, socialización y adquisición de valores; es el lugar donde se aprende cómo se debe ser y lo que se debe hacer de adulto (Montañés, Bartolomé y Montañés, 2008; Parra y Oliva, 2002).

Sin embargo, aunque otros sistemas externos comienzan a adquirir extrema importancia, como lo es el caso de los pares, los cuales levemente desplazan la importancia de la familia, ésta continuará siendo la más importante, y quizás, el más significativo aspecto en el bienestar subjetivo del adolescente (Luna, Laca y Mejía, 2011). Ante lo cual Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela (2000), comentan que existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida como efecto de una depresión mayor. Asimismo, Pardo, Samdoval y Umbarilia (2004) comentan en su artículo sobre la Adolescencia y Depresión, que dentro de las variables que se asocian a este trastorno está el factor familiar.

En varios países de Latinoamérica la tasa de suicidio en adolescentes y jóvenes se ha incrementado. Reconociéndose que uno de los grupos poblacionales en riesgo de intento de suicidio y suicidio lo constituyen los adolescentes, por la necesidad actual de enfrentarse a dificultades muy diversas desde jóvenes. Grupo en el cual la familia cumple un rol importante de protección y adaptación. La familia es donde se realizan las principales funciones de socialización, en su ámbito, el sujeto adquiere su identidad y la posición individual intergeneracional. Por otro lado, son la familia y la escuela las que proporcionan elementos de riesgo o de protección, según sea el caso (Fajardo Pinzón & Guaraca Claderón, 2017).

Los jóvenes con depresión tienen un riesgo mayor de suicidio, abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos (Larraguibel, 2006). Asimismo, tienen más probabilidades de experimentar episodios depresivos recurrentes a lo largo de la vida que las personas cuya depresión comenzó en un periodo posterior (Gregory, Clarke, Lynn & Debar, 2010). Estas características respaldan la relevancia de detectar la depresión en la adolescencia para la salud pública y clínica infanto juvenil (Santillan Jiménez & Cabezas Velasco, 2017).

Es por esto que considero importante estudiar las características del funcionamiento familiar, para aportar una mayor comprensión de la depresión en los adolescentes y generar así estrategias de intervención que respondan a las dimensiones afectadas. (MINSAL, 2005). Las intervenciones que se pueden aportar a partir de esta investigación tienen que ver con el cambio de actitudes y de valores, con el desarrollo personal, así como con la acción comunitaria en cuanto a la sintomatología depresiva en los adolescentes. Contribuyendo al bienestar no solo psicológico, biológico, sino también social, permitiéndole alcanzar un mayor grado de participación dentro de la sociedad.

En base a lo anterior, la salud mental de los adolescentes se ha convertido en una prioridad de las políticas sanitarias en la mayoría de los países. Y en el Ecuador no se han hecho muchos estudios de prevención para detectar la sintomatología depresiva, con el fin de intervenir en las primeras fases, ya que cuando comienza en la adolescencia tiene más probabilidades de padecerla en la vida adulta volviéndose incapacitante, pues afecta en todos los entornos de su vida: académico, familiar y laboral necesitando acudir a un tratamiento psicológico multidisciplinario, el cual tendrá un alto costo. Es por eso que se propone hacer un gasto en la prevención de este tipo de trastorno, en el cual la intervención se enfoque en la salud familiar la cual cumple un rol fundamental en el desarrollo del individuo. Así se generará un ahorro tanto a nivel familiar y a nivel de salud pública (Morla Boloña , Saad de Janon, & Saad, 2006).

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Determinar la relación que existe entre la percepción de la funcionalidad y grado de satisfacción del individuo respecto de su entorno familiar con la sintomatología depresiva en adolescentes de primero, segundo y tercero de bachillerato del Colegio Municipal Fernández Madrid, con el fin de dar a conocer estos datos al colegio participante para generar estrategias de intervención.

1.4.2 Objetivos específicos

- 1) Caracterizar a la población de estudiantes adolescentes del nivel secundario según edad, sexo, familiares con quienes vive.
- 2) Identificar el nivel de depresión en los adolescentes
- 3) Relacionar la funcionalidad y satisfacción familiar con la depresión en los adolescentes
- 4) Comparar si hay diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la satisfacción, funcionalidad familiar y depresión
- 5) Comparar si hay diferencias de la sintomatología depresiva que presentan según el tipo de familia.

1.5 Hipótesis

Existe relación significativa entre la funcionalidad, satisfacción familiar y la depresión en los adolescentes del Colegio Municipal Fernández Madrid.

MARCO DE REFERENCIA

En los últimos tiempos, hablar de adolescencia y familia es algo relevante, pues al estar inmersos en una sociedad que avanza tan rápido, y en donde el núcleo familiar se ha visto afectado, ya que es común que tanto la madre como el padre salgan a trabajar y el adolescente pase la mayor parte del tiempo solo, es posible que en él se produzcan sentimientos de soledad que lo conducen a la desesperanza, la cual se relaciona con la depresión. Para indagar más acerca de este tema es importante tener una visión clara sobre estudios similares que se han realizado tanto a nivel nacional como internacional, lo que brindará pautas para el desarrollo de esta investigación.

1.6 Marco Conceptual General

Antecedentes nacionales:

En Ecuador, en un estudio experimental realizado por la Dra. Patricia Ochoa y el Dr. Julio Jaramillo en el año 2003 sobre depresión menor y rendimiento escolar en un colegio de la ciudad de Cuenca, mencionaban haber encontrado una prevalencia de depresión menor, del 27% y del 6% de depresión mayor entre adolescentes, en una población enclaustrada, siendo mayor la frecuencia en mujeres que en hombres en las etapas inicial y media de la adolescencia. Dentro de las enfermedades psiquiátricas predominaron los trastornos situacionales depresivos y ansiosos. Los diagnósticos más frecuentes fueron trastornos situacionales depresivos.

Asimismo, en el año 2006, se realizó un estudio de asociación de desintegración familiar y depresión en adolescentes, con una revisión de 1,045 historias clínicas de adolescentes que fueron atendidos en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de la ciudad de Guayaquil; donde las patologías más frecuentes fueron trastornos depresivos (22,9%), con mayor frecuencia en mujeres con una relación de 3:1 (Janon y Saad, 2006).

Por otra parte, Rivera y Sánchez (2014) hicieron una investigación sobre la asociación entre la disfuncionalidad familiar y depresión en jóvenes de ciclo diversificado, quienes estudiaban en el módulo formativo Herlinda Toral. El objetivo fue conocer el nivel de disfuncionalidad familiar y su asociación con la depresión en dichos jóvenes. El tipo de investigación que realizaron fue cuantitativa descriptiva. Se trabajó con una muestra de 200 adolescentes de ambos géneros cuyas edades variaban entre 14 a 18 años. Se hizo uso del test Apgar Familiar y el Test de Depresión de Hamilton (HAM-D) como instrumento de medición. En los resultados obtenidos el 48,5% de participantes del estudio presentaron una asociación de disfuncionalidad familiar con depresión, así mismo el 50% mostraron disfuncionalidad familiar en edades comprendidas entre 14 y 16 años, el 65,5% de varones mostraron disfuncionalidad familiar, el 43,5% de 14 a 16 años manifestaron depresión y el

60% de mujeres a su vez también presentó depresión (Piedra Barros & Pinanjota Armas, 2017).

Una investigación llevada a cabo por Hervas S. (2011) con el tema “La migración de los padres y la depresión de la comunidad educativa Juan León Mera La Salle, de la ciudad de Ambato, durante el período 2010-2011” presentó como objetivo general conocer si la migración genera depresión en adolescentes estudiantes, para lo que se trabajó con una población de 200 adolescentes a quienes se les aplicó el Test de Depresión de Hamilton. Como resultados del reactivo aplicado se obtuvo que el 78,75% presentaban humor depresivo, el 5% indicaron ideas autolíticas e intentos suicidas y el 30% presentaba depresión leve. Así, fue posible concluir que la migración de figuras paternas genera depresión en niveles leve, moderado y grave (Piedra Barros & Pinanjota Armas, 2017).

Iller, J. (2014), en su tesis sobre cómo incide la funcionalidad familiar en el riesgo suicida de los adolescentes de segundo año de bachillerato unificado de la ciudad de Latacunga tomando en consideración la dinámica que tiene la familia y como ésta afecta a cada miembro del sistema familiar, aplicó los instrumentos psicológicos como el FF-SIL para evaluar la Funcionalidad Familiar y el Test de Riesgo Suicida teniendo como muestra a 448 estudiantes. Se comprobó que existe una relación entre el riesgo suicida sobre la funcionalidad familiar, mostrando que mientras menos funcional sea la familia, existirá más riesgo suicida. Así se concluyó que con el 21% de la población que fue evaluada presentaba riesgo suicida y el 47% son familias disfuncionales.

Otro estudio realizado en la ciudad de Ambato por Alomaliza Cristina (2016), titulado “Disfuncionalidad familiar y depresión en adolescentes de octavo a décimo año de la Unidad Educativa Picaihua del Cantón Ambato”, mencionaba que cada día cobra mayor importancia en la investigación científica el estudio de la disfuncionalidad familiar y su influencia con la aparición de depresión en adolescentes. Para la obtención de datos se procedió a la utilización de reactivos psicométricos tales como el Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL el cual permite evaluar el nivel de disfuncionalidad familiar que presenta la población de estudio, también se utilizó el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) el cual permitió conocer los diferentes niveles de depresión que presentaban los adolescentes. El proyecto se desarrolló con una muestra de 60 adolescentes estudiantes de ambos sexos, a los mismos que se les aplicó los reactivos psicológicos y se les proporcionó los resultados a quienes así lo desearon. Mediante la prueba Chi cuadrado de Pearson se aceptó la hipótesis alterna la cual indicaba que la disfuncionalidad familiar se ve relacionada con la depresión en los adolescentes de este estudio.

La investigación realizada por Edwin Nagua (2017) en Loja, la cual permitiría establecer la relación entre la Funcionalidad Familiar y el Estrés de los Adolescentes de bachillerato de las provincias de El Oro, Loja y Zamora Chinchipe del Ecuador realizó un estudio cuantitativo no experimental a través de la aplicación de instrumentos de autollenado utilizando el Test de Funcionalidad Familiar (FF-SIL) y el Test SSP 14, para percepción de estrés, previamente validados a 960 adolescentes que cursan el 1ero, 2do y 3er año de bachillerato entre los 15 y 19 años de edad, utilizando un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple a través del sistema informático Microsoft Excel, partiendo de la base del Archivo Maestro de Instituciones Educativas (AMIE), del

Ministerio de Educación, seleccionando establecimientos que cumplieran con los criterios de inclusión. Los resultados indicaron que los adolescentes de familias disfuncionales tienen dos veces más probabilidades de presentar estrés que aquellos provenientes de familias funcionales; con significancia similar en ambos sexos.

Antecedentes internacionales

Céspedes Lorena, Roveglia Antonella y Coppari Norma (2014) realizaron una investigación denominada *Satisfacción familiar en adolescentes de un colegio privado de Asunción*, en la que evaluaron y describieron la satisfacción familiar en una muestra de 140 estudiantes hombres y mujeres entre 12 y 18 años de un Colegio Privado de la misma ciudad. Los resultados obtenidos en la Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos, indicaron que el 30,7% de estudiantes mostraban un nivel bajo de satisfacción familiar, el 28,6% un nivel alto y el 40,7% alcanzaban el nivel promedio de satisfacción familiar; concluyendo así que probablemente existirían mayor número de familias con un clima familiar en el que predomina el enojo, la frustración, la desilusión, la tristeza y la depresión (Quezada, Zavala, & Lenti, 2015).

Por otro lado, en un estudio realizado en una población del sur de Cataluña sobre: “Factores sociológicos que influyen en el desarrollo de la depresión”, que tenía como objetivo investigar la prevalencia de depresión, así como su distribución por sexo y factores sociológicos influyentes en el desarrollo de esta. Los resultados encontrados fueron: el 46,7% de la población presentó depresión, siendo un 53% mujeres y un 40% hombres. Asimismo, se observó que la depresión se presenta en mayor porcentajes en aquellos adolescentes que no viven con ambos padres sobre aquellos que sí; 12% sobre 7,4% respectivamente (Montes et al., 2011).

En el estudio “Prevalencia de la depresión medida por el BDI (Inventario de Depresión de Beck y Cols.) en una población escolar adolescente de Turquía”, que tenía como objetivo determinar la prevalencia y características clínicas de la depresión en adolescentes, los resultados demostraron que la prevalencia de depresión fue del 12,55% en este grupo de estudio, con una prevalencia significativamente más alta de depresión en las chicas que en los chicos; 32,6% y 23,8% respectivamente (Fevziyen et al., 2008).

En otro estudio realizado en México sobre: “Prevalencia y factores de riesgo para depresión en adolescentes de escuela preparatoria”, con la finalidad de determinar la prevalencia y factores de riesgo para depresión en la población adolescente de una escuela preparatoria, la prevalencia total de depresión fue del 18,6%; el 12,4% correspondió al sexo femenino y el 6,2% al sexo masculino (Guzmán et al., 2011).

Asimismo, Salazar, Veytia, Márquez, y Huitrón (2013) presentaron un artículo para conocer la satisfacción con el ambiente familiar y su asociación con la depresión en jóvenes, cuyo objetivo fue comprobar la asociación entre ambas variables en los estudiantes de bachillerato. La investigación que presentaron fue de diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional, transversal. La población evaluada fue de 448 estudiantes cuyas edades variaban de 14 a 19 años. Se utilizó el Cuestionario para el Diagnóstico de los Cuadros Depresivos (CDC) de Calderón, y para satisfacción familiar la Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) de Barraca y López-Yarto como herramientas

de medición. Para probar la asociación entre dichas variables realizaron un análisis de regresión logística múltiple. Como consecuencia se halló que 12,9% de adolescentes mostraban depresión y 24,8% insatisfacción familiar, además encontraron una asociación significativa entre dichas variables. Igualmente, los jóvenes que mostraron insatisfacción familiar mostraron mayor probabilidad de atravesar por un cuadro de depresión (Obando Castillo & Cassaretto Bardales, 2011).

En el mismo país se realizó otro estudio denominado “Disfunción familiar y suicidalidad en adolescentes con trastorno depresivo mayor”, el objetivo principal era dar a conocer la posible relación existente entre dificultades de índole familiar y su influencia en trastornos afectivos como la depresión. Dicho estudio se llevó a cabo en una población de 37 sujetos, los mismos quienes presentaban un diagnóstico establecido mediante un manual de salud. Se incluyó a personas en un rango de 10 a 18 años de edad, y para la evaluación y valoración de las variables se utilizó instrumentos psicométricos que permitieron obtener resultados objetivos. Para evaluar el nivel de funcionalidad familiar se utilizó el Instrumento de Problemas Familiares (IPF) el cual presenta una adecuada validez y fiabilidad. En cuanto a depresión se utilizó la Escala de Suicidalidad de Okasha de la cual se obtuvo un nivel de confianza aceptable. Como resultados se obtuvo que de la población de muestra, la mayoría presentó riesgo suicidalidad, y se concluyó que los niveles suicidalidad en la depresión se relacionan con los niveles de funcionalidad familiar, ya que de las personas que presentaron riesgo de suicidio a su vez indicaron provenir de un hogar disfuncional (Cartagema Mondragón, 2014).

Otra investigación llevada a cabo en el mismo país con el tema “Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes” tuvo como objetivo dar a conocer la asociación entre síntomas depresivos y estímulos estresantes. Para el desarrollo del tema se trabajó con una población de 2,292 adolescentes estudiantes de ambos sexos, a quienes se les administró la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES. Como resultados de esta investigación se obtuvo que el 15,6% de la población presentaba síntomas depresivos, a su vez el 21,3% de la población con depresión pertenecían al género femenino y el 8,8% al género masculino. Se concluyó que la presencia de eventos estresantes a nivel escolar y familiar se relaciona con la aparición de síntomas depresivos en adolescentes (Veyta López, González Arratia, Andrade Palos, & Oudhof, 2012).

Por otro lado, en Colombia, se llevó a cabo una investigación acerca de los “Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados”, cuyo objetivo era el de dar a conocer los aspectos que estimulan la disfuncionalidad familiar. Ésta trabajó con una población de 1,730 adolescentes de ambos sexos, a los cuales se les aplicó la Escala FFSIL Familiar. Como resultados se obtuvo que el 51,8% de la población provenía de una familia disfuncional caracterizada por aspectos como familias no nucleares, existía el consumo de sustancias psicotrópicas y bajo rendimiento académico. Se concluyó que los principales factores de la disfuncionalidad familiar en los adolescentes sería el consumo de sustancias psicoactivas y el desarrollarse en familias no nucleares (Gómez Bustamente, Castillo Ávila, & Cogollo, 2013).

Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez (2009) realizaron un estudio sobre la relación entre la depresión y los conflictos familiares en adolescentes que habitaban en

comunidades rurales y urbanas del Estado de Tlaxcala en la República Mexicana. Para esto aplicaron la Escala de Clima Familiar (FES), tomando sólo tres reactivos de cada una de las tres sub escalas (Relaciones, Desarrollo y Estabilidad) para evaluar la cohesión familiar, la cual permitiría tener información sobre las relaciones que mantienen los miembros de la familia, así como el grado de comunicación y el nivel de conflicto, a un nivel de confiabilidad de $\alpha = 0.86$. Así mismo se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) para evaluar la intensidad sintomática de depresión. La muestra se seleccionó de escuelas secundarias de dicha comunidad, quedando 244 adolescentes finalmente en donde la media de edad fue de 13,43 años. Los resultados de la investigación indicaron que existe una relación inversamente proporcional entre los síntomas depresivos y los conflictos familiares, lo que sugeriría que, a mayor índice de depresión existe menos cohesión familiar, demostrando que la carencia de apoyo social en el ambiente familiar del adolescente afecta en su proceso psicosocial.

Reyes, W. & Torres, N. (2001) en su estudio analítico que tuvo como objetivo determinar el funcionamiento familiar de los individuos que tuvieron intentos suicidas en el área de salud de La Habana durante el año 2000 en los meses de enero a mayo, y cuya muestra fue de 62 personas entre el grupo de estudio y el de control. Para la investigación se utilizó la Entrevista Familiar Semiestructurada Circular, el Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) y la observación de las interacciones familiares. Como resultado de la investigación se encontró que en los individuos que intentaron suicidarse, dentro de su funcionamiento familiar predominaba el disfuncional y que las características diferenciales fueron la poca adaptabilidad (67,7%), baja cohesión (70,9%), y la desarmonía (87,1%) (Morán Morales, 2015).

Castañeda (2003), realizó una investigación sobre las características psicosociales del adolescente con intento de suicidio reportados en el Instituto de Salud del Niño en Lima en el período comprendido entre 1996 a 1999. El autor encontró que el 88% correspondía al sexo femenino y el 12% al masculino. Las edades de mayor frecuencia estaban en el rango de 14 a 17 años lo que representaba un 69% de los casos registrados. En su mayoría (56%), la razón del intento de suicidio fueron discusiones con las figuras primarias de apoyo o problemas en el grupo familiar, seguido de un 13% que contaban con un antecedente de abuso sexual.

Asímismo, Capa, Vallejos y Cárdenas (2010) analizaron la prevalencia del consumo de drogas y su relación entre factores sociodemográficos y psicosociales en una muestra probabilística de 420 escolares de secundaria de ambos sexos, residentes en una zona urbano popular de la misma ciudad, con edades entre los 12 y 18 años, llegando a la conclusión de que cuando la familia es disfuncional las probabilidades de consumo tanto de alcohol como del tabaco se incrementan hasta en tres veces.

Los estudios mencionados anteriormente nos muestran la importancia de investigar más acerca de la asociación entre la funcionalidad y satisfacción familiar con la sintomatología depresiva, al ser la familia el primer entorno social en el que el adolescente se desarrolla, ayuda a detectar si una familia es funcional o no y si satisface o no, las expectativas que los adolescentes tiene de la misma, ayudará a crear planes de intervención más asertivos ante la depresión.

1.7 Marco teórico

1.7.1 La familia

1.7.1.1 Conceptualización

La familia es la organización social más elemental, es el seno en donde se establecen las primeras relaciones de aprendizaje social, se conforman las pautas de comportamiento y se inicia el desarrollo de la personalidad de los hijos (Orozco Cañar, 2012), es una institución que varía, se transforma, se adapta, se reinventa, perdura y puede constituir un elemento central en la organización de la vida y del bienestar propio. Está posee una estructura jerárquica dinámica y un funcionamiento sistémico y se encuentra en interacción recíproca y constante con otros grupos e instituciones sociales. (Freile Cordero, 2015). Es un organismo mediador entre el individuo y la sociedad, en la medida en que éste le proporcione el equilibrio emocional que necesita, el adolescente podrá superar esta etapa sin mayores problemas, siendo está, por medio de la cual se trasmite la cultura, ya que en ella se producen los primeros intercambios y experiencias a través de las cuáles constituyen formas particulares de ver el mundo y de verse a sí mismo.

Durante la adolescencia no sólo el adolescente tiene inestabilidad emocional, también los padres se ven afectados por este período de dudas y conflictos que experimentan sus hijos, ante lo cual deben generar cambios que los ayuden a fortalecer los lazos de amor logrando que sus hijos sientan comprensión y apoyo, consiguiendo así superar esta etapa sin conflictos, evitando problemas de inadaptación, ansiedad, depresión, angustia, irritabilidad o una rebeldía mayor que complicaría aún más su desarrollo y su frágil estabilidad emocional.

Así, una familia es potencialmente más funcional, en la medida que exista un equilibrio en el cumplimiento de sus funciones, y a su vez disponga de recursos adaptativos para enfrentar los cambios, Respecto a esto Icart y Freixas (2013) hacen mención sobre el sentido contenedor de la familia, sosteniendo que ésta, es una estructura donde se reconoce al sistema parental como el artífice principal de llevar a cabo la función de sostenimiento de quienes conforman el sistema. De cómo se lleve a cabo dicha función, se alimentará el sentido de satisfacción psíquica de cada uno de sus miembros (Quezada, Zavala, & Lenti, 2015).

Para alimentar este sentido de satisfacción psíquica de los integrantes que conforman la familia, ésta va planteando sus propios modelos de relación, estrategias de cambio y normas, de igual modo, va desarrollando sus propios recursos aportados por todos sus miembros quienes van asimilando del mismo entorno en el que la familia se desenvuelve (sociedad) o de su propia historia familiar. Durante este proceso de desarrollo, la familia, va planteando sus propias metas, que en un inicio pueden ser asignadas socialmente y posteriormente las van interiorizando para formar su propia organización, retroalimentándose de las expectativas del logro de sus propias metas, de la eficacia y éxito de las estrategias utilizadas que son muy únicos y que definen su identidad como familia y

además contribuyen significativamente al sentido de individuación, de los miembros que forman parte de ella. Este proceso en el que se van definiendo las pautas de relación y transacciones propias de la familia, puede traer consigo bienestar y satisfacción con su vida o contrariamente, infelicidad o inadaptación.

Es así que, María Josefa La Fuente Benaches, refiere que “La familia es como un banco de pruebas, y sólo si dentro de ella el niño encuentre la ayuda necesaria para adquirir una cierta soltura y desarrolla confianza en sus propias capacidades, podrá aventurarse a explorar y conocer el exterior con cierta garantía de éxito” (La Fuente Benaches, pág. 37). Es decir, si la familia del niño o adolescente le brinda las herramientas necesarias para enfrentarse al mundo éste saldrá y tendrá mejores probabilidades de actuar de manera asertiva en todos los contextos en los que se relacione. Por el contrario, si la primera fuente de sociabilización no le ha proporcionado estas herramientas, posiblemente este niño o adolescente estará en una condición de riesgo constante.

Entonces, es posible afirmar que cuando la primera fuente de sociabilización, que es la familia, no lleva a cabo los procesos de adaptación y transformación que cada etapa del ciclo vital le demanda; el sujeto suele atascarse en alguna parte de éste, produciéndose una crisis y muchas veces manifestándose la misma en la aparición de un “síntoma” compendiado en alguno de sus miembros, que de algún modo da la voz de alarma de que el sistema referencial requiere de una atención o revisión interna del funcionamiento familiar, teniendo en cuenta que la familia es uno de los contextos más importantes para el adolescente en su educación, socialización y adquisición de valores; es el lugar donde se aprende cómo se debe ser y lo que se debe hacer de adulto (Montañés, Bartolomé y Montañés, 2008; Parra y Oliva, 2002). Sin embargo, aunque otros sistemas externos comienzan a adquirir extrema importancia, como lo es el caso de los pares, los cuales levemente desplazan la importancia de la familia, ésta continuará siendo la más importante, y quizás, el más significativo aspecto en el bienestar subjetivo del adolescente (Luna, Laca y Mejía, 2011).

1.7.1.2 Tipos de Familia

Es necesario, para fines de la investigación, conocer la clasificación de familia según la forma en la que está conformada. A continuación se explicará cada una según lo mencionado por Valle F. (2008) citado por Morán Morales (2015) el cual señala que la familia cuenta con varios tipos entre los cuales se encuentran los siguientes:

- **La familia nuclear o básica:** es el componente básico de toda la sociedad, la familia básica, está compuesta por esposo y padre, esposa y madre y los hijos, estos pueden ser adoptados por la familia o de descendencia propia de la pareja. Entre todos los miembros de la familia se debe dar una relación regular.
- **La familia extensa o consanguínea:** está compuesta por varias familias nucleares que conviven bajo el mismo techo, se amplía con más de dos generaciones y se basa en el vínculo de consanguinidad de muchas personas, así se les incluye desde los padres, hijos, tíos, abuelos, primos, etc.

- **La familia monoparental:** se conforma por uno de los padres y sus hijos; esto se da en ocasiones como son la separación de los padres en donde uno de ellos pasó a encargarse de sus hijos, o por el fallecimiento de uno de los padres.
- **La familia de madre soltera:** se constituye cuando la madre se responsabiliza sola de la crianza de sus hijos, pues en algunos de los casos los padres no conocen de la existencia de estos ya sea por distanciarse o no reconocer su paternidad por diferentes motivos. En el caso de una madre soltera que sea adolescente, joven o adulta.
- **La familia de padres separados:** ésta familia es en la cual los padres están divorciados y se rehúsan a convivir unidos; dejan de ser pareja sin seguir cumpliendo con el rol de padres frente a sus hijos a pesar de la distancia que se encuentren.
- **Familias compuestas por personas del mismo sexo:** se da cuando personas del mismo sexo sin compromiso alguno tienen la necesidad de criar a un hijo.
- **Familia adoptiva:** se conforma con la llegada de un niño que no tiene ningún vínculo de sangre, ni pertenece a algún miembro de la pareja.
- **Familias reconstituidas:** ésta se conforma por un miembro de la pareja que tenga hijos y se una a otra persona sea hombre u mujer sin hijos y soltera; de aquí se describen las figuras de padrastros y madrastras.
- **Familia sin vínculos:** está conformada por un conjunto de personas que no tiene lazos de sangre pero conviven bajo el mismo techo asumiendo gastos y responsabilidades.

1.7.1.3 Funciones de la familia

Es en el ambiente familiar donde se obtienen los primeros conocimientos sobre la vida, los sentimientos de amor, la confianza en sí mismo y el aprecio por los demás. La vida familiar es el pilar del desarrollo individual, pues los hijos adquieren las creencias, los valores, las costumbres que serán la pauta de su comportamiento a lo largo de su vida; se la considera como una matriz social, porque en ella se produce el nacimiento físico y psicológico del individuo, construye su identidad y se afirma, configura su personalidad y socializa a la persona, además de ello se le incorporan los mecanismos de adaptación necesarios para que se integre a la sociedad y a la cultura (Arenas Ayllón , 2009).

Shaffer (2000) desde un punto de vista psicosocial, explica que las familias proporcionan apoyos sociales y emocionales que ayudan a sus miembros a afrontar las crisis, por ello se dice que las funciones reconocidas en forma más amplia y universales de la familia son el cuidado y entrenamiento que proporcionan los padres y otros miembros de ésta a sus pequeños. Los acontecimientos en los primeros años son importantes para el desarrollo social, emocional e intelectual del niño, por lo que es acertado pensar en la familia como un instrumento primario de socialización.

Camacho (2002) refiere que la familia es la unidad social más pequeña de la sociedad pero la más relevante por su rol en el desarrollo y ajuste social-psicológico del individuo; a través de su función socializadora educativa y de prevención de conductas de riesgo. Así

mismo Navarro y cols., (2007) agregan que, ésta cumple también funciones que le permiten garantizar la supervivencia y perpetuación de la cultura en la sociedad, siendo sus funciones principales las siguientes:

- a) **Desarrollo de la identidad:** las primeras personas que inculcan y enseñan el autoconocimiento, la autovaloración y la formación de un buen nivel de autoestima en los hijos, son los padres. Se conoce que una autoestima adecuada en los miembros de una familia es reflejo de buen clima familiar, basada en comunicación y cohesión familiar (Ferreira, 2003).
- b) **Agente de Socialización:** la familia es el primer agente socializador de los hijos. Desde que la madre está en período de embarazo inicia la comunicación del menor con ella a través de las sensaciones. Al nacer y crecen los primeros en enseñarle a comunicarse son los padres y las personas que conviven con él en el hogar. Cada familia va transmitiendo a los menores el lenguaje, los elementos culturales del medio en que se desenvuelve, valores y principios, etc., (Ochoa Torres, 2015).
- c) **Agente de protección y apoyo:** la familia como agrupación de seres humanos unidos por vínculos afectivos, tiene un rol importante en la vida de cada persona ya que la interrelación entre los miembros está basada en sentimientos de apego y amor. Toda función de la familia (biológica, psicológica, económica y educativa) tiene como base los lazos afectivos entre sus miembros.

Cuando ésta brinda apoyo, orientación y guía constante, expresadas en afecto, empatía y comprensión incondicional genera confianza en los hijos y sentimiento de pertenencia al hogar. En cambio, en hogares en donde los padres demuestran rechazo a los hijos a través de sus actos y no reflejan protección hacia ellos, es difícil que los menores construyan una buena imagen de sí mismos (Arenas Ayllón , 2009).

Asimismo, la función de la familia, como elemento constitutivo de la sociedad, tiene responsabilidades que debe asumir, para el bienestar de la comunidad. Investigadores han definido cinco funciones esenciales de la familia: “socialización, afecto, cuidado, estatus y reproducción” (Archivos en Medicina Familiar, 2005, pág. 15). Detallando dichas funciones, la socialización se refiere a la promoción social que la familia debe realizar entre sus miembros; el afecto, es la interacción de sentimientos y emociones; el cuidado, es la protección y asistencia de manera diligente; el estatus, hace referencia a la transmisión de características sociales; y la reproducción, es el rol de garantizar la existencia de la vida, sobre la base de las relaciones de amor.

Palacios & Rodrigo (1998), realizan una clasificación acerca de las funciones basadas en el desarrollo de los padres y de los hijos, las mismas que se mencionan a continuación:

Las funciones centradas en el desarrollo de los padres:

La familia como un espacio para ser criados como personas adultas con un nivel alto de bienestar psicológico en donde se aprender a confrontar las dificultades y a asumir compromisos y responsabilidades, donde se interactúa y la cual es un ente de apoyo social que dé soporte a las evoluciones vitales, cómo el conocer a la primera pareja, encontrar trabajo, entre otras.

Las funciones que están centradas en el desarrollo de los hijos son las siguientes:

- **Función parental de protección:** busca realizar un correcto acompañamiento tanto en el desarrollo como en crecimiento de los hijos, incluyendo a la socialización de los mismos. La familia forma la base primordial ya que es el primer grupo de socialización que estos mantienen.
- **Función parental afectiva:** dentro de esta función los padres deben brindar un entorno saludable que ayude al desarrollo psicológico y afectivo de los hijos.
- **Función parental de estimulación:** brindar a los niños estimulación que acredite un buen desarrollo en el entorno social y físico, estas deben ayudar a que sus capacidades intelectuales sociales y físicas lleguen a su desarrollo máximo.
- **Función parental educativa:** se debe garantizar que las decisiones que sean tomadas en el desarrollo del niño en la educación sean las más adecuadas y correctas teniendo en cuenta que no sólo es el ámbito escolar sino el modelo familiar que están siendo establecidos para el niño. Los padres deben guiar y encaminar de manera coherente las actitudes y el comportamiento del niño fomentando valores de acuerdo a las normas y reglas que sean aceptables en el entorno en el cual se desarrollan.

Por otra parte Muñoz (2005) menciona que la familia debe permitir ejercer funciones en relación con los hijos desde un punto de vista evolutivo-educativo los cuales se resumen en: garantizar un crecimiento sano y recursos para la supervivencia, brindarles un ambiente adecuado en el entorno emocional y afectivo los cuales sean necesarios para su buen desarrollo psicológico y ofrecer una estimulación que les proporcione la capacidad para desarrollarse de manera competente en su entorno social y físico.

1.7.1.4 La satisfacción familiar

Las familias o son funcionales o disfuncionales, ello no depende de la ausencia de problemas dentro de ésta, por el contrario es la respuesta que muestran frente a los problemas, la manera cómo se van adaptando a las circunstancias cambiantes de modo que mantienen una continuidad que permite y promueve el crecimiento de cada miembro familiar. Para que ésta sea más funcional es importante la comunicación positiva, en cambio una disfuncional tanto en su estructura como en su dinámica generará hacia su interior actitudes y comportamientos negativos afectando los niveles de comunicación, así como la satisfacción personal y familiar la cual será percibida como desfavorable.

Es así que, la satisfacción familiar vendría a ser la percepción que tienen los miembros de una familia en cuanto a la comunicación entre ellos, grado de cohesión, es decir unión y el nivel de adaptabilidad familiar de los miembros entre sí y con su entorno, por lo que es posible decir que una buena satisfacción personal y familiar traerá consigo una dinámica positiva que permitirá consolidar y fortalecer la estructura de dicha familia (Sobrin, 2008).

Los miembros dicha estructura tendrán un conjunto de demandas, las cuales si son satisfechas de manera adecuada se considerarán funcionales, como por ejemplo: la percepción de que están siendo aceptados, validados por los demás, el sentir un grado aceptable de satisfacción familiar, inducirá a los miembros de la misma a desarrollar pautas

de interacción adecuadas, cooperativas, a intercambiar emociones y sentimientos, y por lo tanto fortalecerá la imagen mutua de cada integrante, logrando un ambiente estable y de soporte emocional para todos.

A fin de lograr una afinada conceptualización del término satisfacción familiar, Barraca y López-Yarto (1997) la consideran como el conjunto de reconocimiento cognitivo y, principalmente, afectivo en el cual la persona da un valor sentimental positivo a su inclusión en la familia, guiado por las interacciones generadas en el funcionamiento de la misma, llámese roles, diálogo, protección, conflictos y estrategias de solución a problemas. Asimismo la satisfacción está orientada a la experimentación placentera cuando la persona se encuentra con su familia y todo lo vinculado a ésta, en caso contrario, el individuo presentará una insatisfacción. Se entiende entonces que la satisfacción familiar se vincula a toda acción generada en la familia que despierta el interés por ella y refuerza el sentimiento de pertenencia del individuo a la misma, además de dar seguridad emocional y disfrute para actuar acertadamente ante cualquier evento generado en y para ella.

Es importante recalcar que la satisfacción familiar implica también momentos de inestabilidad, pero que son manejados acertadamente; esto quiere decir que la familia incluye un grupo de individuos únicos los cuales tienen gustos, características diferentes y se encuentran en un proceso de desarrollo diferente, lo cual genera una crisis o momentos de inestabilidad que exigen una reestructuración del grupo familiar, para satisfacer las demandas de cada miembro que la conforman, generando así satisfacción, pero cuando la familia no se adapta ante los momentos de inestabilidad, entonces se produce la insatisfacción familiar.

Respecto a lo mencionado anteriormente, Barraca y López (2010) señalan que cada miembro de la familia tiene satisfacción familiar, por lo que no se debe considerar al concepto como algo general que la familia posee en una cantidad dada, o como algo más allá de lo individual; por el contrario, debe ser entendida como una resultante de las relaciones intrafamiliares, en cada sujeto. Está relacionada a los sentimientos despertados a partir de las interacciones verbales o físicas que ocurren entre el sujeto y los otros miembros de la familia. Ante lo cual, Jackson (1977, citado en Sobrino, 2008) concluye que la satisfacción familiar es el resultado o la consecuencia de todo un proceso de aprendizajes previos en el contexto familiar, donde cada uno de los miembros va aprendiendo a integrarse y cohesionarse como grupo familiar, de tal forma que no existan incoherencias o disonancias entre lo que se dice y se espera de cada uno.

Así también es importante que los individuos que conforman la familia perciban una buena satisfacción familiar que le permitirá tener un soporte emocional a la hora de enfrentar situaciones difíciles ya que cuando no pueden manejar adecuadamente las exigencias del ambiente estresante, puede ocurrir un afronte inadecuado y aparecer la ideación suicida como un estado de desesperanza. En ese sentido, Gonzalez-Forteza, Borges, Gómez y Jiménez (1996) sostienen que la ideación suicida y el riesgo suicida se incrementan cuando una persona tiene una baja capacidad de enfrentamiento. Sánchez Quiroga (1995) afirma que el grado de satisfacción de los miembros se considera un predictor del funcionamiento familiar; considerando que éste resulta del juego de interacciones que se dan al interior de las familias, relacionando la ausencia de conflictos

con un mayor grado de satisfacción familiar (Quezada, Zavala, & Lenti, 2015). En tal sentido, una mayor satisfacción con la vida familiar, estaría relacionada con mayor frecuencia e intensidad de experiencias afectivas de amor, cariño, afecto, alegría y felicidad; mientras que una menor satisfacción con la vida de familia se relacionaría con mayores experiencias de coraje, enojo, frustración, desilusión, tristeza y depresión (Luna, 2011). Es decir, la satisfacción familiar se relaciona con los sentimientos positivos que aparecen en las persona, a partir de la relación de convivencia con los miembros que conforman el sistema familiar (Tirado Bocanegra, y otros, 2010), mientras que la no satisfacción familiar genera un estado de malestar, de incertidumbre, debido a que las expectativas personales no son satisfechas por los otros, constituyendo un factor que predispone la aparición de trastornos emocionales y psicológicos.

1.7.1.5 La familia funcional

Un familia se considera funcional o disfuncional dependiendo del grado de satisfacción que se dan a las necesidades biológicas, psicológicas, económicas y sociales de cada integrante que la conforma y en cuanto a la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Para comprender el funcionamiento de las familias se requiere conocer las relaciones interpersonales existentes entre los miembros, pues las acciones de cada uno, produce una reacción en los demás e incluso en ellos mismos (Núñez Casaño & Saire Saire, 2015).

La principal característica de una familia funcional es que en ella se promueve un desarrollo favorable para todos sus miembros, teniendo jerarquías, límites y roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio, da cabida a manejar la proximidad y la distancia entre sus miembros, logrando el contacto afectivo y cálido entre todos; pero al mismo tiempo siendo capaces de permitir que cada uno tenga sus propios espacios, sus actividades personales y su vida social independiente (Riveros Nuñez & Valles Valverde, 2017).

La funcionalidad familiar también es vista desde la perspectiva emocional y sus características tendrán que ver con la estructura, bienestar, formas de intercambio afectivo, manera de resolver problemas y enseñanza de reglas. Las familias funcionales se caracterizan por recibir apoyo, comprensión y ánimo entre sus miembros, progresar a través de los estadios normales del crecimiento, como por ejemplo: independizarse de la unidad familiar y crear a su vez nuevas familias.

A continuación se mencionarán algunos indicadores para evaluar el funcionamiento familiar:

- a) Debe cumplir eficazmente sus funciones básicas: económica, biológica y cultural-espiritual.
- b) El sistema familiar debe permitir el desarrollo de la autonomía y la identidad personal de cada uno de sus miembros: para entender mejor este indicador se debe tener en cuenta los vínculos que existen entre la familia, como son la autonomía y

pertenencia, debido a que si algún miembro renuncia a su individualidad esto generará conflictos ya sea entre la pareja o entre padres e hijos.

- c) Debe existir una comunicación afectiva, clara y sobre todo coherente para que la solución de conflictos se dé de manera agradable entre todos los miembros. No debe haber una comunicación con doble mensaje, sino realizarla de manera clara y congruente de forma que el mensaje no se distorsione, confundiendo así al receptor y causando dificultad en la interacción de la familia.
- d) Es importante que se adapte a los cambios: la funcionalidad familiar se da cuando no hay la presencia de rigidez y así se adapta de una manera fácil a los cambios. Ésta está en continua permutación para lograr el equilibrio. Debe contar con la posibilidad de cambiar o modificar las normas o reglas, los límites, la jerarquización, ya que estos son dependientes el uno del otro. Se considera a este ítem como el más importante ya que la familia se ve expuesta a cambios continuos principalmente al atravesar su desarrollo por el ciclo vital y también a las tareas y deberes a los cuales se tienen que enfrentar debido a que se derivan de las crisis familiares (Quezada, Zavala, & Lenti, 2015).

Actualmente existen muchas familias que ponen en peligro su capacidad de funcionamiento e incluso de supervivencia, lo cual se torna un factor de riesgo para el desarrollo normal del niño y del adolescente. Siendo ésta un contexto fundamental, muchas veces no instruye a los hijos con afecto y apoyo, no los supervisa y sobre todo no utilizan una adecuada comunicación con la finalidad de comprenderlos y enseñarles a ser autónomos, y lo suficientemente maduros como para dirigir su propia vida. Cuando el funcionamiento de una familia se torna disfuncional es cuando posee una dinámica en la que se desarrollan conductas desadaptativas en uno, varios o todos los integrantes del núcleo. Y es en estas familias existe un clima que resulta propicio para el surgimiento de patologías emocionales (Magnus, 2011).

Los investigadores que estudian el desarrollo del adolescente en el contexto familiar mantienen la premisa básica de que éste se ve influido por la calidad de las relaciones. Esto fundamenta el hecho de que aunque los adolescentes muestran un nuevo interés en la compañía de los iguales y un interés por las relaciones de pareja, los padres aún juegan un papel crítico en el desarrollo del adolescente (Lasser y Snarey, 1989; Schlegel y Barry, 1991).

1.7.1.6 Familia disfuncional

Herrera, P. (1997) menciona que la disfuncionalidad familiar se da cuando no existe la capacidad para adaptarse a los cambios y las reglas son rígidas lo que no les permite desarrollarse a sus miembros. Es decir, cuando la familia se convierte en un contexto donde se impide generar recursos para enfrentarse a la vida. Ante esto Hunt (2007) menciona dos definiciones de familia disfuncional: primero, considera que “Una familia disfuncional es donde el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente los miembros de la familia”. Y segundo, “Una familia disfuncional es donde sus miembros están enfermos

emocional, psicológica y espiritualmente”. Además, se habla de familia disfuncional cuando el rol de uno de los padres es asumido por otra persona, por ejemplo, los abuelos, los tíos, un trabajador social, entre otros.

La familia se convierte en disfuncional cuando no se respeta la jerarquía entre los miembros sea el caso de que en la misma se invierta la jerarquía o se la confunda con autoritarismo, cuando las relaciones intrafamiliares son afectadas por una comunicación incoherente, confusa e indirecta, motivos por los cuales el sistema familiar se enferma progresivamente, lo que a su vez trae consigo que los adolescentes en su formación de crecimiento y desarrollo adopten actitudes erróneas, como por ejemplo, adicciones, baja autoestima, llevar a cabo prácticas sexuales de riesgo, exponiéndose a infecciones de transmisión sexual, depresión, delincuencia, intentos de suicidio, trastornos de la conducta, embarazos no planeados, etc.

Saad de Janon, (2003) indica que las depresiones en adolescentes, son más frecuentes cuando provienen de familias disfuncionales que en aquellos con límites familiares claros. Entonces se infiere que los problemas que atañen a éstos vienen dados por falta de estabilidad emocional, producto de una disfuncionalidad familiar, la cual se debe investigar y abordar con el fin de crear contextos familiares más estables, generando así un desarrollo adecuado y previniendo conductas de riesgo en este sector poblacional.

1.7.2 La adolescencia

1.7.2.1 Conceptualización y características

La palabra adolescencia, etimológicamente *adolescens* proviene del verbo *adolescere* que significa crecer, desarrollarse, es un período en el que el individuo transita entre la niñez y la edad adulta (Izquierdo Moreno, 2003), en el que los cambios tanto de orden biológico, físico, psicológico, social y afectivo se producen con mucha rapidez y van a permitir que el futuro adulto vaya afirmando su personalidad.

Es importante definir la adolescencia partiendo del Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador, el cual en el artículo 4 define al adolescente como la persona de ambos sexos entre 12 y 18 años de edad. El concepto de adolescencia ha sido estudiado e investigado de manera profunda por grandes representantes de la Psicología que han aportado con valiosos e importantes puntos de vista, los cuales se mencionan a continuación:

Para Flores (2007) es una etapa de la vida correspondiente a un período de desarrollo del ser humano comprendido entre la infancia y la madurez (Lazo Crespo, 2015). Según Papalia (2011) la adolescencia, es un período del desarrollo del ser humano que abarca por lo general el ciclo comprendido de los 11 a 20 años, en el cual, el sujeto alcanza la madurez biológica y sexual y por lo tanto la capacidad de reproducirse.

Parra (2007) considera que por tener diversos cambios a todo nivel, la adolescencia no debe catalogarse como un período unitario y homogéneo, sino un conjunto de fases por las cuales la persona va formando identidad y personalidad. Por ello existen tres fases a las que se hace frente: la adolescencia inicial, la adolescencia media y la adolescencia tardía, las mismas que se mencionan a continuación:

- La **adolescencia inicial**, comprende desde la pubertad hasta los 13 o 14 años. Es la fase en la que se despierta la necesidad de interrelacionarse entre compañeros del mismo sexo y el sexo opuesto, con la finalidad de validar su autoconocimiento y valorarse (Camacho, 2002). Ello coincide con el proceso de aceptación de su apariencia física, por cambios hormonales, fisiológicos y morfológicos distintos entre varones y mujeres, los cuales tienen una influencia psicológica en las personas relacionada a su autoestima.

Coleman y Hendy (citados por Parra, 2007) indican que las mujeres son las más afectadas en esta primera etapa, mostrando más irritabilidad, estados depresivos y menos satisfacción por su aspecto físico (aumento de masa corporal que implica la madurez femenina); mientras que los varones mantienen un estado de ánimo positivo y mejor autoestima.

Shaffer (2000) señala que es esta etapa en la cual el conflicto interno del adolescente consigo mismo ocasiona que aumenten las diferencias y problemas con los padres, pues es durante dicha etapa que está cambiando todo: desde la nueva configuración del cuerpo y la aparición de caracteres sexuales secundarios, como la transformación de la voz, se manifiestan tantos cambios, ante lo cuales el individuo necesita mayor apoyo, mayor presencia y comprensión por parte del adulto, porque para el adolescente todo parece derrumbarse y cuando recibe este apoyo experimenta una sensación de satisfacción, lo cual le ayudará a pasar de esta etapa a la siguiente.

- La **adolescencia media**, comprende desde los 14 hasta los 16 años, la cual se caracteriza por la curiosidad de experimentar sensaciones de índole sexual y al mismo tiempo empieza el deseo de ganar autonomía emocional. Las chicas y los jóvenes comienzan a sentir la necesidad de sentir fuerza emocional en lugar de depender infantilmente de los padres, de tomar decisiones propias en temas personales y cuidar de sí mismos

Steinberg (1996) menciona que en efecto, los adolescentes en esta etapa intentan marcar su independencia para afrontar retos por sí mismos pero aún necesitan depender emocionalmente de sus padres, así mismo los padres al ver que los jóvenes exigen igualdad en el trato, proponen soluciones más elaboradas y demandan “controlar sus vidas”, supervisan más el comportamiento pero de forma indirecta para evitar que se rebelen. Cuando las familias no realizan este control y exceden en el mismo se cae en malas relaciones con los hijos y ellos pueden adoptar conductas poco asertivas buscando apego y confianza con los amigos, y personas externas a la familia.

- La **adolescencia tardía**, comprende desde los 17 a los 19 años, es la etapa en la cual las relaciones interpersonales se tornan más profundas dado que el adolescente ha evolucionado en el criterio para elegir con autonomía en base a valores y principios aprendidos (Camacho, 2002). Es común ver que el deseo de independencia empieza primero en las mujeres.

Es importante tener en cuenta que ninguna definición será lo suficientemente buena como para describir adecuadamente a cada adolescente, ya que no son un grupo homogéneo y tienen una gran variabilidad en su maduración. Además, los distintos aspectos biológicos,

intelectuales, emocionales y sociales pueden influir en el ritmo madurativo (Arenas Ayllón, 2009).

Los cambios que deben afrontar los adolescentes en la fisiología, en las relaciones familiares, en la relación con los pares del propio sexo y del sexo opuesto, en el crecimiento cognitivo, en la propia identidad, los hace una población con una alta predisposición a sufrir problemas emocionales o comportamentales; los cuales se refuerzan dependiendo de lo que reciban de los entornos sociales donde se desarrollen como la casa, el colegio y sus pares. Es así que, si los jóvenes sienten el apoyo de los padres, escuela y la comunidad tienden a desarrollarse de manera saludable y positiva, pero si estos entornos se tornan negativos, tienden a influir en el desarrollo de los desajustes emocionales o comportamentales, siendo importante recalcar que los contextos en los que se desenvuelven los adolescentes tienen gran influencia sobre su desarrollo, su conducta, sus ajustes, sus problemas y su porvenir.

1.7.2.2 Los problemas internos y externos del adolescente

Los problemas internos del adolescente están relacionados con sus emociones y la expresión de las mismas. Además, el aumento de la producción de hormonas altera su ánimo y su humor. La relación entre el incremento de hormonas sexuales, el deseo y la actividad sexual los motiva a satisfacer la necesidad de relacionarse con personas del sexo opuesto e interactuar con ellos; para ello el adolescente busca tener independencia en su elección de amistades y un espacio propio; lo que genera mayor control y atención de los padres. Esto supone que habría más disputas y conflictos familiares por el estrés que atraviesan. Sin embargo existen otros factores que pueden ser desencadenantes de conflicto como la falta de cohesión y comunicación o la resistencia de los padres para aceptar que los hijos empiezan a crecer (Olivia y Parra. citados por Arranz, 2004, Barna y cols., 1986).

Los problemas externos que pueden afectar el desarrollo del adolescente están relacionados con factores de riesgo que evidencian una mala conducta, por ejemplo: los problemas psicosociales que más atañen al adolescente son el pandillaje, consumo de drogas y alcohol; se sabe que los focos de inicio de estas complicaciones parten de crisis en la familia y algunos indicadores de ellos son los trastornos emocionales, la deserción escolar por bajo rendimiento y la frustración, la baja autoestima por influencia de muchos factores internos y familiares, la sobre protección, entre otras situaciones (Arenas Ayllón , 2009).

1.7.2.3 Factores de riesgo y de protección en la adolescencia

Los factores de riesgo son un conjunto de situaciones, circunstancias o características: personales, sociales, económicos, culturales y otros, el cual constituye un patrón de vulnerabilidad para el adolescente. Estos explican las condiciones en las que se puede producir el inicio de la carencia de habilidades, pero no se puede considerar que tales factores sean la causa. Por tanto, es imprescindible hablar en términos de probabilidad y no de determinación, es por ello que no se puede entender a cada uno de ellos en forma aislada, sino que debe ser considerada en interacción recíproca y dinámica. Los

comportamientos de riesgo en los adolescentes entonces estarían pues relacionados con aquellas conductas que los exponen a interferir en el logro de las tareas normales del desarrollo, la asunción plena de nuevos roles sociales, la adquisición de habilidades sociales, y el despliegue de sentimientos de adecuación y competencia social. Se conoce que durante la adolescencia, la exploración, los desórdenes emocionales y los comportamientos generadores de riesgo pueden comprometer la salud, el proyecto de vida y la supervivencia propia y de otros, sin embargo, estos comportamientos también pueden formar en algún modo, parte de un proceso normal de adaptación social, a través de los cuales los individuos se ubican en un medio social determinado. Según Bonilla Sosa (2006) menciona los siguientes factores de riesgo:

Factores personales

Se ha considerado la existencia de una serie de rasgos de personalidad y educación que hacen más vulnerable a los adolescentes para iniciarse y llegar a un comportamiento de riesgo:

- Inconformismo social
- Baja motivación para el rendimiento académico
- Rebeldía
- Tendencia a la búsqueda de sensaciones nuevas e intensas como el fumar o beber alcohol
- Tendencias antisociales tempranas (agresividad, delincuencia, etc.,)
- Carencia de habilidades sociales (autoestima, asertividad, autocontrol, etc.,)
- Dificultad para el contacto social
- Depresión

Factores sociales

El tipo de integración que el adolescente efectúa en la sociedad, depende de las características que actualmente la definen:

- Estructura de familia (padres presentes o ausentes)
- Comunicación familiar
- Conflictos familiares (violencia, abuso sexual)
- Ejemplo familiar (hábitos, drogas, etc.)
- Normas éticas y morales (flexibles-estrictas-muy permisiva)
- Presión negativa por otros adolescentes para que actúe según los deseos del grupo
- Valores sociales: que promuevan el dinero, el placer, la satisfacción inmediata, la prepotencia del poder, etc., por encima de la justicia, lealtad, honestidad y principios morales
- Medios de comunicación social: con la promoción de violencia, sexo, ideales negativos, consumismo y utilización de jóvenes con su imagen de salud, belleza y energía, para promocionar drogas (alcohol, cigarrillos, etc.)
- Expansión del comercio de drogas a nivel mundial

Factores económicos

- El bajo ingreso familiar
- Número extenso de miembros de la familia
- Escasas oportunidades educativas y laborales
- Desigualdad de oportunidades en términos de acceso a los sistemas de salud educación, trabajo, empleo del tiempo libre y bienestar social
- Padres que trabajan todo el día, dejando al adolescente sin control
- Características de la vivienda no adecuadas
- Carencia de servicios básicos (agua, desagüe, luz)

Factores culturales

- Cambios determinantes por la urbanización, migración y turismo; con su innegable influencia en las oportunidades y desarrollo del adolescente
- Creencias y costumbres que tiene la familia
- Nivel de instrucción de los padres

En tal sentido el estudio de los factores de riesgo que influyen en la conducta de los adolescentes ha adquirido relevancia en la actualidad debido al incremento de adolescentes involucrados en actos delincuenciales, la experimentación con drogas, la deserción escolar, los embarazos no deseados, las manifestaciones de violencia, el pandillaje, entre otros.

Por otro lado, es importante mencionar que la familia en las últimas décadas ha sufrido cambios importantes esencialmente por la pérdida de la organización patriarcal y una mayor importancia al rol de la mujer, la disminución del número de sus miembros, una menor duración de los matrimonios e incremento de las familias monoparentales, lo cual ha generado que el estado y la comunidad adopte o sustituya el ejercicio de las funciones que antiguamente era de la familia. Esto condiciona cambios en su organización y dinámica para dar solución a los problemas que enfrenta y que sea capaz de ejercer las funciones básicas. De modo que los comportamientos de riesgo en los adolescentes estarían relacionados con aquellas conductas que los exponen a interferir en el logro de las tareas normales del desarrollo, la asunción plena de nuevos roles sociales, la adquisición de habilidades sociales, el despliegue de sentimientos de adecuación y competencia social. (Gómez Cobos, 2008)

Factores de protección

En el campo de la salud, hablar de factores protectores, es hablar de características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores y conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica.

Donas Burak (2001) plantea que existen factores protectores dentro de los que se encuentran: familia contenedora, con buena comunicación interpersonal; alta autoestima; proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado; locus de control interno bien

establecido; sentido de la vida elaborado; permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia (Páramo, 2011).

Vinaccia, Quiceno y Moreno San Pedro (2007) señalan que, entre los recursos más importantes con los que cuentan los niños y adolescentes resilientes, se encuentran: una relación emocional estable con al menos uno de sus padres, o personas significativas; un ambiente educativo abierto, contenedor y con límites claros; apoyo social; modelos sociales que motiven el afrontamiento constructivo; tener responsabilidades sociales dosificadas y a la vez, exigencias de logro; competencias cognitivas y, al menos, un nivel intelectual promedio; características temperamentales que favorezcan un afrontamiento efectivo (por ejemplo, flexibilidad); haber vivido experiencias de autoeficacia, autoconfianza y contar con una autoimagen positiva; asignar significación subjetiva y positiva al estrés y al afrontamiento, de acuerdo con las características propias de su desarrollo y tener un afrontamiento activo como respuesta a las situaciones o factores estresantes. Asimismo, se ha destacado en varios estudios la calidad de la comunicación y de las relaciones familiares como factor de protección asociado a estilos de vida saludables en la adolescencia, así como la autoestima familiar, escolar, social y física.

La mayoría de los adolescentes afirman tener vínculos positivos con sus padres y los ven como un recurso primario de guía, mientras se negocian procesos de formación de la identidad, relaciones íntimas, madurez sexual e individuación. Craig (1997), opina que muchos adolescentes encauzan, quizás con el deporte, el normal incremento de energía y curiosidad intelectual que acompaña a estos años o le dan un uso constructivo antes que potencialmente destructivo, por ejemplo, involucrándose en el activismo social, entregándose a limpiezas ambientales o al trabajo con niños enfermos. En general, si los adolescentes adquieren una autoestima, un sentido de competencia y de pertenecer a una familia estable y al orden social, es menos probable que sientan la necesidad de entregarse a comportamientos riesgosos.

1.7.2.4 El adolescente como parte de la familia

Teniendo en cuenta que la adolescencia constituye un período de gran crisis para la mayoría de los individuos y sus respectivas familias debido a que “La adolescencia de un hijo/a desestabiliza las relaciones que este mantiene con su familia, especialmente los padres, cuestionándose las reglas que norman la interacción familiar, se medían los límites del hogar, y se dejan de lado ciertas costumbres familiares” (Procel Barragán, 2015), esta representa una etapa muy intensa y también es considerada de mucho riesgo ya que involucra un prolongado período de transformación durante la transición entre ser niño y adulto que trae consigo una serie de cambios que inciden en el desarrollo de su personalidad a fin de ir reconociendo sus capacidades y habilidades propias para percibirse como estables y eficientes en el cumplimiento de su futuro rol en la sociedad, es por ello que la familia se convierte en el principal apoyo para que éste pueda hacer frente a sus problemas.

Es en la adolescencia, donde el individuo comienza a ampliar su contacto con el mundo externo, se moviliza en espacios o lugares donde los padres no son invitados a participar, lo que no implica una pérdida de los lazos familiares, pero sí un distanciamiento relativo.

Durante este período la interacción con los hijos se vuelve más difícil, asumiendo ambas partes (padres e hijos) posiciones extremas y por ende más difícil de conciliar. El o la adolescente en su búsqueda de autonomía exhibe un comportamiento teñido por sentimientos de rabia e incomprensión, además de desafíos y críticas al plantear sus exigencias de independencia.

Por su parte, al adulto o figura parental le es difícil aceptar el nuevo estilo de relación, en el que el control sobre la conducta del hijo es relativamente menor. Una reacción común es intentar recuperarlo tratando de imponer el autoritarismo haciéndose cada vez más rígido, o a su inversa, cayendo en el extremo de la permisividad. Lograr un equilibrio entre permisividad y autoritarismo para los padres es difícil, más aún cuando en esta tarea ellos mismos se enfrentan a su propia crisis de valores.

A pesar de que la adolescencia es considerada una etapa conflictiva, no debe considerársela de manera negativa, sino más bien, como una fase normativa que debe ser afrontada por la familia completa de una formas adecuadas, teniendo en cuenta que es un proceso difícil tanto para los adolescente como para sus familias (Sandoval Gutiérrez & Sepúlveda Jara, 2012). A pesar del deseo adolescente de liberarse de la autoridad y del control adulto, la mayoría de los jóvenes reportan un deseo de mantener una relación cercana con sus padres. Teniendo esto en cuenta, Pinto y cols. (2003) explican que la familia tiene como tarea preparar a sus miembros para enfrentar cambios (crisis) que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones estructurales y funcionales.

Una característica importante de la familia, es su capacidad para generar relaciones basadas en el afecto y la expresión libre de los sentimientos. El apoyo social de ésta permite el desarrollo de recursos de afrontamiento de la edad adolescente. Durante la adolescencia, la red de apoyo se amplía y posibilita que la persona obtenga estima y aceptación de otras personas que configuran relaciones sociales ajenas a su círculo familiar. Sin embargo, esta aventura social no siempre es placentera y a menudo viene salpicada de frustraciones o conductas no adaptativas como: delincuencia, comportamiento agresivo, abuso en el consumo de drogas, etc. Además, esta búsqueda del adolescente de nuevos contextos sociales en los que desarrollarse tiene que ver también con el incremento de los conflictos en su círculo familiar (Fernández, 2005).

Ante lo cual, las investigaciones ponen de manifiesto que la familia sigue siendo un contexto fundamental para el desarrollo positivo de las y los adolescentes. Al margen de los valores y costumbres culturales de cada familia, las características principales para fomentar un clima familiar saludable son el afecto y el apoyo en conexión con un control y monitorización adecuados según la edad del adolescente para fomentar autonomía en su desenvolvimiento personal. Además de ello es indispensable la comunicación asertiva, por medio de la cual se establezcan normas de convivencia y límites justos para que los hijos se sientan libres y autónomos en su toma decisiones (Arenas Ayllón, 2009).

Pariona (2012) mencionan que la familia y la escuela son dos contextos significativos en la formación de los adolescentes porque en ellos se transmite los valores, creencias y las normas que fundamentan la formación de sus habilidades sociales que influirán en su bienestar; además, describe que un clima familiar negativo caracterizado por las

dificultades de comunicación de los padres con sus hijos, así como la carencia de cariño y apoyo, obstaculiza el aprendizaje de determinadas habilidades sociales en los niños y adolescentes que resultan fundamentales, por ello las relaciones intrafamiliares o clima familiar regular tiene una repercusión en el comportamiento del niño y del adolescente. Ante esto Minuchin (1984) menciona desde una perspectiva sistémica que los problemas o síntomas que presenta un individuo, no son atribuibles a él sino de las diversas interrelaciones que establece en los contextos en los que se desenvuelve, siendo estos la escuela y la familia, así pues resulta importante valorar cómo son las relaciones que se establecen entre estos dos sistemas en aquellos chicos que presenten algún problema importante.

Por otra parte, diferentes autores han señalado que los padres regulan activamente el contexto social del niño y del adolescente, potenciando o inhibiendo su acceso a recursos sociales fuera de la familia, influyendo en la selección positiva o negativa del grupo de iguales dependiendo del mayor o menor grado de coerción, control y afecto de las prácticas parentales. En la misma línea, otros autores han constatado que la calidez y apoyo parental contribuye a obtener relaciones más satisfactorias fuera de la familia, ya que la calidad de las relaciones familiares facilita o dificulta el adecuado aprendizaje en valores y habilidades sociales básicas (Jiménez Gutiérrez, 2006).

Por lo contrario Pizarro (2007) menciona que existe clara evidencia que las adversidades familiares son un elemento que contribuye como un factor de riesgo a incrementar la depresión y el riesgo de la conducta suicida, la ausencia de calidez familiar, la falta de comunicación con los padres, la discordia familiar hace que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y puede crear un ambiente donde al adolescente le falte el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes (Cartagema Mondragón, 2014).

1.7.3 La depresión

1.7.3.1 Definición depresión

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas, siendo la principal causa mundial de discapacidad, con una prevalencia muy alta: el número de personas que la sufran a lo largo de su vida se sitúa entre el 8% y el 15%. Ocasionalmente, todos nos sentimos melancólicos o tristes, pero estos sentimientos, por lo general, son pasajeros y desaparecen en unos días. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor, tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. Ésta es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar (Manios Vanegas & Rosero, 2011).

Es importante no confundir la tristeza normal con depresión o viceversa. Ante lo cual Arieti (1990), considera que hay una estrecha relación entre la tristeza, una emoción normal, y la depresión, que es un síntoma o estado psiquiátrico. Acerca de la tristeza refiere que: la tristeza normal es la emoción que se manifiesta en el ser humano cuando este

reconoce una situación que habría preferido que no ocurriera y que considera no es favorable para su bienestar, admitiendo que posee la capacidad de experimentar otras emociones como: afecto, afinidad, amor, autorespeto y satisfacción. De hecho, la ausencia o la pérdida de estas emociones positivas nos hacen vulnerables a la tristeza.

Se lo podría definir como un tipo especial de dolor, que no es físico sino mental. La tristeza retarda las acciones y su permanencia impide una respuesta motriz inmediata. Pero, favorece los procesos mentales lentos, que permiten reorganizar las ideas vinculadas con la dirección a seguir en la vida. Es decir que permite analizar los recursos que dispone el individuo con los cuales hará frente a esta emoción que le produce malestar. Sin embargo, en algunos casos, no encuentra estos recursos, ante lo cual, el estado de tristeza no se resuelve y se transforma en una vivencia de desdicha más intensa que se denomina depresión, reemplazando a todo los demás sentimientos de bienestar y dejando sólo aquellos que están vinculados con este trastorno, tales como la culpa y la autodesvalorización, incrementando los pensamientos negativos y reforzándola. Se puede observar, que son diversos los factores a considerar para detectar un estado depresivo en los adolescentes, y es importante identificar y distinguir la presencia de una tristeza normal a un estado depresivo en el adolescente.

A partir de lo mencionado anteriormente es importante para este estudio definir el término depresión, ante lo cual la OMS, señala que “es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”, que afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas.

Según lo mencionado por Álvarez (2014) se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (Fajardo Pinzón & Guaraca Calderón, 2017).

Otra definición realizada por la Organización Mundial de la Salud, la cual se publicó la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10, CIE-10 (1992) donde se explica que, la depresión se caracteriza por la aparición de humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, la disminución de la vitalidad y por ende la reducción de actividad, disminución de la atención y concentración, pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad, ideas de culpa o sentimiento de inutilidad, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas, trastornos del sueño y pérdida de apetito. Asimismo, indica que existen tres formas de depresión: leve, moderada y grave; y la presentación clínica puede ser distinta en cada tipo y en cada individuo pues existen síntomas enmascarados como irritabilidad, comportamiento histriónico, consumo excesivo de alcohol y síntomas obsesivos preexistentes.

Según Novoa (2002) la depresión es una de las enfermedades más comunes a la que están sujetas las personas. Puede ser un signo, síndrome o trastorno. Como signo, la

depresión se desarrolla en forma de aspecto triste (disforia) mientras que como síntoma es más intensa y prolongada e interfiere en la adaptación del individuo y algunos síntomas son el exceso en el dormir, el cambio en los hábitos alimenticios, incluso la conducta delictiva (como el hurto) pueden ser signos de depresión. Otro síntoma común es una obsesión con la muerte, que puede tomar la forma ya sea de pensamientos suicidas o temores acerca de la misma y del hecho de morir (Arenas Ayllón, 2009), en donde los síntomas frecuentes en los episodios depresivos incluyen: baja concentración, trastorno del sueño y apetito, sentimientos de inferioridad, culpa, inutilidad, disminución de la atracción sexual, pensamientos suicidas o autoagresión.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia global de los trastornos mentales a nivel mundial es de aproximadamente 851 millones de personas y constituyen alrededor del 15% de la carga mundial de enfermedad. Entre los trastornos que destacan, se encuentra la depresión mayor, la cual, se estima que para el 2020 será la segunda causa de carga de enfermedad en el mundo y que actualmente ha sido asociada con diversas problemáticas como el incremento de la mortalidad, la tasa de suicidios y homicidios, comportamientos agresivos y el consumo de drogas (Galicía Moyeda, Sánchez Velasco, & Robles Ojeda, 2009)

Además el Ministerio de Salud sostiene que será la tercera causa de muerte entre los 10 y 19 años, afectando aspectos emocionales, intelectuales y valorativos. (Galicía Moyeda, Sánchez Velasco, & Robles Ojeda, 2009). En los últimos años se ha producido un incremento en la prevalencia de la depresión a nivel mundial, a la vez que ha disminuido la edad de comienzo de este trastorno. Según la Organización Mundial de la Salud, esta se ha convertido en un importante problema de salud pública sufrido por unos 120 millones de personas. Según el Ministerio de Sanidad y Política Social (2009), entre las personas que la sufren, tan sólo la cuarta parte tiene acceso a un tratamiento efectivo. A este hecho hay que añadir lo que menciona WHO (2007) el dato de que se espera que una de cada cinco personas llegue a desarrollar un trastorno depresivo a lo largo de su vida, riesgo que se ve incrementado ante la concurrencia de otros factores, como los problemas de salud física o los eventos vitales estresantes, es así que los trastornos depresivos afectan a personas de todas las edades, de todos los niveles socioeconómicos, educativos o culturales, y suponen un gran coste para la persona, su familia, el sistema sanitario y la comunidad en general.

1.7.3.2 Signos y síntomas característicos

Hollon y Beck, definen la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, cognitiva, concluyendo en una alteración conductual (Ochoa Torres, 2015). Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes, de éste modo cada una presenta las siguientes características:

- Somática, ya que existe una alteración en el patrón del sueño y del apetito lo que conlleva a una disminución notable de energía debido al bajo aporte calórico

denotando un cansancio excesivo para realizar las actividades cotidianas y enlentecimiento psicomotor.

- **Afectiva**, porque refiere un sentimiento de infelicidad por la disminuida capacidad de disfrutar, además de tristeza patológica por diversas causas que generalmente se acompañan con ansiedad y baja autoestima.
- **Cognitiva**, debido a que presentan problemas de atención y dificultad en la concentración; refieren malestar e impotencia para la toma de decisiones fundamentales e ideas de inutilidad.
- **Conductual**, puesto que presentan irritabilidad, aislamiento de su entorno familiar, social y educativo (Santillán Jiménez & Cabezas Velasco, 2017).

De acuerdo a los estudios realizados por Campbell (1992) la depresión en el adolescente es difícil de identificar, porque sus síntomas difieren de aquellos que caracterizan al mismo decaimiento cuando se da en la edad adulta, siendo la mejor manera de identificarla por medio de la observación de varios síntomas que se presentan y el modo en que estos se desarrollan, como se describen a continuación:

- **Lapsos de atención reducidos:** en el aula de clase especialmente se puede observar que el adolescente pierde la capacidad de concentrar su atención en el proceso de aprendizaje, se vuelve cada vez más distraído, y sueña despierto. Esta disminución de la atención se hace más obvia, cuando en casa intenta realizar sus tareas haciéndose más difícil mantener su mente en los deberes, llevándolo a la frustración, culpándose a sí mismo y considerándose “estúpido” o “tonto”, sintiéndose como una persona incapaz.
- **Soñar despierto:** el adolescente puede presentar predisposición para concentrarse en el salón de clase, pero poco a poca perderá esa concentración dedicando el tiempo a soñar despierto lo cual muchas veces se interpreta como holgazanería o mala actitud. La presencia de estos síntomas no pueden determinar la presencia de ansiedad en el adolescente, pues su diagnóstico debe basarse en la suma de varios síntomas.
- **Malas calificaciones:** a medida que el lapso de atención disminuye y el soñar despierto aumenta, el rendimiento académico va decayendo paulatinamente sin que se den cuenta de ello, por lo que para el estudiante, el padre de familia y el docente posiblemente consideren que la causa de ello es porque el trabajo escolar resulta difícil para el joven (Campbell, 1992).

Acompañando a los síntomas mencionados anteriormente se presentan los siguientes: tristeza profunda, ganas de llorar incontrolables, anhedonia (incapacidad para encontrar placer), desesperanza, pocas ganas de vivir y cansancio inexplicable, los cuales nos darían indicios de que el adolescente presenta un cuadro depresivo, el mismo que, si es detectado a tiempo podría recibir un tratamiento adecuado.

1.7.3.3 Factores que predisponen a la sintomatología depresiva en la adolescencia

Como se mencionó anteriormente, la depresión es una patología mundialmente alarmante que afecta diversas áreas del ser humano, por presentarse como un problema somático, afectivo, cognitivo y conductual que finalmente determina un daño general en el individuo y en las personas que le rodean. Existen muchos elementos que predisponen a su aparición, pero también al manejarlos adecuadamente pueden ser elementos protectores (Santillán Jiménez & Cabezas Velasco, 2017). Tales como la familia, los pares y los maestros, si estos cumplen la función que les corresponde de cuidado y de seguridad podrían representar factores de protección pero, si por el contrario, estos demuestran indiferencia personificarán un factor de riesgo.

Los factores de riesgo se refieren a toda circunstancia o situación que aumenten las probabilidades de desarrollar una enfermedad o de que ocurra un evento adverso. Es así que la depresión en el niño y el adolescente tiene múltiples factores de riesgo. Las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en factores personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos (Higuera Gutiérrez & Cardona Arias, 2014).

Factores personales y sociales

La depresión en el adolescente obedece especialmente a los conflictos interpersonales y el rechazo de diferentes miembros de su entorno social. Los adolescentes con pocos amigos presentan mayor probabilidad de desarrollar depresión. Otros factores de riesgo son, el vivir en estructuras familiares diferentes de las de los padres biológicos, la mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo, y pareja. Además, el acoso por parte de sus iguales, el Bullying (el trato degradante, la burla delante de otros o sentirse ignorado) y la humillación son considerados factores de riesgo que desembocarán en una posible depresión.

En el ambiente educativo se ha detectado como factor de riesgo la relación con sus iguales y la relación del estudiante con sus maestros, quienes no comprenden al adolescente y de alguna manera utilizan el trato degradante, lo que disminuye su autoestima, haciéndolo sentir como un ser con poco valor y poca inteligencia e incapaz de asumir responsabilidades. “La disponibilidad de soporte y apoyo social, reduce el riesgo de aparición de los trastornos depresivos y disminuye sus efectos nocivos cuando se presentan” (Fernández, 2005).

Dentro del papel atribuido a las circunstancias sociales se ha destacado el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales. Las personas en desempleo y baja laboral presentan depresiones con mayor frecuencia, esto se puede explicar desde lo propuesto en la pirámide de Maslow, pues al no verse satisfechas sus necesidades básicas, no se podrá satisfacer las necesidades de seguridad, de afiliación, de reconocimiento y de autorrealización, por lo cual la persona tendrá mayor riesgo de sufrir un trastorno depresivo. Si bien los trastornos depresivos son más prevalentes en las mujeres, en los hombres sus consecuencias pueden tener repercusiones de gravedad aún mayores. El estigma que existe acerca de la depresión en los hombres puede conducir a que se intente enmascarar los

síntomas mediante conductas de alto riesgo (González Forteza, Hermosillo de la Torre, & Vacio Muro, 2015).

Factores cognitivos

La investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo de Beck, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información. Estos y otros factores como el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión (González Forteza, Hermosillo de la Torre, & Vacio Muro, 2015).

Factores familiares y genéticos.

La carencia de estabilidad o afectividad puede desencadenar la aparición de depresión, en la infancia o en la adolescencia. Una familia coherente y comunicativa minimiza los factores de riesgo, mientras que las familias rígidas y desavenidas son más proclives a las depresiones. Es así que una sólida red de soporte social es importante para la prevención y recuperación de ésta. El soporte de la familia y amigos ha de ser saludable y positivo; un estudio de mujeres deprimidas demostró, sin embargo, que los padres tanto sobreprotectores como muy distantes estaban asociados a una recuperación lenta de la depresión (Mora Espinoza, 2015).

Los factores de riesgo más comunes son la existencia de conflictos conyugales, el divorcio, adolescentes sin hogar, la separación o las dificultades emocionales entre uno de los padres, y el adolescente, las diferentes formas de maltrato como el abuso físico, sexual, y la negligencia en el cuidado (Alvarez, 2007-2009).

Por otro lado, los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general.

1.7.3.4 La influencia de la familia en la sintomatología depresiva

Leibovich y Schmidt (2010) mencionan que hasta hace no mucho tiempo se creía que la familia tenía un rol protagónico solamente durante la infancia, pero diversos estudios psicológicos señalan que ésta es importante aún en etapas vitales posteriores. En la adolescencia, el sujeto amplía su red de vínculos a partir de su participación en nuevos contextos, a pesar de lo cual la relación que los jóvenes tienen con sus padres no sólo no desaparece sino que es vista por ellos como una de las principales fuentes de apoyo emocional e instrumental.

La familia se convierte así en un lugar de pertenencia que se mantiene durante toda la vida, por lo que puede afirmarse que las personas, desde que nacen, y aquellas que se desarrollan en el seno familiar, en el que crecen, construyen su identidad, asumen responsabilidades, compromisos y desarrollan recursos personales, que les permite entrar en el mundo adulto. Si bien la familia puede convertirse en una de las principales fuentes de apoyo de la persona a lo largo de la vida, los vínculos familiares altamente valorados, pueden generar insatisfacción y frustración en la medida en que no están presentes o son

fuentes de conflicto, lo cual puede producir síntomas de enfermedad, desencadenar crisis, agravar algún trastorno y hasta puede convertirlo en crónico (Suárez Soto, 2013).

La depresión en la adolescencia ha sido objeto de creciente interés en las últimas décadas, más aún, dicho trastorno ha sido asociado con una serie de factores mediante los cuales se pretende explicar (Milne y Lancaster, 2001). Por ejemplo, se ha encontrado que los desajustes emocionales del adolescente son, en gran medida, el resultado de contradicciones familiares (Sánchez, 2007).

Entre los principales aspectos que han sido identificados como factores de riesgo para padecer depresión destacan la presencia de problemas de comunicación entre padres e hijos, la percepción de los adolescentes acerca de que en su familia existe un alto nivel de conflictividad, hostilidad y rechazo, un escaso o excesivo control conductual por parte de los padres, así como una baja experimentación de afecto y cercanía. La presencia de estos factores incide de manera negativa en los ámbitos emocional y cognitivo de los adolescentes, provocando que sean más propensos a sufrir un trastorno depresivo. Por el contrario, factores como la presencia de una comunicación abierta y fluida entre padres e hijos, la expresión de emociones, el apoyo existente dentro de la familia o una organización clara de los padres hacia los hijos con respecto a las reglas de disciplina son considerados como aspectos que promueven un ajuste emocional positivo en los adolescentes y por lo tanto minimizan el riesgo de que se presente un trastorno depresivo (Galicia Moyeda, Sánchez Velasco, & Robles Ojeda, 2009).

Además, según estudios realizados por Sentín (1989) los adolescentes deprimidos se desarrollan dentro de una estructura familiar en conflicto o con la vivencia por parte del sujeto de una situación conflictiva en su estructura familiar. De manera general, puntualiza que los conflictos típicos de la estructura familiar en esta población son: infidelidad de uno de los cónyuges, dificultades de relación en la pareja, una moral muy rígida respecto de la sexualidad, a veces acompañado de un cierto fanatismo religioso o político por parte de los padres y la condición de ser único de un sexo dentro de los hermanos (Freile Cordero, 2015).

A partir de lo anterior se puede reconocer la importancia que desempeña el papel de la familia en el desarrollo de los individuos. Su papel se destaca sobre todo en la adolescencia, que es la etapa de la vida en que se transforma la visión del mundo, se adquieren valores, metas e ideales. Esto se logra si se ha contado con el apoyo, la comprensión, el cariño incondicional manifiesto y la guía adecuada por parte de la familia, pero en particular por parte de los padres. De acuerdo a su desempeño, la familia, puede ser mediadora o salvadora hacia los diversos factores externos que influyen en los adolescentes y en la depresión.

1.7.3.5 Depresión en los adolescentes

A menudo los adolescentes presentan cambios en el estado de ánimo y son proclives a ensimismarse, dar vueltas a las cosas, expresar lo aburridos que están de la vida y transmitir una sensación de desesperanza. Estos comportamientos pueden ser transitorios, sin reflejar ningún trastorno mental subyacente, sino tan sólo pensamientos y sentimientos bastante propios de esta etapa evolutiva. Sin embargo, en esta etapa del desarrollo, la presencia de

depresión es, a la vez, un fenómeno común y transitorio y una enfermedad peligrosa que puede derivar en actuaciones autodestructivas.

En muchas ocasiones, el sujeto que se aproxima a la adolescencia viene con desventajas importantes porque los períodos previos no fueron satisfechos o las expectativas son muy altas y por momentos inalcanzables, en otros casos, el medio social es adverso y demanda de los jóvenes ciertos elementos que no puede satisfacer sin poner en riesgo su desarrollo evolutivo normal (Freile Cordero, 2015).

Aparte de los criterios que el DSM-V nos presenta para diagnosticar un trastorno depresivo, desde la perspectiva de la investigación se deben considerar otras características en los adolescentes que conviene ser tomadas en cuenta para distinguir que algo está mal y tomar medidas cautelares; sobre todo si el adolescente está pasando por alguna de estas situaciones o momentos: si alguno de los padres a sufrido de depresión, las malas relaciones interpersonales tanto con los padres, hermanos o compañeros; si está atravesando por una etapa en la que sus padres están en proceso de divorcio o tienen conflictos conyugales y si ha sufrido malos tratos físicos o sexuales.

Síntomas de la depresión en la adolescencia

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

- La ansiedad
- El insomnio
- Nerviosismo
- Baja autoestima
- Ideas de autoeliminación
- Pérdida de interés en actividades de las que antes disfrutadas
- Mala alimentación, cambios significativos en el apetito o el peso corporal
- Tristeza prolongada
- Un estado de ánimo triste o irritable de forma persistente
- Agitación o enlentecimiento psicomotriz
- Pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o de culpa
- Dificultad para concentrarse
- Arranques de gritos, quejas, irritabilidad inexplicable o llanto
- Sentimientos de abandono, rechazo o fracaso
- Un comportamiento imprudente
- Retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales
- Actuaciones violentas, comportamiento rebelde o el escaparse de la casa
- Uso de drogas o de bebidas alcohólicas.
- Cambios pronunciados en su personalidad.
- Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su trabajo escolar.

- Quejas frecuentes de síntomas físicos, tales como: los dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional del adolescente
- Pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones
- Poca tolerancia de los elogios o los premios.
- Pensamientos de muerte o suicidio e incluso intentos de suicidio.

Por razones del proceso normal de maduración y de los cambios que se desarrollan, los adolescentes experimentan cierto grado de depresión caracterizada esencialmente por fluctuaciones en el estado de ánimo debido a que por momentos pueden sentirse extremadamente felices y un minuto más tarde sentir una tristeza extrema. Lo importante de estos episodios radica en que su duración es corta y no influye de manera significativa en la vida diaria del adolescente. Por lo general estas variaciones anímicas se encuentran ligadas al descubrimiento y vivencia de nuevos sentimientos y experiencias que el adolescente por sí solo logra afrontar y asimilar de manera eficaz convirtiéndose en episodios irrelevantes.

La gravedad del problema depresivo radica cuando el estado de tristeza es persistente y predomina la mayor parte del tiempo, interfiere en la vida y en las actividades que el adolescente realiza, además que lo lleve a pensar o realizar acciones que eminentemente ponen en riesgo su vida. Por otro lado, si los factores externos que rodean al adolescente no son los adecuados, no ayudan a enfrentar este padecimiento y por el contrario tienden a agravar la situación, por lo general, junto con la depresión se presentan otros conflictos como consumo de drogas, alcohol, fracaso escolar, malas relaciones familiares, embarazos no deseados, bulimia, anorexia o intentos suicidas.

Lo mencionado anteriormente se fundamenta en lo dicho por Craig (2001, citado por García, 2002), acerca de que la depresión durante la adolescencia ocurre junto con otros trastornos como la ansiedad y los trastornos de conducta, en respuesta a tensiones internas y externas. Es más probable que los varones se involucren en problemas cuando están deprimidos, las mujeres suelen presentar trastornos alimentarios como la Anorexia o la Bulimia al deprimirse, además de que ésta se interrelaciona con los pensamientos suicidas y el abuso de sustancias.

De acuerdo con Hankin y Abela (2008), la depresión en la adultez suele estar precedida por una depresión previa en la adolescencia. En un estudio longitudinal realizado por Kim-Cohen y sus colaboradores (2003) siguieron a un grupo de participantes estadounidenses desde el nacimiento hasta la edad de 26 años. Los resultados señalaron que el 75% de los adultos que presentaban depresión había sufrido previamente este trastorno en su adolescencia (Obando Castillo & Cassaretto Bardales, 2011).

Es así que, los profesores, los padres, el personal de salud sea médico, enfermera o psicólogo desempeñan un rol primordial para lograr la detección temprana de la depresión adolescente con el fin de ayudar a que en lo posible no vuelva a presentarse en las demás etapas de vida por las que el adolescente posteriormente atravesará, garantizado así una vida y desarrollo pleno.

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA

2.1 Tipo de estudio

El presente trabajo investigativo es de tipo cuantitativo, transversal, correlacional

- De tipo cuantitativo: permitió evaluar y cuantificar el nivel de funcionalidad y satisfacción familiar y la depresión mediante escalas numéricas tanto en el Cuestionario de Funcionalidad Familiar (FF-SIL), como en la Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos y el Inventario de Depresión de Beck.
- De tipo transversal: las variables se estudiaron simultáneamente en determinado momento.
- De tipo correlacional: pues permitió determinar si dos variables están correlacionadas o no. Esto significa analizar si un aumento o disminución en una variable coincide con un aumento o disminución en la otra variable. Las variables que se correlacionaron fueron la satisfacción familiar con depresión y la funcionalidad familiar con la depresión.

2.2 Universo

En este estudio participó una muestra de 615 estudiantes legalmente matriculados en primero, segundo y tercero de bachillerato del Colegio Municipal Fernández Madrid de Quito- Ecuador, con edades de entre los 15-18 años, distribuidos en 27 paralelos, correspondiéndole 9 paralelos a cada uno de los bachilleratos evaluados.

2.3 Muestra

Se usó un muestreo por conveniencia, es decir no probabilístico. Se eligieron todos los alumnos que pertenecían a primero, segundo y tercero de bachillerato, tomando en cuenta posteriormente los criterios de inclusión y de exclusión que se mencionan a continuación.

2.3.1.1 Criterios de inclusión

- Estar legalmente matriculado en primero, segundo y tercero de bachillerato del colegio participante.
- Haber aportado el consentimiento informado con la firma del representante y del estudiante.

2.3.1.2 Criterios de exclusión

- Posterior a la evaluación se tomó como criterios de exclusión a aquellos que no respondieron adecuadamente a los instrumentos de autoevaluación.

2.4 Operacionalización de las variables

Tabla 1 *Operacionalización de las variables*

Nombres de las variable	Concepto	Naturaleza de la variable	Categorías/Rango	Indicador
Sexo	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer. El sexo no se elige ya que es una construcción determinada por la naturaleza, que viene dada desde el nacimiento.	Nominal	Mujer u hombre	Frecuencias Porcentajes
Edad	Años cumplidos a partir de la fecha de la fecha de nacimiento	Nominal	15 -18 años	Frecuencias Porcentajes
Grado escolar	Se refiere a cada una de las etapas en que se divide un nivel educativo.	Ordinal	Primero, segundo o tercero de bachillerato	Frecuencia Porcentajes
Personas con las que vive	Número de las personas con las que vive	Ordinal	Ambos padres, solo mamá, solo papá, esposo, abuelitos y otra persona	Frecuencias Porcentajes
Interpretación del Inventario de Beck	Diferentes categorías de gravedad de sintomatología depresiva propuestas por Beck.	Categorica	Grado de depresión: normal o no depresión, depresión leve a moderada, depresión moderada a grave y depresión	Puntuación obtenida en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

			severa.		
Resultado del Inventario de Beck	Se define como una alteración del estado del ánimo persistente caracterizada por una baja del ánimo, e incidente en la esfera del pensamiento, conducta, actividad psicomotora que posee efectos somáticos (Beck, Steer y Brown, 1996)	Numérica cuantitativa continua	5-9 normal 10-18 depresión leve a moderada 19-29 depresión moderada a severa. 30-63 depresión severa	puntos: puntos: puntos: puntos:	Puntuación obtenida en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)
Funcionalidad familiar	El funcionamiento familiar es considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de 7 categorías: Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas. Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo. Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa. Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones. Afectividad: capacidad	Catagórica	Familia funcional. Familia moderadamente funcional, familia disfuncional y familia severamente disfuncional		Puntuación obtenida en el test de Funcionalidad Familiar (FF-SIL)

de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Satisfacción familiar	La satisfacción familiar es el resultado del continuo juego de interacciones verbales y/o físicas que mantiene un sujeto con los otros miembros de su familia y guarda relación con la coherencia, la equidad en el hogar, la diversión, el apoyo, la falta de conflictos, la cercanía afectiva, la confianza, la cohesión, la adaptación, la asignación y aceptación de roles y tareas, la comunicación abierta y la aceptación en general de la propia familia.	Catagórica	Baja satisfacción familiar y alta satisfacción familiar	Puntuación obtenida en el test de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA)
-----------------------	---	------------	---	--

2.5 Técnicas para la recolección de los datos

Los medios empleados para recolectar la información de los participantes de este estudio, fueron por medio de test ya estandarizados para medir cada una de las variables, es decir, un test para explorar la funcionalidad familiar, otro para la satisfacción familiar y otro para la sintomatología depresiva.

2.5.1 Fuentes primarias

La recopilación de la información realizada por el investigador se realizó a través de test realizados a los participantes, los cuales se aplicaron de manera colectiva y estaban relacionadas con las variables y sus indicadores. A continuación se nombrarán cada una de los test que se usaron para cada una de las variables:

Cuestionario (Ad Hoc)

Es un cuestionario que consta de 11 preguntas, creadas con el fin de determinar datos sociodemográficos de la muestra de estudio.

Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

El funcionamiento familiar fue medido utilizando el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF- SIL), el mismo que fue elaborado por Ortega, T., De la Cuesta, D. and Días, C. (1999). Este instrumento proporciona algunas pistas para centrar la problemática dentro un sistema familiar.

Es así que el funcionamiento familiar es considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de 7 categorías:

- **Cohesión:** unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- **Armonía:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- **Comunicación:** los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- **Permeabilidad:** capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- **Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- **Roles:** cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- **Adaptabilidad:** habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Este instrumento consiste en 14 situaciones que pueden ocurrir o no a una determinada familia. Correspondiendo 2 a cada uno de las 7 variables que mide este cuestionario: 1 y 8 Cohesión; 2 y 13 armonía; 5 y 11 comunicación; 7 y 12 permeabilidad; 4 y 14 afectividad; 3 y 9 roles; y 6 y 10 adaptabilidad.

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos: 1 casi nunca; 2 pocas veces; 3 a veces; 4 muchas veces; 5 casi siempre. Cada una de las 14 situaciones que les son presentadas al usuario, debe ser respondida a con una X en la escala de valores cualitativas, según la percepción que tenga como miembro de la familia.

Una vez que se haya realizado el cuestionario se procederá a sumar los puntos, lo cual determinará en que categoría se encuentra el funcionamiento familiar: de 57-70 puntos

familia funcional; de 53-56 puntos familia moderadamente funcional; de 28-42 puntos familia disfuncional y de 14-27 puntos familia severamente disfuncional (Ortega, De la Cuesta, & Días, 2003).

Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA)

La satisfacción familiar es el resultado del continuo juego de interacciones verbales y/o físicas que mantiene un sujeto con los otros miembros de su familia y guarda relación con la coherencia, la equidad en el hogar, la diversión, el apoyo, la falta de conflictos, la cercanía afectiva, la confianza, la cohesión, la adaptación, la asignación y aceptación de roles y tareas, la comunicación abierta y la aceptación en general de la propia familia.

La Escala ESFA, de Satisfacción Familiar por Adjetivos, de J. Barraca y L. López-Yarto, tiene como objetivo valorar la percepción del sujeto sobre su familia y su propia situación dentro de ella. Está compuesta por 27 ítems, cada uno formado por una pareja de adjetivos antónimos. Esta estructura, propia de un diferencial semántico, confiere brevedad y sencillez a las contestaciones. La ESFA trata de evocar una respuesta preferentemente afectiva. Una única dimensión define la escala (Satisfacción familiar), por lo que de su corrección se extrae una única puntuación. Sus ámbitos de aplicación preferentemente son el clínico y el investigador. La escala es aplicable a todos los miembros de la familia a partir de los 16 años, aproximadamente para conocer la satisfacción con la familia de origen o con la actual (Barraca & López Yarto, 2017).

Se suma la puntuación total, se la transforma a percentiles y se procede a obtener la interpretación de la siguiente manera: en general, las puntuaciones por encima de la media están indicando una vivencia: satisfactoria de la propia familia. Pueden considerarse puntuaciones elevadas aquellas que sitúan al evaluado por encima del percentil 70. Por el contrario, una satisfacción familiar baja puede localizarse en el percentil 30. Por supuesto resulta más conveniente comparar al evaluado con el grupo de su mismo sexo pues, en algunos percentiles, la atribución a uno u otro nivel puede variar. Los percentiles extremos 80-90 (superiores) y 20-10 (inferiores) son mucho más claros de interpretar ya que señalan diáfananamente una muy alta y muy baja satisfacción familiar, respectivamente (Barraca & López Yarto, 2017).

Inventario de Depresión de Beck

Se medirá por medio del BDI-II Inventario de Depresión de Beck, el mismo que es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10).

Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 5-9, normal; 10-18, depresión leve a moderada; 19-29, depresión moderada a severa; y 30-63, depresión severa (Sanz, Perdigón, & Vázquez, 2003). Además ayuda a la valoración del potencial suicida esto se puede valorar con una puntuación de 2 o 3 en el ítem 9 de ideación suicida y una puntuación de 2 o 3 en ítem 2 de pesimismo y desesperanza (Sanz, Perdigón, & Vázquez, 2003).

2.6 Procedimientos para la recolección de los datos

Primeramente, se envió una carta de solicitud al rector del Colegio Fernández Madrid (Anexo 1) en la cual se explicaba el propósito, la metodología, el número de participantes, los criterios inclusión y exclusión, el tiempo de las evaluaciones, los beneficios y los riesgos de la presente investigación.

Se invitó a los estudiantes de cada uno de los paralelos a participar, posterior a recibir la autorización del rector del colegio. En esta actividad se explicó el propósito del estudio y se les entregó una carta introductoria dirigida a los padres donde se reforzaba esta información (Anexo 2), el consentimiento informado y una carta de asentamiento para menores de edad (Anexo 3), en los cuales tanto el adolescente como sus padres decidieron finalmente si participar o no en de la investigación. Se les informó que los datos que se obtengan de esta investigación serían manejados de manera confidencial.

Una vez obtenidos los consentimientos informados firmados, se procedió con la aplicación de las autoevaluaciones de aquellos estudiantes que decidieron participar, las cuales se realizaron en grupo. El tiempo de aplicación de las autoevaluaciones fue de una hora clase por cada uno de los paralelos, por lo cual no se requirió de otros aplicadores. A lo largo de la evaluación se les alentó a hacer preguntas por si existiese alguna duda. Además contaban con un glosario para la Escala de Satisfacción Familiar de Barraca y López-Yarto (2010), por si hubiese dudas.

Luego de haber recolectado todas las autoevaluaciones se transcribió cada uno de los datos obtenidos en diferentes Excel, creando una base de datos, la cual después se abrió en el Programa SPSS, para hacer una verificación los mismos y posterior a esto realizar su análisis.

2.7 Plan de análisis de datos

Los datos obtenidos, a partir de la aplicación de las autoevaluaciones, se analizaron mediante el programa SPSS (Statistical Package For Social Sciences) versión 22.0 en español.

El análisis descriptivo de la muestra se realizó con distribución de frecuencias para las variables categóricas y con medidas de tendencia central y dispersión en las variables cuantitativas.

Para el análisis de asociación entre la funcionalidad, satisfacción familiar y depresión se utilizó tanto las pruebas de Chi cuadrado para la interpretación de los resultados (variable categórica) como el coeficiente de correlación de Pearson para los resultados de las evaluaciones (variable cuantitativa). Se empleó un contraste de prueba de hipótesis con 0,05 de significancia estadística.

CAPÍTULO 3. RESULTADOS

3.1. Características de la población de adolescentes según el grado escolar, edad, sexo y personas con quien vive

Tabla 2 Distribución de la muestra según grado escolar

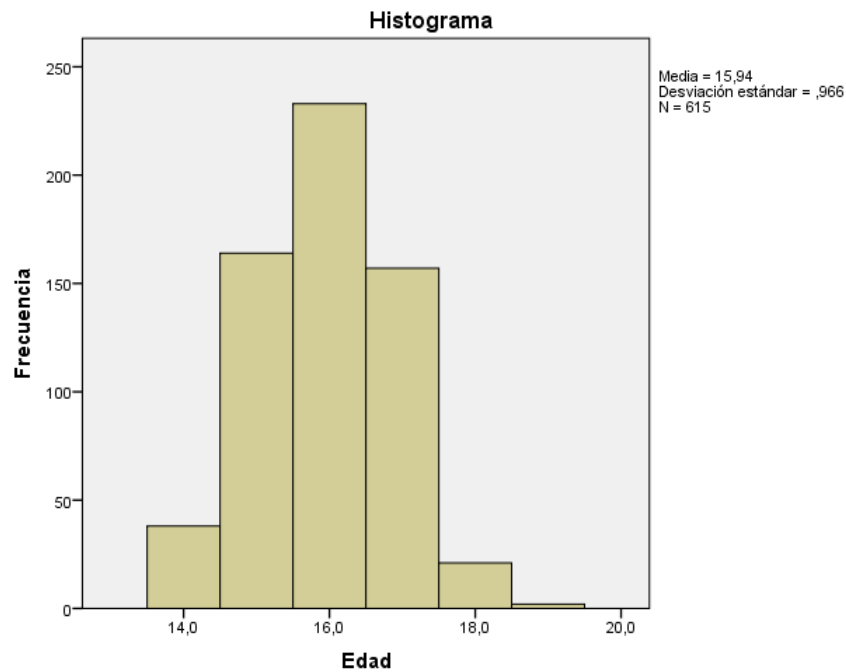
Variable	Categorías	FA	FR
Grado escolar	1B	183	29,8
	2B	221	35,9
	3B	211	34,3

Fuente: Evaluación realizada a los estudiantes

Elaborada por: Azucena Semblantes

En la Tabla 2 se puede observar que el 29,8% (n=183) de adolescentes evaluados se encuentran en Primero de Bachillerato, el 35,9% (n=221) se encuentra en Segundo de Bachillerato y por último el 34,3% (n=211) se encuentra en Tercero de Bachillerato.

Gráfica 1 Distribución de la muestra según edad



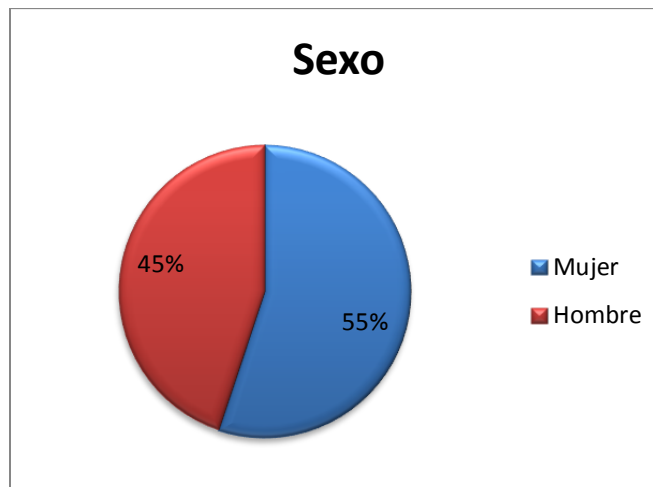
Fuente: Evaluación realizada a los estudiantes

Elaborada por: Azucena Semblantes

En la gráfica #1 se puede observar que de los 615 adolescentes evaluados, el 6,2% (n=38) tiene 14 años, el 26,7% (n=164) tuvieron 15 años, el 37,9% (n=233) tuvieron 16 años, el 25,5% (n=157) tuvieron 17 años, y el 3,4% (n= 21) tuvieron 18 años y el 0,3% (n=2) tuvieron 19 años.

Se observa que el promedio de edad fue de 16 años con una desviación estándar de 1 año, es decir que la mayoría de los adolescentes que participaron en este estudio se encuentran en un rango de 15 a 17 años de edad, lo que equivale al 90,1%, esto se puede observar en la Gráfica 1, pues la mayoría se encuentra en Segundo de Bachillerato.

Gráfica 2 Distribución de la muestra según Sexo

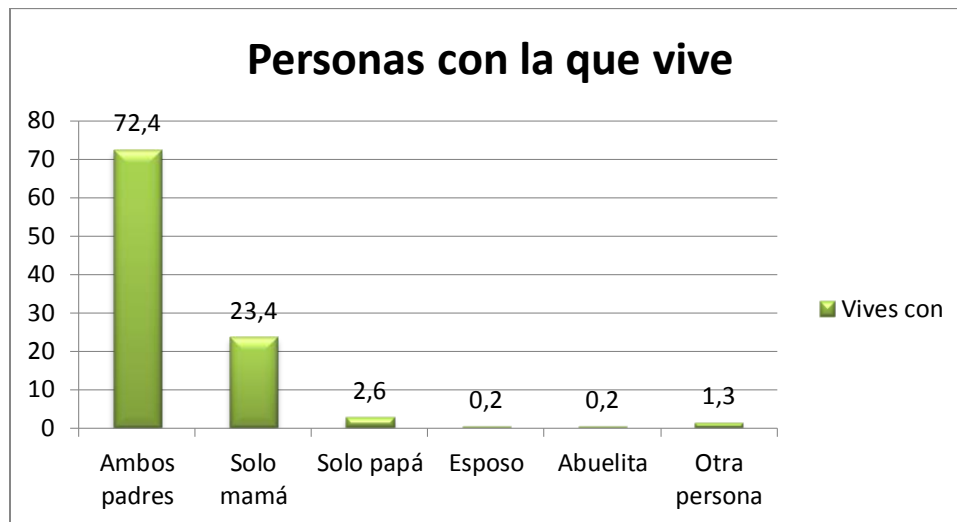


Fuente: Evaluación realizada a los estudiantes

Elaborada por: Azucena Semblantes

En la gráfica#2 se puede observar que el 55% (n=339) de adolescentes evaluados fueron mujeres y el 45% (n=276) fueron hombres. En esta gráfica podemos observar una diferencia del 10% entre mujeres y hombres, habiendo más mujeres que hombres, con una diferencia mínima.

Gráfica 3 Distribución de la muestra según con las personas con las que vive



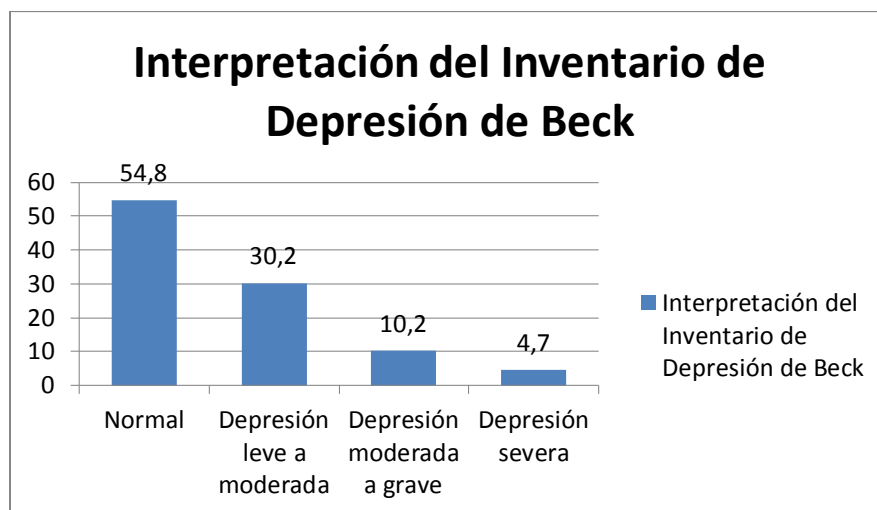
Fuente: Evaluación realizada a los estudiantes

Elaborada por: Azucena Semblantes

En la gráfica #3 se puede observar que el 72,4% (n=445) vive con ambos padres, el 23,4% (n=144) vive solo con la madre el 2,6% (n=16) vive solo con el padre, el 0,2% (n=1) vive con su esposo, el 0,2% (n=1) vive con sus abuelos y el 1,3% (n=8) con otra persona. Con lo cual podemos decir que la mayoría de adolescentes vive con ambos padres.

3.2. Depresión en los adolescentes

Gráfica 4 Depresión en los adolescentes



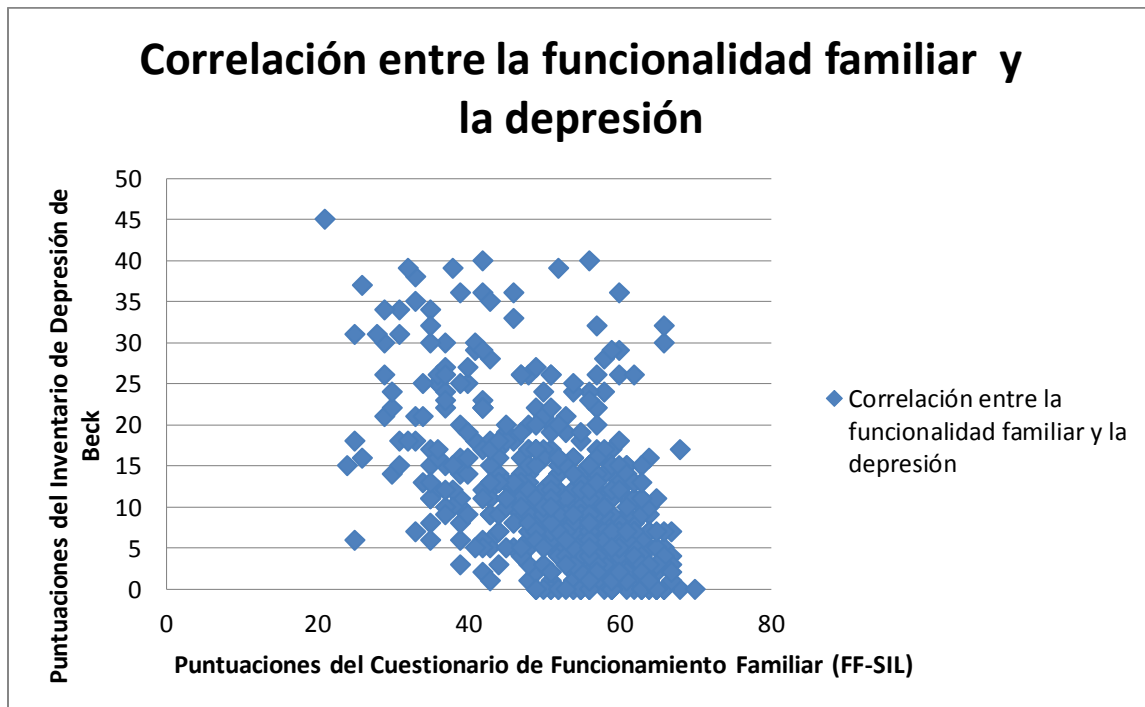
Fuente: Evaluación realizada a los estudiantes

Elaborada por: Azucena Semblantes

En la gráfica #4 es posible observar que según los datos obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck, el 55% (n= 337) de los adolescentes evaluados, se obtuvo una puntuación baja que está dentro del rango de lo normal lo cual indica que no tiene depresión, el 30% (n=186) de los adolescentes tuvo una depresión leve a moderada, el 10% (n=63) obtuvo depresión moderada a grave y el 5% (n=29) depresión severa. Lo que permite notar que aunque el 55% (n=337) de adolescentes no tiene depresión, el 45% (n=278) de adolescentes tienen una depresión de leve a severa, lo cual es un indicador importante a tomar en cuenta, ya que una gran cantidad de estudiantes sufre de depresión en menor o mayor grado.

3.3. Relación que tiene la funcionalidad y satisfacción familiar con la depresión en los adolescentes

Gráfica 5 Correlación entre funcionalidad familiar y depresión



Fuente: Evaluación realizada a los estudiantes

Elaborada por: Azucena Semblantes

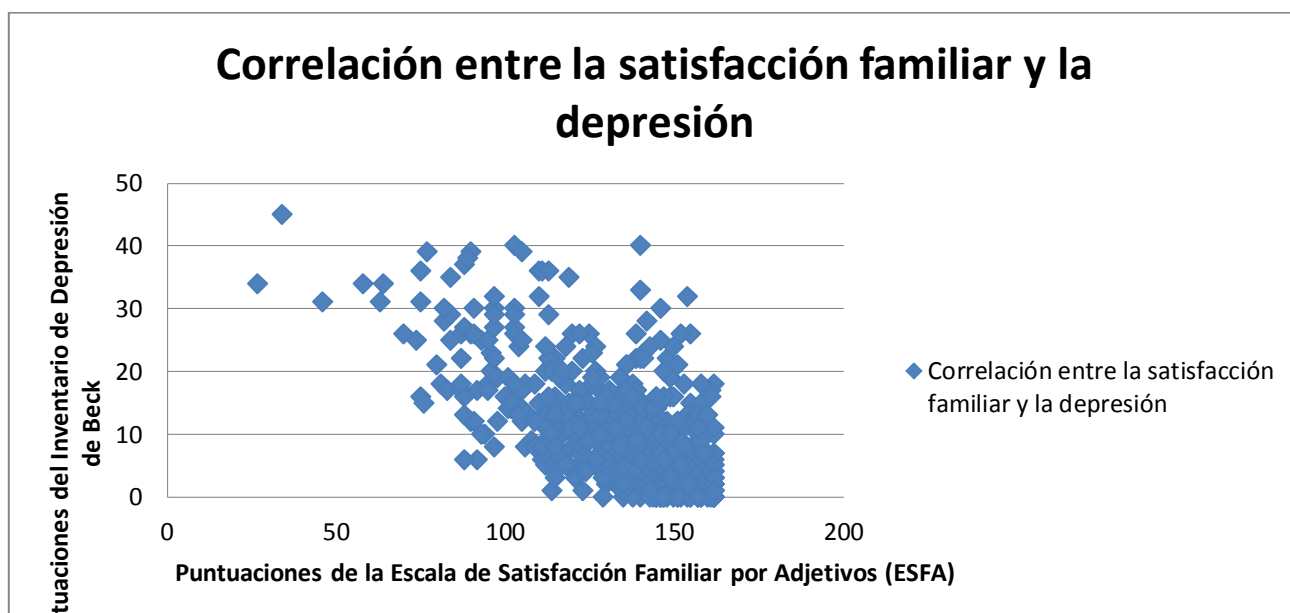
Correlaciones

		Puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck	Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF- SIL)
Puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck	Correlación de Pearson	1	-,522**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	615	615
Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)	Correlación de Pearson	-,522**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	615	615

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En esta tabla se puede observar que hay una asociación negativa, estadísticamente significativa (el coeficiente de correlación de Pearson fue de -0,522) entre las Puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck y el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), lo cual quiere decir que a medida que incrementa el puntaje de depresión disminuye el puntaje de funcionalidad familiar, comprobando así la hipótesis de que la funcionalidad familiar influye en la depresión.

Gráfica 6 Correlación entre la satisfacción familiar y la depresión



Fuente: Evaluación realizada a los estudiantes

Elaborada por: Azucena Semblantes

Correlaciones			
		Puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck	Puntuaciones de la Escala de Satisfacción Familiar (ESFA)
Puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck	Correlación de Pearson	1	-,639**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	615	615
Puntuaciones de la Escala de Satisfacción Familiar (ESFA)	Correlación de Pearson	-,639**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	615	615

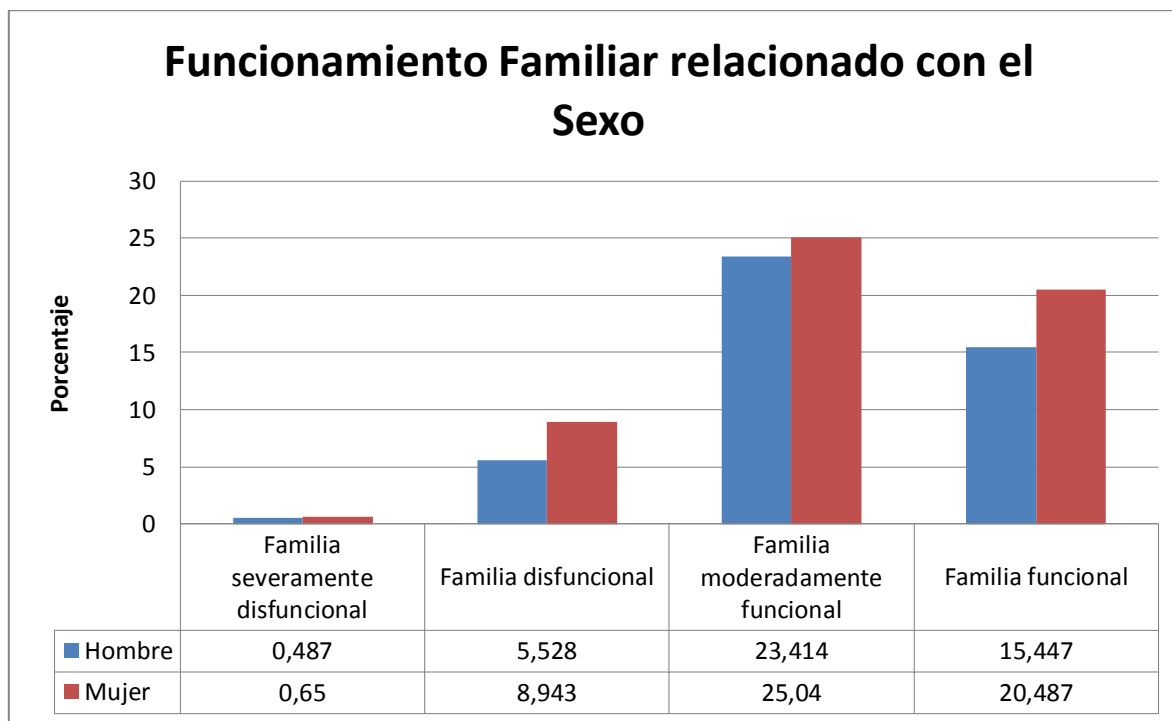
** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En esta tabla se puede observar que hay una asociación negativa, estadísticamente significativa (el coeficiente de correlación de Pearson fue de -0,639) entre las Puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA), lo cual quiere decir que mientras más satisfacción existe con la familia, existirá menos depresión, concluyendo que la satisfacción familiar influye en la depresión.

3.4. Asociación entre la funcionalidad, satisfacción familiar y depresión con el sexo.

3.4.1. Asociación entre la funcionalidad familiar y el sexo

Gráfica 7 Asociación entre la funcionalidad familiar y el sexo



Fuente: Evaluación realizada a los estudiantes

Elaborada por: Azucena Semblantes

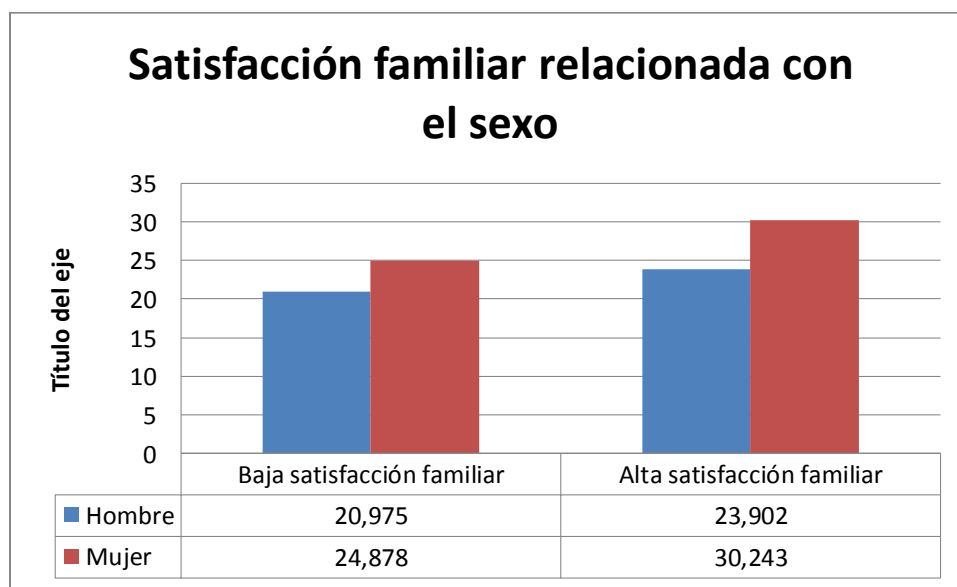
Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,364 ^a	3	,339
Razón de verosimilitud	3,379	3	,337
Asociación lineal por lineal	,053	1	,817
N de casos válidos	615		

a. 2 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,14.

Se puede observar en está gráfica que en la funcionalidad familiar disfuncional, moderadamente funcional y funcional existe una diferencia entre hombres y mujeres, por el contrario en cuanto a la funcionalidad familiar severamente disfuncional no hay diferencia entre ambos sexos, sin embargo no existe asociación estadísticamente significativa entre funcionalidad familiar y el sexo.

3.4.2. Asociación entre la satisfacción familiar y el sexo

Gráfica 8 Asociación entre la satisfacción familiar y el sexo



Fuente: Evaluación realizada a los estudiantes

Elaborada por: Azucena Semblante

Pruebas de chi-cuadrado

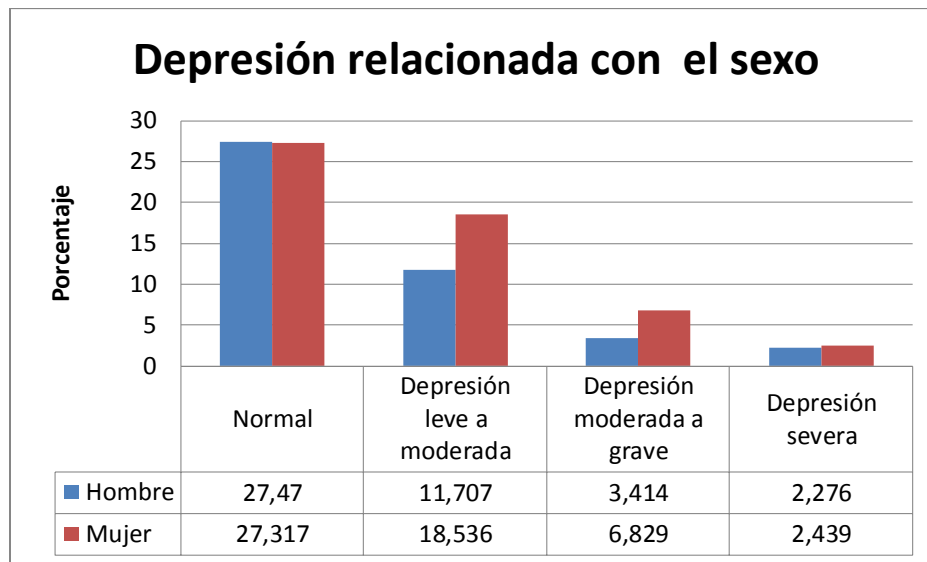
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,158 ^a	1	,691		
Corrección de continuidad ^b	,100	1	,752		
Razón de verosimilitud	,158	1	,691		
Prueba exacta de Fisher				,745	,376
Asociación lineal por lineal	,158	1	,691		
N de casos válidos	615				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 126,56.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

En este gráfico se observa que hay una diferencia en la asociación entre hombres y mujeres y la satisfacción familiar, sin embargo no hay diferencia estadísticamente significativa.

Gráfica 9 Asociación entre depresión y el sexo



Fuente: Evaluación realizada a los estudiantes

Elaborada por: Azucena Semblantes

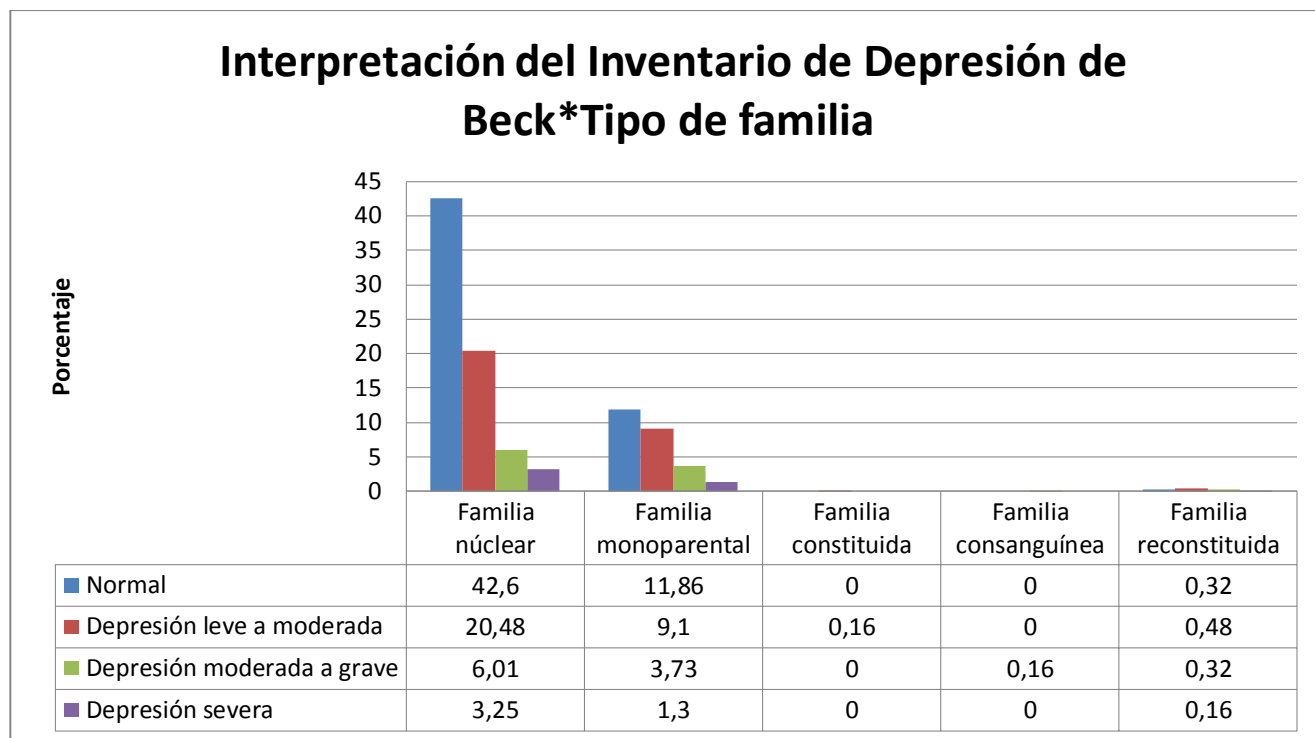
Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,174 ^a	3	,017
Razón de verosimilitud	10,274	3	,016
Asociación lineal por lineal	4,877	1	,027
N de casos válidos	615		

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 13,01.

En esta gráfica es posible observar que la asociación entre depresión normal y severa y el sexo, se puede notar que es igual en hombres y mujeres, por el contrario entre depresión leve a moderada y moderada a grave y el sexo, la diferencia entre hombres y mujeres es notoria, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

3.5. Asociación entre la depresión y el tipo de familia

Gráfica 10 Asociación entre la depresión y el tipo de familia



Fuente: Evaluación realizada a los estudiantes

Elaborada por: Azucena Semblantes

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,560 ^a	15	,033
Razón de verosimilitud	22,461	15	,096
Asociación lineal por lineal	11,264	1	,001
N de casos válidos	615		

a. 15 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,05.

En esta gráfica podemos observar que el 72,34% (n=445) vive en una familia nuclear de los cuales: el 42,6% (n= 262) no presentan depresión, el 20,48% (n=126) presentan depresión leve a moderada, el 6,01% (n=37) presentan depresión moderada a grave, el 3,25% (n=20) presentan depresión severa; el 25,99% (n=160) vive en una familia monoparental, de los cuales el 11,86% (n=73) no tiene depresión, el 9,1% (n=56) presentan una depresión leve a moderada, el 3,73% (n=23) presentan una depresión moderada a grave y el 1,3% (n=8) presentan una depresión severa; 0,16% (n=1) vive en una familia constituida la cual presenta una depresión leve a moderada y 0,16% (n=1) vive con familia consanguínea presenta depresión moderada a grave y el 1,28% (n=8) vive en una familia reconstituida, de los cuales el 0,32% (n=2) no presentan depresión, el 0,48% (n=3) presentan una depresión leve a moderada, el 0,32% (n=2) presentan una depresión moderada a grave y el 0,16% (n=1) presenta una depresión severa. La asociación entre la depresión y el tipo de familia, es estadísticamente significativo.

CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN

Al pensar en las experiencias más significativas en la vida del ser humano, probablemente las que ocupan el mayor lugar, tanto en la memoria como en los afectos, son aquéllas relacionadas con la propia familia. Esto es natural, ya que la familia es el hábitat primario en el cuál el ser humano se desarrolla.

La familia constituye el núcleo en donde los seres humanos recibimos amor, cariño, afecto, cuidados físicos, sobre todo es el centro social único y vital para el aprendizaje de una serie de valores, actitudes, destrezas, habilidades, entre otros, que luego serán reforzadas en la escuela y en el colegio. Es el lugar donde los hijos se encuentran protegidos y en el que pueden desarrollarse de la mejor forma, pues tienen la certeza que quienes habitan son de la familia y por lo tanto harán todo lo posible por brindarles un ambiente adecuado que les permite su crecimiento y desarrollo integral.

Es por eso que el propósito de este estudio fue identificar cómo influye la funcionalidad y satisfacción familiar con la sintomatología depresiva en adolescentes. En el mismo participaron 615 adolescentes, la mayoría tiene en promedio de edad 16 años con una desviación estándar de 1 año, es decir que se encuentran en un rango de edad de 15-17 años, de los cuales el 29,8% (n=183) de adolescentes evaluados se encuentran en primero de bachillerato, el 35,9% (n=221) en segundo de bachillerato y por último el 3,4% (n=211) en tercero de bachillerato, de los cuales el grupo más grande se encontraría en segundo de bachillerato, lo cual justificaría el rango de edad. También se pudo observar que el 55% (n=339) eran mujeres y el 45% (n=276) eran hombres. El 72,4% (n=445) vive con ambos padres, el 23,4% (n=144) vive sólo con la madre, el 2,6% (n=16) vive sólo con el padre, el 0,2% (n=1) vive con su esposo, el 0,2% (n=1) vive con sus abuelos y el 1,3% (n=8) con otra persona, ante lo cual se puede decir que la mayoría de los adolescentes viven con ambos padres, es decir en una familia nuclear.

El segundo objetivo fue identificar los niveles de depresión en el grupo de adolescentes evaluados. Para medir esta variable se utilizó el Inventario de Depresión de Beck. Respecto a los resultados obtenidos, se pudo observar que el 55% (n=337) de los adolescentes evaluados obtuvo una puntuación baja, es decir que está dentro del rango normal, lo cual indica que no tiene depresión, el 30% (n=186) de los adolescentes tuvo una puntuación que representa una depresión leve a moderada, el 10% (n=63) obtuvo un resultado de depresión moderada a grave y el 5% (n=29) obtuvo depresión severa. Esto permite notar que aunque el 55% (n=337) de adolescentes no tiene depresión, el 45% (n=278) tienen una depresión de leve a severa, lo cual es un indicador importante a tomar en cuenta, ya que una gran cantidad de estudiantes sufre depresión en menor o mayor grado. Cabe recalcar que aunque en cuanto a la depresión severa el porcentaje no es tan alto (5% del total de participantes), sí llama la atención, ya que estos adolescentes podrían presentar otro tipo de conductas consideradas de riesgo asociadas a la depresión, tales como la ideación suicida y el abuso de drogas, de acuerdo a los resultados reportados por Bogard (2005).

El tercer objetivo de este estudio fue identificar si existe una asociación entre la funcionalidad, satisfacción familiar y la depresión en adolescentes, para lo cual se utilizaron correlaciones; la primera fue una correlación entre la funcionalidad familiar y la depresión,

donde fue posible observar que hay una asociación negativa, estadísticamente significativa (el coeficiente de correlación de Pearson fue de -0,522) entre las puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck y el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), lo cual indicaría que a medida que incrementa el puntaje de depresión, disminuye el puntaje de funcionamiento familiar, comprobando así la hipótesis de que la funcionalidad familiar influye en la depresión. La segunda correlación fue entre la satisfacción familiar y depresión, en la cual se pudo observar que hay una asociación negativa, estadísticamente significativa (el coeficiente de correlación de Pearson fue de -0,639) entre las puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck y Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA), lo cual significaría que mientras más satisfacción se tiene con la familia, existe menos depresión, concluyendo que la satisfacción familiar influye en la depresión.

Esto se fundamenta en lo mencionado por Bowlby, acerca de que la calidad de las relaciones del niño en su familia configuran sus modelos cognitivos internos de representación del self y de las relaciones con los demás. Estos modelos influyen en la percepción acerca de la disponibilidad de los demás e influyen en su capacidad posterior para percibir apoyo tanto de los padres como de otras personas significativas. Además, dicha capacidad, aunque resistente al cambio, puede alterarse a lo largo del ciclo vital y, por lo tanto, la calidad de las relaciones padres-hijos durante la adolescencia es todavía una fuente importante de influencia para el desarrollo de los recursos de apoyo percibido del hijo. En síntesis, la mayor o menor calidad de las relaciones familiares la que configuraría los recursos de apoyo percibido del hijo, los que a su vez influirían en los niveles de depresión.

Estos resultados coinciden con los resultados obtenidos por Rice, Harold, Shelton y Thapar (2006), quienes encontraron una relación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y la funcionalidad familiar, por lo cual se puede comprobar la tercera hipótesis pues los adolescentes que presentan mayores puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck, perciben mayores conflictos familiares.

Esto se argumenta de acuerdo con Polaino (1998) y Vázquez, Ordóñez, Strausz, Arredondo y Lara (2004), respecto a que el contexto familiar influye de manera importante en los individuos durante la adolescencia, ya que interviene en la forma en que enfrentan las situaciones cotidianas. Es así como los resultados demuestran que la carencia de redes de apoyo en el ambiente familiar de los adolescentes afecta en su proceso psicosocial, siendo ello un potencial factor de riesgo para la depresión y algún otro tipo de conductas autodestructivas como la ideación suicida, las adicciones, embarazos precoces, etc.

Además Bellido y Villegas (1992), detectaron que la influencia de la familia en el desarrollo de la personalidad constituye un hecho ampliamente reconocido y estudiado por las diversas disciplinas que analizan y valoran la conducta humana. El hecho de que ésta influencia pueda degenerar en modos de comportamiento que son expresión de un desarrollo inadecuado de los individuos lleva consigo una disfunción evidente de sus roles específicos y es, sin duda, un problema que se ha de afrontar cotidianamente.

Por ende es posible decir que la familia es la base fundamental para la formación de las personas, aunque también podría ser un arma de doble filo: por un lado, puede ser fuente de bienestar, satisfacción y aprendizaje para todos sus integrantes, pero por otro, también

puede constituir un factor de riesgo que predisponga al desarrollo de problemas de desajuste en sus miembros.

En cuanto a la satisfacción familiar, la familia es el ámbito en el cual los miembros ensayan, experimentan y consolidan una serie de interacciones, estableciendo así tipos de convivencia que no son más que un sistema particular que se mantiene organizado mediante la repetición y retroalimentación de expresiones que se han reglamentado, las cuales pueden ser verbales o no verbales (Amara, 1993).

Por lo mencionado anteriormente, ésta es considerada como el mayor sustento socioemocional en la vida de un individuo, y por ende las figuras de autoridad como los padres desempeñan un papel muy importante en el desarrollo y establecimiento de la personalidad de los hijos. El grado de satisfacción familiar de los miembros es un predictor del funcionamiento familiar, pues, siendo la resultante del juego de interacciones que se dan en el plano familiar, si éste último presenta buenos niveles, habría ausencia de conflicto y una satisfacción familiar mayor (Sanchez y Quiroga, 1995). En otras palabras, una alta satisfacción familiar indicaría que se trata de una familia en la cual las interacciones son más positivas y reforzadoras que negativas y punitivas (Bradburn, 1996, en Luna, et al., 2011). En este sentido, una mayor satisfacción con la vida de familia estaría relacionada con mayor frecuencia e intensidad con experiencias afectivas de amor, cariño, afecto, alegría y felicidad; mientras que una menor satisfacción con la vida de familia se relacionaría con mayores experiencias de coraje, enojo, frustración, desilusión, tristeza y depresión (Luna, et al., 2011).

El cuarto objetivo fue identificar la asociación entre la funcionalidad, satisfacción familiar y depresión en relación con el sexo. En cuanto a la asociación entre la funcionalidad familiar y el sexo, se pudo observar que no existe una asociación estadísticamente significativa, al igual que en la asociación entre la satisfacción familiar y el sexo, donde se pudo observar que no hay una asociación estadísticamente significativa.

Esto se fundamenta en lo mencionado por Olivia y Parra (citado por Arranz, 2001) en que no hay diferencias entre adolescentes hombres y mujeres en cuanto a la funcionalidad y satisfacción familiar, puesto que estas dos variables dependen mayormente del grado de comunicación que se tenga, el control y apoyo que brindan los padres a los hijos para su autonomía emocional. Por la cantidad de cambios que el adolescente tiene que afrontar y bajo las reacciones que tanto varones como mujeres tengan en particular pueden predisponer a la familia a tener más o menos conflictos dependiendo de la posición que los padres asuman; es decir si los padres no intentan comprender estos cambios para tratar de orientar, sino que castigan y toleran poco el deseo de autonomía de sus hijos, independientemente del género se evidenciarán problemas en la funcionalidad familiar.

De acuerdo a la relación de depresión y sexo, se pudo observar una asociación estadísticamente significativa, lo cual comprueba esta hipótesis, siendo las mujeres aquellas que tienen más depresión que los hombres. Esto se fundamenta con los hallazgos reportados por Cantoral, Méndez y Nazar (2005) y Coffin (2006) quienes han reportado que la sintomatología depresiva se presenta con mayor frecuencia en las mujeres en comparación con los varones, datos que son consecuentes con diversas investigaciones realizadas, donde se observa que las mujeres son quienes tienen mayor tendencia a la depresión que los

varones, por los indicadores evidentes de tristeza, llanto fácil, desánimo y todo signo emocional, en cambio en los varones el aspecto emocional está más controlado o es menos evidente.

Desde la perspectiva psicosocial se ha planteado que la mayor vulnerabilidad a la depresión del género femenino deriva de los condicionantes generados por su menor estatus social y poder, así como de la interiorización de las expectativas asociadas a los roles femeninos tradicionales. Algunos autores redefinen los valores clásicos de la «feminidad» como una variante de la indefensión aprendida. Plantean que las imágenes estereotipadas y condicionadas socialmente producen en la mujer una serie de condicionantes cognitivos opuestos a la aserción. Así, durante el proceso de socialización, las chicas aprenden a ser indefensas, desarrollando un repertorio de respuestas limitado cuando están sometidas a estrés. Esas autoimágenes y expectativas son interiorizadas en la infancia, de modo que posteriormente llegan a creer que el estereotipo de feminidad es normativo, esperado y valorado (Weissman y Klerman, 1977).

También se ha planteado que, debido a su menor estatus social y poder, las mujeres experimentan más sucesos negativos y tienen menos control que los hombres en muchas áreas de su vida, lo que puede llevarles a mayor estrés crónico y menor sentido de dominio, lo que puede conducirles a un afrontamiento de la depresión más inadecuado (Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson, 1999).

Una de las hipótesis que cuenta con mayor evidencia empírica es la que plantea que la depresión de la mujer es debida a su discriminación social, legal y económica, que le lleva a sentimientos de indefensión, dependencia de otros, bajas aspiraciones y baja autoestima. Mirowsky (1996), en un análisis de tres estudios que en total recogen datos de más de 15.000 personas, dos de los cuales eran con muestras nacionales de Estados Unidos, encontró que las diferencias en depresión entre mujeres y hombres aumentaban en la edad adulta, cuando las mujeres y los hombres experimentan las diferencias en estatus debidas al género. Este autor informa que, pese a los cambios en las vidas de las mujeres en las últimas tres o cuatro generaciones, no ha encontrado indicios claros de que estén desapareciendo las diferencias de género en depresión, porque, pese a los cambios, continúan las desigualdades en salario, poder y autonomía, en casa y en el trabajo, así como en las responsabilidades familiares y del cuidado del hogar, lo que explicaría que persistan las diferencias en depresión en función del género.

También se fundamentaría Brown y Harris (1978) plantean que algunas de las diferencias entre las clases sociales en riesgo de depresión son debidas a que las mujeres de las clases trabajadoras experimentan más dificultades y sucesos vitales graves, especialmente cuando tienen hijos. Otros factores que se han asociado con la depresión, y que también son más frecuentes en las mujeres, son el desempleo, el ocupar trabajos de baja cualificación y el menor nivel de estudios. (Montesó Curto, Ferré Grau, Lleixà Fortuño, Albacar Riobóo, & Espuny Vidal, 2011)

Varios estudios han analizado la relación entre estado civil y depresión, encontrándose resultados contradictorios. Aunque se ha planteado que tanto el matrimonio como el tener hijos representa mayor sobrecarga para la mujer que para el hombre, la asociación de ambos con la depresión de la mujer depende de complejas interacciones, tales como el nivel

de ingresos, el tipo y condiciones de trabajo de la mujer, el número de hijos/as, la salud y edad de éstos/as, el tipo de relación con el esposo, y el reparto de las cargas domésticas entre ambos cónyuges. (Matud, Guerrero, & G, 2006)

El quinto objetivo fue identificar la asociación entre la depresión y el tipo de familia, la cual mostró una asociación estadísticamente significativa, lo cual quiere decir que según el tipo de familia en el que el adolescente se desarrolle genera un nivel mayor o menor de depresión. Esto se fundamenta con un estudio realizado por Seijo y col. (2007) en una muestra de 126 hijos mayores de 18 años, 63 padres separados y 63 familias intactas. Se encontró que la experiencia del divorcio de los padres se relacionaba con una mayor incidencia de alteraciones emocionales. Además se constató que los hijos de padres separados, en comparación con los que se mantienen con familias intactas, habían recibido más atención psiquiátrica y psicológica a lo largo de su vida. También en un estudio longitudinal realizado por Sun (2001) determinó que los adolescentes que viven con padres que se mantienen casados suelen tener muchos menos problemas de conducta que los que viven en otras estructuras familiares (con un progenitor soltero, en familias que cohabitan o familias reconstituidas). El proceso de separación, divorcio o ruptura conyugal es vivido por la familia como uno de los eventos vitales más estresantes. Como tal, puede repercutir en la salud mental y física de todos sus miembros, y especialmente en el bienestar de los hijos. Así, diferentes autores, han señalado los siguientes efectos emocionales: sentimientos de abandono y rechazo, culpabilidad por la separación de los padres; miedo no resuelto e inseguridad; baja autoestima; ansiedad y depresión, ansiedad por separación e inadaptación personal, familiar, escolar y social. Sin embargo, estos efectos pueden ser revertidos en el tiempo, si se mantienen buenos lazos afectivos entre padres e hijos, a pesar de estar separados. Cabe mencionar que las fases del ciclo de vida familiar suponen nuevos y diferentes roles, que de no asumirse, pueden generar conflictos y con el tiempo, complicarse con problemas de salud mental o trastornos mentales (ansiedad, depresión, fobias, entre otros).

Estos resultados contradicen a lo encontrado por Soriano-Fuentes y col. (2006), en una muestra de 124 pacientes de una población general de atención primaria, encontraron que los trastornos mentales más frecuentes eran (en orden descendente): depresión, distimia, trastorno por ansiedad generalizada, agorafobia y la fobia social, en la cual no se encontró una relación significativa entre el tipo de familia y la presencia de trastornos mentales.

Lo presentado en este estudio, al igual que lo encontrado en la literatura, nos indica que ciertos elementos del clima familiar, la relación entre padres e hijos y los recursos afectivos dentro del sistema familiar, están relacionados con la sintomatología depresiva en los adolescentes. Así, la estabilidad emocional depende en gran medida de las buenas relaciones que haya dentro de la familia, pues es en ese contexto donde ocurre la socialización y la adquisición de la personalidad de todo ser humano, y el lugar donde se prepara a los hijos para el desenvolvimiento de una vida social plena de estabilidad emocional. Para el adolescente, la familia representa un espacio de confianza y seguridad en el que, a través de la relación con sus padres, logra su autonomía, hallando también un sentido de pertenencia.

Más allá de intentar abrir nuevas líneas de estudio, el reconocimiento de las implicaciones que tienen las interacciones familiares en el desarrollo de los adolescentes, y el impacto de ello en su estado emocional, es de gran relevancia y no sólo debe quedarse a nivel de investigación, ya que éste es sólo el primer paso para el reconocimiento de las problemáticas sociales y así sustentar las bases para planear, diseñar e implementar programas preventivos encaminados a fortalecer la autoestima, las habilidades sociales y la forma en cómo se relacionan los adolescentes no sólo en el ambiente familiar, sino en todos los espacios en que se desenvuelven, tales como la escuela y su comunidad.

Por otro lado, no se debe olvidar programas de intervención que permitan mejorar las condiciones de vida de quienes están en riesgo de presentar una sintomatología depresiva o de quienes ya la experimentan, por el riesgo de presentar conductas como la ideación suicida y el abuso de drogas (Álvarez Zúñiga, Ramírez Jacobo, Silva Rodríguez, Coffin Cabrera, & Jiménez Rentería, 2009).

Se considera que la limitación más importante de este estudio es que se realizó con una muestra no probabilística, es decir, los individuos empleados en la investigación se seleccionaron por conveniencia, no porque hayan sido seleccionados mediante un criterio estadístico, teniendo como consecuencia la imposibilidad de hacer afirmaciones generales con rigor estadístico sobre la población. Sin embargo, tiene la utilidad de mostrar la realidad del colegio en donde se realizó la investigación, para el cual tiene un valor importante ya que nos ayudara a saber la realidad de los estudiantes respecto a su entorno familiar y por lo tanto planear e instaurar medidas preventivas que disminuyan el riesgo de padecer depresión. También se recomienda aplicar el instrumento de funcionalidad familiar a más de un miembro de la familia y explorar posibles diferencias.

Entre las limitaciones de esta investigación también se encuentra el hecho de ser un estudio transversal, ya que no permite analizar con detalle la relación entre: la satisfacción familiar y depresión; la relación entre la funcionalidad familiar y depresión, pues al ser un estudio correlacional se determina la relación de las variables, pero no se puede determinar la dirección, por lo que se sugiere realizar un estudio longitudinal, que aporte con información relevante sobre los cambios en la percepción de la satisfacción y la funcionalidad familiar como su influencia en la ocurrencia de la depresión.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Después de un análisis de los resultados obtenidos en la presente investigación sobre la funcionalidad y satisfacción familiar y la depresión en los adolescentes del Colegio Municipal Fernández Madrid, se concluye que:

- 1) Al caracterizar a la población de estudiantes adolescentes según edad, sexo y familiares con quien vive, se concluyó que el total de adolescentes que participaron fueron 615 adolescentes, la mayoría tiene en promedio de edad 16 años con una desviación estándar de 1 año, es decir que se encuentran en un rango de edad de 15-17 años, de los cuales el 29,8% (n=183) de adolescentes evaluados se encuentran en primero de bachillerato, el 35,9% (n=221) en segundo de bachillerato y por último el 3,4% (n=211) en tercero de bachillerato, de los cuales el grupo más grande se encontraría en segundo de bachillerato, lo cual justificaría el rango de edad. También se pudo observar que el 55% (n=339) eran mujeres y el 45% (n=276) eran hombres. El 72,4% (n=445) vive con ambos padres, el 23,4% (n=144) vive sólo con la madre, el 2,6% (n=16) vive sólo con el padre, el 0,2% (n=1) vive con su esposo, el 0,2% (n=1) vive con sus abuelos y el 1,3% (n=8) con otra persona, ante lo cual se puede decir que la mayoría de los adolescentes viven con ambos padres, es decir en una familia nuclear.
- 2) Al identificar el nivel de depresión en los adolescentes, se concluyó que el 55% (n=337) de los adolescentes evaluados obtuvo una puntuación baja, es decir que está dentro del rango normal, lo cual indica que no tiene depresión, el 30% (n=186) de los adolescentes tuvo una puntuación que representa una depresión leve a moderada, el 10% (n=63) obtuvo un resultado de depresión moderada a grave y el 5% (n=29) obtuvo depresión severa. Esto permite notar que aunque el 55% (n=337) de adolescentes no tiene depresión, el 45% (n=278) tienen una depresión de leve a severa.
- 3) Al relacionar la funcionalidad y satisfacción familiar con la depresión se concluyó que entre la funcionalidad familiar y la depresión hay una asociación negativa, estadísticamente significativa. Al igual que los resultados obtenidos entre la satisfacción familiar y la depresión existe también una asociación negativa, estadísticamente significativa.
- 4) Al comparar si hay diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la satisfacción familiar, funcionalidad familiar y depresión, se concluyó que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la funcionalidad y satisfacción familiar. Por el contrario entre la depresión y el sexo, si existe una asociación estadísticamente significativa, comprobando que las mujeres muestran mayor depresión que los hombres.
- 5) Al comparar si hay diferencias de la sintomatología depresiva que presentan según el tipo de familia, se concluyó que hay una asociación estadísticamente significativa.

RECOMENDACIONES

- 1) Al caracterizar a la población se recomienda identificar a los estudiantes con familias desestructuradas, para así brindar un mayor enfoque de apoyo emocional.
- 2) Al identificar el nivel de depresión en los adolescentes se recomienda dar seguimiento a los estudiantes que presentan síntomas depresivos, para prevenir futuras complicaciones o intentos de suicidio.

Se recomienda al personal docente realizar talleres para los y las adolescentes sobre autoestima, cambios en el estado de ánimo, relaciones interpersonales, así como también, ayudar a que desarrollen un proyecto de vida real, para con ello ayudar a los jóvenes a conocerse, a razonar, a elegir, a buscar diversiones sanas, a superarse académicamente, a disfrutar la vida, a adquirir responsabilidades, a asumir las consecuencias de sus propias decisiones, etc, fortaleciendo así el desarrollo personal. También realizar actividades extramurales que permitan el esparcimiento y la posible reducción de la sintomatología depresiva en la institución, por ejemplo realizar convivencias que permitan a los estudiantes compartir tiempo entre ellos, realizar actividades al aire libre y conocerse a sí mismos.

Se recomienda a la comunidad fomentar e incentivar programas sociales que promueva la participación directa de adolescentes y familia como colaboradores en diferentes actividades recreativas (charlas, talleres, grupos juveniles).

- 3) Al relacionar la funcionalidad y satisfacción familiar con la depresión, se recomienda al departamento de psicología de la institución crear un plan de intervención para familias en riesgo de disfuncionalidad, para prever el bienestar del alumnado y de sus familiares en general, creando un programa de “Educación para Padres” en el cual se trabaje cómo “funciona” la adolescencia, y enseñar a los padres de familia cómo deberían actuar ante ciertos comportamientos de sus hijos acerca de cómo la familia influye en el desarrollo emocional, físico y psicológico, en donde se trabaje acerca de temas como cohesión familiar, comunicación y apoyo y como aplicarlos en sus hogares fortaleciéndolos como factores protectores, de la misma manera, que estén preparados para cuando exista algún indicador de riesgo. Capacitar a docentes para el trabajo con los adolescentes, brindándoles las maneras o formas más funcionales de hacer frente una situación difícil, y orientarlo para que pueda enfrentar sus problemas de manera funcional.

Se recomienda a los padres de familia, tener más comunicación con sus hijos para de esta manera fomentar en ellos el amor, el respeto, la confianza y apoyarlos en las dificultades y problemas que se les presenten para evitar complicaciones como la depresión, característica de la etapa de la adolescencia.

- 4) Al analizar la depresión y el sexo, se recomienda trabajar en las fortalezas personales tanto en mujeres como en hombres para reducir los niveles de depresión. Sobre todo trabajar técnicas para trabajar el control del pensamiento rumiante, generar habilidades de tolerancia al malestar y el manejo de las emociones
- 5) Al observar que el tipo de familia tiene relación con el tipo de depresión. Se recomienda trabajar con los padres de familia en talleres de pareja para fortalecer los lazos de amor generando menos divorcios y en familias monoparentales cómo manejar la separación con los hijos y talleres de cómo manejar cuando el padre o madre están ausentes generando así herramientas asertivas de los padres hacia sus hijos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alomaliza Masaquiza, C. d. (2016). *Disfuncionalidad familiar y depresión en adolescentes de Octavo a Décimo Año de la Unidad Educativa Picaihua del Cantón Ambato*. Ambato: Universidad Técnica de Ambato.
- Álvarez Zúñiga, M., Ramírez Jacobo, B., Silva Rodríguez, A., Coffin Cabrera, N., & Jiménez Rentería, L. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol.9,, 205-216.
- Arenas Ayllón , S. C. (2009). *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Arenas Ayllón, S. C. (2009). *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Barraca, J., & López Yarto, L. (2017). *ESFA: Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos*. Madrid- España: TEA Ediciones.
- Cartagama Mondragón, D. L. (2014). *Dinámica Familiar Asociada a la depresión rasgo-estado en adolescentes de 3ro a 5to de secundaria*. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín.
- Díaz Ramírez, N. L. (2012). *Depresión y Factores Asociados en Estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Fajardo Pinzón, M. R., & Guaraca Calderón, J. I. (2017). *Depresión en adolescentes escolarizados de décimo año, de la Unidad Educativa Municipal “Sebastián de Benalcázar”, de la Ciudad de Quito, de la Provincia de Pichincha, en el período octubre 2016 a marzo 2017*. Quito: Universidad Central del Ecuador.
- Figuerola Gutiérrez, M., Zapata Gallardo, J. N., Méndez Delgado, N., Miranda Lozano, V. M., Linares Segovia, B., Carrada Bravo, T., . . . Rayas Lundes, A. M. (2007). Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 295-301.
- Freile Cordero, M. d. (2015). *Factores familiares que causan la depresión en adolescentes* . Quito: Pontifica Universidad Católica del Ecuador.
- Galicia Moyeda, I. X., Sánchez Velasco, A., & Robles Ojeda, F. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de Psicología*, vol.25, núm.2, 227-240.
- Galicia Moyeda, I. X., Sánchez Velasco, A., & Robles Ojeda, F. J. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de psicología*, 227-240.

- Gómez Cobos, E. (2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, vol. 10, núm. 2, 105-122.
- Grandez Meza, R. I. (2011). *Factores familiares asociados a la ideación suicida en los adolescentes de la Institución Educativa Benito Juárez*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Guagalango Ruiz, D. E., & Herrera Robles, N. C. (2017). *Depresión en adolescentes escolarizados de décimo año de la Unidad Educativa Municipal Antonio José de Sucre en el periodo de septiembre 2016 - febrero 2017*. Quito: Universidad Central del Ecuador.
- Inca Bonilla, R. M., & Jama Falconí, D. E. (2015). *Dinámica familiar y estrés de los adolescentes de la escuela "Benito Juárez de Guaslán", Período Marzo- Agosto 2015*. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo.
- Izquierdo Moreno, C. (2003). Adolscente. En C. Izquierdo Moreno, *El mundo de los adolescentes* (págs. 15-16). México: Trillas.
- Jiménez Gutiérrez, T. (2006). *Familia y Problemas de Desajuste en la Adolescencia: el Papel Mediador de los Recursos Psicosociales*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Lazo Crespo, V. A. (2015). *Manifestaciones de la depresión y redimiento académico de los adolescentes de 15 a 19 años*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Manios Vanegas, M. A., & Rosero, B. N. (2011). *Manifestacione sy grados de depresión en un grupo de adolescentes de una Institución Educativa Distrital, de la localidad de Suba*. Bogotá: Pontifica Universidad Javeriana.
- Matud, M. P., Guerrero, K., & G, R. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7-21.
- Montesó Curto, P., Ferré Grau, C., Lleixà Fortuño, M., Albacar Riobóo, N., & Espuny Vidal, C. (2011). *Factores sociológicos que influyen en el desarrollo de la depresión en las mujeres*. Obtenido de Factores sociológicos que influyen en el desarrollo de la depresión en las mujeres: <http://revistas.um.es/hojasdewarmi/article/view/156831>
- Morán Morales, J. (2015). *Funcionamiento familiar y uso de redes sociales en adolescentes de segundo de bachillerato de la Unidad Educativa Santo Domingo de Guzmán*. Ambato: Universidad Técnica de Ambato.
- Núñez Casaño, J. A., & Saire Saire, C. M. (2015). Funcionamiento familiar y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima. En J. A. Núñez Casaño, & C.

- M. Saïre Saïre, *Funcionamiento familiar y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima* (pág. 12). Lima: Universidad Peruana Unión.
- Obando Castillo, R., & Cassaretto Bardales, M. (2011). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en adolescentes escolares en Lima*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Obando Castillo, R., & Cassaretto Bardales, M. (2011). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en adolescentes escolares de Lima*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Ochoa Torres, G. (2015). *Relación entre el funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la academia preuniversitaria Alexander Fleming Arequipa 2015*. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín.
- Orozco Cañar, R. V. (2012). *"Violencia intrafamiliar y relación con sintomatología depresiva y desempeño escolar en los y las adolescentes del Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo" de la ciudad de Loja en el período Mayo-Octubre 2012*. Loja: Universidad Nacional de Loja.
- Ortega, T., De la Cuesta, D., & Días, C. (2003). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana Enfermer*, 164-169.
- Páramo, M. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*, vol. 29, núm. 1, 85-95.
- Piedra Barros, K. M., & Pinanjota Armas, S. N. (2017). *Influencia de la familia en la depresión de los adolescentes del décimo año de la unidad educativa "Luis Felipe Borja del Alcázar" del distrito metropolitano de Quito durante el período octubre 2016 – febrero 2017*. Quito: Universidad Central del Ecuador.
- Procel Barragán, M. d. (2015). *Depresión asociada a la disfunción familiar en los estudiantes de octavo y noveno año de educación básica sección matutina del colegio Adolfo Valarezo de la Ciudad de Loja*. Ecuador- Loja: Universidad Nacional de Loja.
- Quezada, J., Zavala, E., & Lenti, M. (2015). Satisfacción familiar en mujeres jóvenes. *UNIFE*, 91-97.
- Riveros Nuñez, M. L., & Valles Valverde, A. A. (2017). *Funcionamiento Familiar y Nivel de Autoestima en Adolescentes, Alto Moche*. Perú: Universidad Nacional de Trujillo.
- Romero Suárez, R. E. (2017). *Ansiedad y Depresión y su influencia en el Rendimiento Académico de los adolescentes de 1ro de bachillerato de la Unidad Educativa*

“Juan de Velasco” de la ciudad de Riobamba, Período septiembre del 2014 a septiembre del 2015. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo.

- Sandoval Gutiérrez, F., & Sepúlveda Jara, C. (2012). *Auto-percepción del nivel de Satisfacción Familiar y Bienestar Psicológico en Adolescentes de la Ciudad de Chillán.* Chillán: Universidad del Bío Bío.
- Santillán Jiménez, W. C., & Cabezas Velasco, X. P. (2017). *Influencia de la comunicación familiar en la depresión de los adolescentes de décimo año de la Unidad Educativa Municipal Técnica y en Ciencias San Francisco de Quito - Guayllabamba, durante el periodo octubre 2016 – febrero 2017.* Quito: Universidad Central del Ecuador.
- Sanz, J., Perdigón, A., & Vásquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *Clínica y Salud* vol.14, 249- 280.
- Suárez Soto, E. (2013). *Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública.* Santiago- Chile: Universidad de Chile.
- Tirado Bocanegra, P., Álvarez Tinoco, V., Chávez Sánchez, M., Holguín Romero, S., Honorio Anticono, Á., Moreno Medina, M., Uribe Hidalgo, M. (2010). Satisfacción familiar y salud mental en alumnos universitarios ingresantes. *Revista de Psicología*, 42-48.
- Torres Quelal, D. M., & Tayo Naranjo, E. L. (2017). *La influencia de la funcionalidad familiar en el riesgo suicida y trastorno depresivo en adolescentes del Cantón Puerto Quito.* Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Urquiza Barahona, D. C. (2017). *Depresión en los y las adolescentes de décimo año de educación básica en la Unidad Educativa Municipal “Quitumbe”, durante el periodo octubre 2016– febrero 2017.* Quito: Universidad Central del Ecuador Facultad de Ciencias Médicas.

ANEXOS

Anexo 1 Carta dirigida a las autoridades

Quito, 23 de Octubre del 2017

Magister
Lucas Nicolalde
RECTOR DEL COLEGIO MUNICIPAL FERNÁNDEZ MADRID
Presente

De mi consideración:

Yo, Azucena Pilar Semblantes Tipantuña, Egresada, de la Universidad Internacional del Ecuador me dirijo a usted con la finalidad de presentarle la propuesta de investigación titulada “Percepción de la funcionalidad y grado de satisfacción del individuo respecto de su entorno familiar y la posible relación con la sintomatología depresiva en adolescentes”

A continuación expongo algunos puntos importantes sobre este estudio:

Propósito: El propósito del estudio es determinar la relación que existe entre la percepción de la funcionalidad y grado de satisfacción del individuo respecto de su entorno familiar con la sintomatología depresiva en adolescentes, con el fin de dar a conocer estos datos al colegio participante para generar estrategias de intervención.

La metodología que se utilizará: La participación de los alumnos de Primero, Segundo y Tercero de Bachillerato que consistirá en responder unos test que evalúan la satisfacción y la funcionalidad familiar y otro que evalúa la sintomatología depresiva, y responderlos en una escala del 1 al 5, se realizará en grupo, a cada participante se le entregará una carpeta con los respectivos test para que pueda llenarlos.

Cuántos participantes requerirá: Todos los alumnos que estén en Primero, Segundo y Tercero de Bachillerato.

Tiempo requerido: El estudio requerirá aproximadamente de 1 hora cada día por el período de semana.

Riesgos: este estudio no conlleva riesgos para su salud ni la persona del alumno, debido a que solo se hará una recolección de datos conservando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad de los datos obtenidos en esta investigación

Beneficios: No hay beneficios directos para estudiante por participar en este estudio de investigación. El estudio puede ayudarnos a entender cómo influye el entorno familiar en la sintomatología depresiva y por medio de esto crear planes de prevención y de intervención para los y las adolescentes dentro del Colegio.

Participación voluntaria: La participación de todas las personas es absolutamente voluntaria, para esto se

informará a cada persona sobre el procedimiento para obtener los consentimientos y asentamientos.

Agradezco su amable atención y quedo presto a responder cualquier inquietud que tuviere.

Atentamente,

AZUCENA SEMBLANTES

2627899/0998259589

azsemblantesti@uide.edu.ec

CI: 1751596568

Anexo 2 Carta dirigida a los padres de familia



Escuela de
PSICOLOGÍA

UIDE
Universidad Internacional del Ecuador

Quito, __ de Noviembre del 2017

Querido padre de familia:

Mi nombre es Azucena Semblantes y estoy llevando a cabo un estudio de investigación en la clase de Primero, Segundo y Tercero de Bachillerato. Estoy interesado en estudiar cómo influye la percepción de la satisfacción y funcionalidad de la familia en la sintomatología depresiva en los adolescentes.

Voy a visitar el colegio y estaré en la clase de su hijo una vez durante aproximadamente una hora. Mientras esté en el aula, voy a entregarle a los chicos cuatro test que miden la funcionalidad, la satisfacción y depresión a los que deberán responder del 1 al 5 y observare como responden. No voy a registrar el nombre de su hijo/a en ningún documento o cualquier otro material que lo identifique. Su hijo no va a hacer nada que esté fuera del aula y no hay ningún riesgo para su hijo. Esta participación de su hijo no afectará a sus calificaciones.

Si usted tiene alguna pregunta o inquietud acerca del estudio, o si desea retirar a su hijo del estudio, por favor póngase en contacto conmigo: Azucena Semblantes

Datos de contacto: 2627899/0998259589 Correo: azsemblantesti@uide.edu.ec

Atentamente,

Azucena Semblantes

Anexo 3 Acuerdo de consentimiento informado para padres

Acuerdo de Consentimiento Informado para padres / tutores

Por favor lea atentamente este acuerdo de consentimiento antes de tomar una decisión sobre su participación en el estudio. Su hijo/a también recibirá un formulario de asentimiento; revise con él/ella ese formulario.

Propósito del estudio de investigación: El propósito del estudio es determinar la relación que existe entre la percepción de la funcionalidad y grado de satisfacción del individuo respecto de su entorno familiar con la sintomatología depresiva en adolescentes, con el fin de dar a conocer estos datos al colegio participante para generar estrategias de intervención.

Lo que su hijo hará en el estudio: La participación de su hijo/a consistirá en responder unos test que evalúan la satisfacción y la funcionalidad familiar y otro que evalúa la sintomatología depresiva, y responderlos en una escala del 1 al 5, se realizará en grupo, a cada participante se le entregará los respectivos test para que pueda llenarlos.

Tiempo requerido: El estudio requerirá aproximadamente de 1 horas del tiempo de su hijo/a.

Riesgos: El que Ud. decida que su hijo/a participe de este estudio no conlleva riesgos para su salud ni su persona, debido a que solo se hará una recolección de datos conservando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad de los datos obtenidos en esta investigación

Beneficios: No hay beneficios directos para usted o su hijo por participar en este estudio de investigación. El estudio puede ayudarnos a entender cómo influye el entorno familiar en la sintomatología depresiva y por medio de esto crear planes de prevención y de intervención para los y las adolescentes.

Confidencialidad: Una vez finalizada la investigación usted podrá conocer los resultados, los cuales serán usados únicamente con fines científicos. La información será almacenada en un artículo científico y quedará bajo el resguardo del investigador principal.

Datos relacionados con la información de identificación:

La información hijo (a) entregarán en el estudio serán manejados confidencialmente. A la información de su hijo se le asignará un número de código. El nombre de su hijo y su nombre no se utilizarán en ningún informe.

Participación voluntaria: La participación de su hijo en el estudio es completamente voluntaria.

Derecho a retirarse del estudio: Usted tiene el derecho de retirar a su hijo del estudio en cualquier momento sin penalización, y la información que hemos recogido será descartada del estudio y eliminada.

Cómo retirarse del estudio: Si su hijo/a desean retirarse del estudio, comuníquelo al investigador. No hay penalidad por retirarse.

Si tiene preguntas sobre el estudio, comuníquese con:

Nombre del investigador principal: Azucena Semblantes

Entidad a la que pertenece: Universidad Internacional del Ecuador

Dirección: Av. Cardenal de la Torre S13-248

Correo electrónico: azsemblantesti@uide.edu.ec

Teléfono de contacto: 2627899/0909259589

Nombre del Tutor: Marielisa Paz y Miño Palacios

Entidad a la que pertenece: Universidad Internacional del Ecuador

Correo electrónico: mapazymino@uide.edu.ec

Teléfono de contacto: 2898353/ 0999700051

Acuerdo:

- ☐ Estoy de acuerdo en permitir que mi hijo/a participe en el estudio de investigación descrito arriba.
- ☐ No estoy de acuerdo en permitir que mi hijo/a participe en el estudio de investigación descrito arriba

Nombre: _____ **Firma:** _____

Fecha: _____

Usted recibirá una copia de este acuerdo para su registro.

Anexo 4 Carta de asentamiento para menores de edad

Carta de asentimiento para menores de 13-17 años de edad

Por favor, lee este documento con tu(s) padre (s) o tutor (es) antes de decidirte a participar en el estudio. Tu padre o tutor también te dará permiso para que participes en el estudio que describo aquí.

Este estudio nos ayudará a aprender más acerca del cómo influye la familia en la sintomatología depresiva en los adolescentes. Quisiera contar con tu participación en el estudio porque está dirigido a adolescentes entre 15- 18 años de un Colegio de la Ciudad de Quito.

Si aceptas participar, te voy a pedir que respondas unos test que evalúan la satisfacción y la funcionalidad familiar y otro que evalúa la sintomatología depresiva, y responderlos en una escala del 1 al 5.

No conlleva riesgos para tu salud ni tu persona, debido a que solo se hará una recolección de datos conservando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad de los datos obtenidos en esta investigación.

Tus papás/tutor saben sobre este estudio y te estamos preguntando si te gustaría participar en él.

Tu participación en el estudio es completamente voluntaria.

No es obligatorio que participes en este estudio. Es tu decisión. Puedes decir que sí hoy y luego cambiar de opinión. Todo lo que tienes que hacer es decirnos cuando ya no quieras participar. Nadie se molestará contigo si no quieres estar en el estudio.

Antes de decir que **sí o no** a participar en este estudio, responderemos cualquier pregunta que tengas. Si decides participar, puedes hacer preguntas en cualquier momento. Sólo comenta a tus papás / tutor o al investigador que tienes una pregunta.

Acuerdo:

Acepto participar en el estudio de investigación descrito anteriormente.

Nombres y Apellidos: _____

Fecha: _____

Anexo 5 Cuestionario (Ad Hoc)

“Percepción de la funcionalidad y grado de satisfacción del individuo respecto de su entorno familiar y la posible relación con la sintomatología depresiva en adolescentes.”

El propósito de los cuestionarios que encontrarás a continuación es conocer tu opinión sobre algunos aspectos del funcionamiento y satisfacción familiar y su relación con los síntomas depresivos. Las respuestas serán confidenciales y tus opiniones muy importantes para este estudio. Se pretende conocer tu sincera opinión así que por favor responde con toda sinceridad a cada uno de ellos.

Cuestionario (Ad hoc)

Esta sección pretende recoger información relevante sobre tus datos personales y familiares

- 1. Grado escolar:**
- 2. Edad:**
- 3. Sexo:** Mujer ____ Hombre ____
- 4. Estado civil de tus padres:** Casados ____ Divorciados ____ Unión libre ____ Separados ____ Otro: _____
- 5. Vives con:** ambos padres ____ solo con papá ____ solo con mamá ____ Otra persona ____
- 6. Cuántos hermanos tienes** _____
- 7. Qué lugar ocupas en tu familia:** primer hijo ____ segundo hijo ____ tercer hijo ____ Otro ____
- 8. Consideras que la expresión de sentimientos en tu familia es importante:** SI ____ NO ____
- 9. Con quién pasas las tardes:** ambos padres ____ solo con papá ____ solo con mamá ____ Ninguno ____ Otra persona ____
- 10. Quien pone las normas en casa:** ambos padres ____ solo papá ____ solo mamá ____ Ninguno ____ Otra persona ____
- 11. Quién trabaja en casa:** ambos padres ____ solo papá ____ solo mamá ____ Ninguno ____ Otra persona ____

Anexo 6 Cuestionario de Funcionamiento Familiar

Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF- SIL)

A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

		Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias en situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Anexo 7 Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos

Escala de Satisfacción Familiar por adjetivos (ESFA)

Instrucciones

En la presente hoja encontrará una lista de pares de adjetivos por seis casillas. Fíjese en cada uno de ellos y piense cuál de los dos adjetivos describe mejor su situación en respuesta a la frase: "CUANDO ESTOY EN CASA, CON MI FAMILIA, MÁS BIEN ME SIENTO...".

Una vez que haya elegido el adjetivo, valore el grado que alcanza en su caso (Totalmente, bastante, algo) y ponga una (X) en la casilla correspondiente

" CUANDO ESTOY EN CASA, CON MI FAMILIA, MÁS BIEN ME SIENTO..."									
		Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente		
1	Feliz							Infeliz	1
2	Aislado/a							Acompañado/a	2
3	Jovial							Malhumorado/a	3
4	Reconfortado/a							Desconsolado/a	4
5	Criticado/a							Apoyado/a	5
6	Sosegado/a							Desosegado	6
7	Descontento/a							Contento/a	7
8	Inseguro/a							Seguro/a	8
9	A gusto							A disgusto	9
10	Satisfecho/a							Insatisfecho/a	10
11	Cohibido/a							A mis anchas	11
12	Desanimado/a							Animado/a	12
13	Entendido/a							Malinterpretado/a	13
14	Incómodo/a							Cómodo/a	14
15	Atosigado/a							Aliviado/a	15
16	Invalído/a							Respetado/a	16
17	Relajado/a							Tenso/a	17
18	Marginado/a							Integrado/a	18
19	Agitado/a							Sereno/a	19
20	Tranquilo/a							Nervioso/a	20
21	Atacado/a							Defendido/a	21
22	Dichoso/a							Desdichado/a	22
23	Desahogado/a							Agobiado/a	23
24	Comprendido/a							Incomprendido/a	24
25	Distante							Cercano/a	25
26	Estimulado/a							Reprimido/a	26
27	Mal							Bien	27

Anexo 8 Inventario de depresión de Beck

BDI-II Inventario de depresión de Beck

Instrucciones

En el cuestionario hay varios grupos de afirmaciones. Lea cuidadosamente cada uno de los grupos y después elija la afirmación en cada grupo que describa mejor como se ha sentido en la **última semana** incluyendo **hoy**.

En cada literal escoja una opción:

1)

- 0. No me siento triste
- 1. Me siento triste.
- 2. Siempre me siento triste y no puedo quitarme la tristeza de encima.
- 3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2)

- 0. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- 1. Me siento desanimado respecto al futuro.
- 2. Siento que no hay nada que me haga ilusión.
- 3. Siento que no tengo ninguna esperanza en el futuro y las cosas no pueden mejorar.

3)

- 0. No me siento fracasado.
- 1. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- 3. Me siento una persona totalmente fracasada.

4)

- 0. Las cosas me siguen satisfaciendo igual que antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Ya no encuentro verdadera satisfacción en nada.
- 3. Todo me incomoda o aburre.

5)

- 0. No me siento particularmente culpable.
- 1. Me siento culpable en muchas ocasiones.
- 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
- 3. Siempre me siento culpable

6)

- 0. No siento que esté siendo castigado.
- 1. Siento que puedo ser castigado
- 2. Espero ser castigado
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7)

- 0. No me siento decepcionado conmigo mismo.

1. Me siento decepcionado conmigo mismo.
2. Me da vergüenza conmigo mismo.
3. Me odio.

8)

0. No creo que sea peor que cualquier otra persona.
1. Soy crítico conmigo mismo acerca de mis debilidades y errores
2. Siempre me estoy culpando por mis fallas
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9)

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
2. Desearía suicidarme.
3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10)

0. No lloro más de lo que solía llorar.
1. Lloró más de lo que solía llorar
2. Ahora siempre estoy llorando
3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11)

0. Las cosas no me irritan más de lo que me irritaban antes.
1. Estoy algo más irritado que de costumbre.
2. Estoy irritado gran parte del tiempo.
3. Siempre estoy irritado.

12)

0. No he perdido el interés por las demás personas.
1. Estoy menos interesado en las otras personas de lo que solía estarlo.
2. He perdido la mayor parte de mi interés en las otras personas
3. He perdido todo el interés en las otras personas.

13)

0. No tengo ningún problema en seguir tomando decisiones.
1. Pospongo tomar decisiones más de lo que solía hacerlo.
2. Tengo mucha más dificultad que antes en tomar decisiones
3. Soy incapaz de tomar decisiones.

14)

0. No creo tener peor aspecto que antes.
1. Me preocupa el hecho de volverme viejo o poco atractivo.
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen poco atractivo.
3. Creo que soy feo.

15)

- 0. Puedo realizar mis tareas igual que antes
- 1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme mucho si quiero hacer algo.
- 3. No puedo hacer nada en absoluto.

16)

- 0. Puedo dormir tan bien como siempre.
- 1. No puedo dormir tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.

17)

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso con más facilidad de la acostumbrada.
- 2. Me canso si hago cualquier cosa, por pequeña que sea.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer algo.

18)

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. Mi apetito ha disminuido
- 2. Apenas tengo apetito
- 3. He perdido completamente el apetito.

19)

- 0. No he perdido nada de peso.
- 1. He perdido más de 2 kilos de peso.
- 2. He perdido más de 5 kilos de peso.
- 3. He perdido más de 7 kilos de peso.

20)

- 0. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- 1. Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- 2. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
- 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21)

- 0. Recientemente no he notado cambios en mi interés por el sexo.
- 1. Tengo menos interés por el sexo del que solía tener.
- 2. Casi no tengo interés por el sexo.
- 3. He perdido completamente mi interés por el sexo

Anexo 9 Fotos



















GLOSARIO DE TÉRMINOS

Familia: Es la organización más elemental, es el seno en donde se establecen las primeras relaciones de aprendizaje social, se conforman las pautas de comportamiento y se inicia el desarrollo de la personalidad. Es una institución que varía, se transforma, se adapta, se reinventa, perdura y puede constituir un elemento en la vida y del bienestar propio. Es el lugar en donde se aprende cómo se debe ser y lo que se debe hacer de adulto.

Satisfacción familiar: Es la percepción que tienen los miembros de una familia en cuanto a la comunicación entre ellos, el grado de cohesión, es decir, unión y el nivel de adaptabilidad familiar de los miembros entre sí con su entorno, para que haya una buena satisfacción familiar los miembros deben percibir que son aceptados, validados por los demás, para desarrollar pautas de interacción adecuadas, cooperativas e intercambiaran emociones y sentimientos que fortalecerán la imagen mutua de cada integrante.

Familia funcional: Una familia es funcional cuando el grado de satisfacción que se da a las necesidades biológicas, psicológicas, económicas y sociales de cada integrante es óptimo, la principal característica de una familia funcional es que en ella se promueve un desarrollo favorable para todos sus miembros, teniendo jerarquías, límites y roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio, permitiendo que cada uno tenga sus propios espacios, sus actividades personales y su vida social independiente.

Familia disfuncional: Una familia es disfuncional cuando no existe la capacidad para adaptarse a los cambios y las reglas son rígidas y no les permiten desarrollarse a sus miembros, es decir, cuando la familia se convierte en un contexto donde se impide generar recursos para enfrentarse a la vida. Se convierte en disfuncional cuando no se respeta la jerarquía, hay una comunicación incoherente, confusa e indirecta, motivos por los cuales el sistema familiar se enferma progresivamente, desarrollando actitudes erróneas como adicciones, delincuencia, trastornos de conducta, embarazos no planeados, etc.

Adolescencia: Etimológicamente, *adulescens* proviene del verbo *adolescere* que significa crecer, desarrollarse, es un período en el que el individuo transita de la niñez hacia la edad adulta, durante la cual se manifiestan cambios tanto de orden biológico, físico, psicológico, social y afectivo. En el Código de la Niñez y la Adolescencia de Ecuador define al adolescente como la persona de ambos sexos entre 12 y 18 años de edad.

Depresión: De acuerdo a la OMS, la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida del interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastorno del sueño, pérdida del apetito, sensación de cansancio, falta de concentración, entre otros, la cual interfiere en la vida de la persona la mayor parte del día durante al menos dos semanas.

Factores de riesgo: Son un conjunto de situaciones, circunstancias o características personales, sociales, económicas, culturales, entre otros, el constituyen un patrón de vulnerabilidad para el adolescente.

Factores de protección: Hablar de factores protectores, es hablar de características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento de la salud y que puede contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo.

Volitivo: proviene del latín y su traducción está directamente relacionada con el verbo “querer”. La Real Academia Española (RAE) afirma que volitivo es aquello relacionado con los actos y fenómenos de la voluntad. Querer hacer algo depende en gran medida de nuestra voluntad. La voluntad equivale a una serie de procesos, los procesos volitivos. El primer paso en todo proceso volitivo es la determinación, es decir, la firmeza de nuestra voluntad que nos impulsa a la acción. En otras palabras, estaríamos hablando de un estado de ánimo que nos predispone de una determinada manera. El segundo paso consiste en determinar el propósito y valorar si es factible y posible su realización. Un tercer apartado es la deliberación, en la cual se reflexiona sobre lo que se quiere hacer. En consecuencia, en el proceso volitivo intervienen la razón humana y, al mismo tiempo, la voluntad y la sensibilidad.

Familias rígidas: Una familia es rígida cuando hay una dificultad grande para asumir, por parte de los padres, los cambios que experimentan sus hijos, aunque pase el tiempo y dejen de ser niños, los padres de esta familia los seguirán tratando como cuando eran pequeños, es una forma de no admitir el crecimiento por eso se muestran rígidos y autoritarios con ellos.

Familias desavenidas: Familias discordes en donde los miembros se encuentran enemistados.

Costumbres familiares: Las costumbres y tradiciones se vinculan siempre con la identidad y el sentimiento de pertenencia de los individuos que conforman una familia. Las costumbres son formas, actitudes, valores, acciones y sentimientos que por lo general tienen su raíz en tiempos inmemoriales y que, en muchos casos, no tienen explicación lógica, sino que simplemente se fueron estableciendo con el tiempo hasta volverse casi irrevocables. Las costumbres son formas de comportamiento particular que asume toda la familia y que la distinguen de otros grupos familiares. Se van pasando de una generación a otra como, por ejemplo: visitar a los abuelos los domingos, desayunar juntos los sábados, reunirse todos en la pascua.

Creencias familiares: Las creencias familiares heredadas son un saco de mensajes, imágenes, ideas y frases que has ido registrando a lo largo de tu vida de forma inconsciente, pero que determinan su comportamiento, es decir, que estas creencias ejercen un gran poder de actuación en nuestras vidas y en todo lo que materializamos en ella. No todas las creencias son positivas pueden haber otras creencias perjudiciales, las cuales se deben trabajar para que no irruman en el desarrollo de los miembros del entorno familiar. Algunos ejemplos de creencias familiares serían las creencias acerca de lo que significa ser padre o madre, creencias asociadas al uso o no uso de la violencia como medida de disciplina para los niños, entre otras.