



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO CON RELACIÓN A LOS NIVELES DE DEPRESIÓN
EN LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, DEL CANTÓN AMBATO, DE LA
PROVINCIA DE TUNGURAHUA”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Suárez Mendoza, Carmen Esthela

Tutora: Ps. Cl. Mg. Robayo Carillo, Jessy Mariana

Ambato – Ecuador

Junio 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CON RELACIÓN A LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, DEL CANTÓN AMBATO, DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA” de Carmen Esthela Suárez Mendoza, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del Jurado Examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Febrero del 2016

LA TUTORA

.....
Ps. Cl. Mg. Robayo Carillo, Jessy Mariana

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación:

“DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CON RELACIÓN A LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, DEL CANTÓN AMBATO, DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA”, así como los contenidos, ideas, análisis, conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Febrero del 2016

LA AUTORA

.....
Suárez Mendoza, Carmen Esthela

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga con este proyecto de investigación o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este proyecto de investigación, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando ésta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Febrero del 2016

LA AUTORA

.....
Suárez Mendoza, Carmen Esthela

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de investigación, sobre el tema: **“DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CON RELACIÓN A LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, DEL CANTÓN AMBATO, DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA”**, de Carmen Esthela Suárez Mendoza, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Junio del 2016

Para constancia firman

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

AGRADECIMIENTO

De manera especial quiero expresar mi agradecimiento, reconocimiento y cariño a mi esposo e hijas por todo el apoyo, amor, sacrificio y paciencia que demostraron durante este tiempo de estudio, quienes supieron motivarme con sus consejos y palabras de aliento para lograr mi meta.

De igual manera un profundo agradecimiento a todos y cada uno de los docentes de la Carrera de Psicología Clínica quienes han sabido impartir sus conocimientos y ser un apoyo durante la formación de mi Carrera Universitaria, y un reconocido agradecimiento a mi Tutora Psi. Cli. Mg. Jessy Robayo quien supo asesorarme y guiarme con sus conocimientos para el desarrollo de presente proyecto desde el inicio hasta su culminación.

Agradezco a las autoridades de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, quienes dieron la apertura para la realización de este proyecto, así como también a los estudiantes involucrados en la investigación.

Carmen Esthela Suárez Mendoza

DEDICATORIA

A Dios por proporcionarme de la sabiduría y las fuerzas necesarias para continuar con mi metas, por permitirme llegar a este momento especial de mi vida, por los triunfos y los momentos difíciles que he tenido que vivir y que me han enseñado a ser cada día más fuerte y perseverante para alcanzar mis sueños.

A mi esposo Fabricio y a mis hijas Solange y Doménica, quienes han sido mi inspiración y los que me han brindado el apoyado incondicional durante todo el tiempo de estudio, por sus consejos, su comprensión, amor y tolerancia en todos los momentos, desde los más difíciles hasta los de inmensa alegría y que han sido de gran ayuda para poder llegar hasta el final del camino.

Carmen Esthela Suárez Mendoza

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA	vii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	2
EL PROBLEMA	2
1.1 Tema.....	2
1.2 Planteamiento del problema	2
1.2.1 Contexto	2
1.2.2 Formulación del problema	8
1.3 Justificación.....	8
1.4 Objetivos	9
1.4.1 Objetivo General:.....	9
1.4.2 Objetivos Específicos:	10

CAPÍTULO II	11
MARCO TEÓRICO	11
2.1 Estado del Arte	11
2.1.1 Disfuncionalidad Familiar	11
2.1.2 Estrategias de Afrontamiento.....	14
2.1.3 Niveles de depresión.....	17
2.2 Fundamento Teórico.....	20
2.2.1 Disfuncionalidad Familiar	21
2.2.2 Estrategias de Afrontamiento.....	40
2.2.3 Niveles de depresión.....	45
CAPÍTULO III	56
MARCO METODOLÓGICO	56
3.1 Tipo de investigación	56
3.2 Selección del área o ámbito de estudio.....	57
3.3 Población y Muestra	57
3.3.1 Población	57
3.3.2 Muestra	57
3.4 Criterios de inclusión y exclusión:	57
3.4.1 Criterios de inclusión.....	57
3.4.2 Criterios de exclusión	57
3.5 Diseño muestral.....	58
3.6 Operacionalización de Variables.....	59
3.7. Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información	62

3.8 Aspectos éticos	63
CAPÍTULO IV	65
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	65
4.1 Análisis e Interpretación.....	65
4.2 Correlación de datos de las Variables	71
4.3 Verificación de Hipótesis	78
CAPÍTULO V.....	80
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	80
5.1 Conclusiones:	80
5.2 Recomendaciones	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
BIBLIOGRAFÍA.....	82
LINKOGRAFÍA.....	83
CITAS BIBLIOGRÁFICAS_BASE DE DATOS UTA	91
ANEXOS	93
Anexo 1.- HOJA DE CONSENTIMIENTO	94
Anexo 2.- CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS	95
Anexo 3.- INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK	97
Anexo 4.- CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL) .	100

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°. 1: Operacionalización V.I.: Disfuncionalidad Familiar.....	59
Tabla N°. 2: Operacionalización V.I.: Estrategias de Afrontamiento.....	60
Tabla N°. 3: Operacionalización V.D.: Niveles de depresión.....	61
Tabla N°. 4: Datos con relación al Género.....	65
Tabla N°. 5: Funcionamiento Familiar (FF-SIL).....	67
Tabla N°. 6: Afrontamiento de Estrés.....	68
Tabla N°. 7: Niveles de depresión.....	70
Tabla N°. 8: Contingencia Func. Familiar-Afrontamiento de Estrés.....	71
Tabla N°. 9: Contingencia Func. Familiar-depresión.....	74
Tabla N°. 10: Contingencia Afrontamiento y estrés-depresión.....	76
Tabla N°. 11: Correlaciones de variables.....	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1: Género	66
Figura N° 2: Funcionamiento Familiar.....	67
Figura N° 3: Estrategias de Afrontamiento	69
Figura N° 4: Niveles de depresión.....	70
Figura N° 5: Contingencia entre Func. Familiar y Afrontamiento de Estrés	73
Figura N° 6: Contingencia Func. Familiar y depresión.....	75
Figura N° 7: Contingencia Afrontamiento y Estrés-depresión.....	77

UNIVERSIDAD TÉCNICA AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO CON RELACIÓN A LOS NIVELES DE DEPRESIÓN
EN LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, DEL CANTÓN AMBATO, DE LA
PROVINCIA DE TUNGURAHUA”**

Autora: Suárez Mendoza, Carmen Esthela

Tutora: Ps. Cl. Mg. Robayo Carillo, Jessy Mariana

Fecha: Febrero, 2016

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene por objeto investigar si la disfuncionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento tienen relación alguna con los niveles de depresión, este estudio se realizó con los estudiantes de la Carrera Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato.

Revisando los diferentes conceptos científicos que abordan el problema de disfuncionalidad familiar y las diferentes estrategias de afrontamiento se establece que cuando se presentan problemas en el sistema familiar pueden provocarse desequilibrios tanto a nivel emocional físicos y psicológicos en los miembros de la familia y de no contar con las estrategias adecuadas para afrontar situaciones de estrés, pueden llegar a desencadenar una depresión.

Con la finalidad de determinar la relación que puede existir entre la disfuncionalidad familiar, estrategias de afrontamiento y niveles de depresión, se realizó un estudio de

bibliográfica-documental, transversal cuali-cuantitativo y de campo, donde se aplicó el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) y el Inventario de depresión de Beck (BDI) a una muestra de 174 estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato.

Los resultados obtenidos en esta investigación concluyen que, el 55,75% de los estudiantes tienen una familia moderadamente funcional, con respecto a las estrategias de afrontamiento se obtuvo que el 26,44% de los estudiantes hacen uso de la reevaluación positiva frente a las diversas situaciones generadoras de estrés y con respecto a la presencia de depresión se obtuvo que el 81,61% no tiene depresión o los síntomas son mínimos.

PALABRAS CLAVES: FAMILIA, FUNCIONALIDAD, DISFUNCIONALIDAD_FAMILIAR, ESTRATEGIAS_AFRONTAMIENTO, NIVELES_DEPRESIÓN.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
HEALTH SCIENCES FACULTY
CLINICAL PSYCHOLOGY CARRER

**DYSFUNCTIONAL FAMILIES AND CONFRONTATION STRATEGIES IN
RELATION TO DEPRESSION LEVELS IN STUDENTS NURSING CAREER
AT THE TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO, THE CANTON
AMBATO, PROVINCE OF TUNGURAHUA.**

Author: Suárez Mendoza, Carmen Esthela

Tutor: Ps. Cl. Mg. Robayo Carrillo, Jessy Mariana

Date: February, 2016

ABSTRACT

This research aims to investigate whether family dysfunction and coping strategies are related to depression levels, the study was conducted with the students of the School of Nursing at the Technical University of Ambato.

Checking the different scientific concepts that address the problem of dysfunctional families and different coping strategies provides that when there are problems in the family system can be caused to physical and psychological imbalances emotional level members of the family and not having the right to face stressful situations, strategies can bring on depression.

In order to determine the relationship that may exist between family dysfunction, coping strategies and depression levels, it has made a qualitative and quantitative transversal correlational research, field and bibliographic-documentary, where the Family Functioning applied (FF-SIL), Stress Coping Questionnaire (CAE) and the

Beck Depression Inventory (BDI) to 174 students of the undergraduate course at the Technical University of Ambato.

The results obtained in this research conclude that the 55.75% of students have a moderately functional family, in relation to coping strategies was obtained that 26.44% of students use positive reappraisal against the generating various stress situations and with respect to the presence of depression was obtained 81.61% that has no depression or symptoms are minimal

KEY WORDS: FAMILY, FUNCTIONALITY, FAMILY DYSFUNCTION, COPING STRATEGIES, LEVELS OF DEPRESSION

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación gira en torno a la disfuncionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento con relación a los niveles de depresión en los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, considerando que la familia es un sistema importante dentro de la sociedad, encargada de garantizar el desarrollo y bienestar tanto biológico, psicológico y social de cada uno de sus miembros. La presencia de familias disfuncionales representa una amenaza para el buen desenvolvimiento y desarrollo de los hijos, siendo estos los más vulnerables a sufrir las consecuencias de los conflictos, la falta de comunicación, o empatía que se dan en una familia.

Los estudiantes por encontrarse en una etapa que demanda esfuerzo y dedicación se encuentran bajo presión, provocando situaciones de estrés y que de no hacer uso adecuado de las estrategias de afrontamiento pueden ocasionar diferente sintomatología como es la depresión, ansiedad, conductas inadecuadas, bajo rendimiento, etc., teniendo en cuenta que no todas las personas reaccionan igual frente a una misma situación, ya que para una persona puede llegar a ser estresante y sentir que está fuera de sus manos, mientras que, para otra lo podría tomar de diferente manera y buscar alternativas de solución. Esto dependerá de cómo se perciba el suceso y de los recursos con los que se cuente, que son las estrategias de afrontamientos a utilizarse través de una serie de pensamientos y acciones que le lleven buscar alternativas de solución al problema.

Con respecto a la depresión se encuentra que es uno de los trastornos del estado de ánimo que se ha convertido en un tema importante para la salud, por los altos índices de casos reportados en la actualidad, y que en muchos de estos casos están relacionados con los estudiantes, que aparte de no contar con una familia funcional, están presionados con las exigencias académicas, generando un estado de estrés y depresión, que al no recibir una atención oportuna puede llegar a situaciones peores.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Tema

Disfuncionalidad familiar y estrategias de afrontamiento con relación a los niveles de depresión en los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, del cantón Ambato, de la provincia de Tungurahua.

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contexto

Hablar sobre disfunción familiar en la actualidad se ha convertido en uno de los temas de mayor interés, tomando en cuenta que el bienestar familiar depende del nivel de funcionalidad con el que se desarrolle la familia. En los últimos años la familia ha sufrido cambios en su composición, es así que las familias nucleares han disminuido y se han incrementado los divorcios, como consecuencia de diferentes fenómenos sociales: conflictos, creencias, migración, poca comunicación, maltrato intrafamiliar, etc., problemas que de una u otra manera obstaculizan el desarrollo y la salud de los miembros de la familia, ocasionando diversos problemas especialmente a los hijos. Para aportar con datos que sustenten a esta investigación, se ha procedido a tomar como referencia cifras encontradas en diversas investigaciones y estudios que han sido aplicadas a diferentes poblaciones y que de alguna manera podrían estar inmersas con el disfuncionamiento familiar.

Según Ullman, Maldonado y Nieves (2014), en su publicación para la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), donde se han abordado a las familias y los cambios que se han producido con respecto a la estructura familiar en América Latina entre los años 1990 y 2010. Tomando como referencia cuatro modelos de familias: familias nucleares aquellas compuestas por los padres y sus hijos, y en otros casos monoparental conformada por un progenitor con o sin hijos; familias extensas aquellas que además de papá, mamá e hijos conviven con otros parientes; familias compuestas aquellas que además de la familia nuclear viven con otros miembros sin relación de parentesco y finalmente los hogares no familiares donde no existe un núcleo conyugal y están conformadas por una o por personas que no tienen ninguna relación de parentesco inmediato. De acuerdo a los datos se encuentra que de un 68% a 63,6 % los hogares nucleares han disminuido, mientras que los hogares extensos se mantienen alrededor en un 20%, en tanto que los hogares no familiares han aumentado en un 11,3% a 16,0%. De igual manera han aumentado los hogares monoparentales teniendo un mayor incremento en el Perú con el 12,4% y Chile con un 31,3%. Para el año 2010 los hogares biparentales nucleares y extensos son los que prevalecen en América Latina en un 52,1%. Además se constata un incremento entre un 7,9% a 10,9% de hogares monoparentales en su mayoría encabezados por mujeres.

Por su parte el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2014), en vista del incremento de divorcios que se han presentado en los últimos años en el Ecuador, se realiza una comparación entre los índices de divorcio entre los años 2004 y el 2013 alcanzando un incremento del 87,73% en tanto que los matrimonios han sufrido una decadencia del 14,71%, y en comparación entre los años 2012 y 2013 el incremento de divorcios es de 4,05% con un tiempo promedio de duración de 15 años, mientras que los matrimonios disminuyeron en un 6,52%. A nivel de la Sierra es donde más se registran casos de matrimonios alcanzando un 52,52%, y la región insular es la que menor número de divorcios reporta con un 0,18%.

Por otra parte el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia de Ecuador (2010), encuentra que en el Ecuador durante el año 2010 el 44% de menores comprendidos entre 5 y 17 años de edad son víctimas de violencia por parte de sus progenitores. Con respecto a los adolescentes entre 1997 y el 2009 el suicidio representa la primera causa de muerte, mientras que en la costa los casos de homicidio son los que tienen mayor prevalencia como es el caso de las provincias del Guayas, Esmeraldas y Sucumbíos. Para el 2013 se reportan 676 casos de suicidios, que al ser analizados se halla que en los 179 casos están involucrados adolescentes de las edades entre 10 y 19 años. Haciendo relación estos datos con la problemática de la disfuncionalidad familiar, podría decirse que estas conductas son la consecuencia de no contar con una familia funcional, donde los roles, límites y jerarquías no se encuentran bien establecidas, no existe una buena comunicación, no existe la presencia de la figura paterna, etc., diversos factores que llevan a dejar de lado el cuidado y la atención de las necesidades biológicas y afectivas de sus hijos, quienes por sus cargas emocionales toman decisiones equivocadas, involucrándose en el consumo de alcohol y sustancias, abandono del hogar, conductas delictivas y en el peor de los casos a terminar con sus vidas.

En Ecuador según datos estadísticos reportados por el INEC (2011), se encuentra que, a nivel de las ciudades de Cuenca, Ambato, Quito, Guayaquil y Machala el 41,2% de las personas consideran que la familia es lo más importante; con respecto al género un 46,27% de las mujeres consideran que lo más importante es la familia y en segundo lugar el trabajo, mientras que para el 40,75% de los hombres considera que el trabajo es más importante, y en segundo lugar la familia. Por otro lado también se comprueba que para las personas de menores recursos económicos dan mayor importancia al trabajo, lo contrario a las personas que gozan de una mejor economía quienes dan mayor importancia a la familia.

Finalmente para Mera (2015), en su investigación sobre el funcionamiento familiar en las madres adolescentes que fueron internadas en el Hospital Docente Ambato como víctimas de estupro, el autor concluye que el 57,14% de las madres encuestadas

proceden de una familia disfuncional donde no contaban con el apoyo y respaldo de sus familiares, mientras que el 42,85% manifiesta que provienen de una familia moderadamente funcional.

Otra de las variables a investigar en este proyecto son las estrategias de afrontamiento que se dan ante situaciones de estrés. Se ha considerado a los estudiantes una de las poblaciones más vulnerables frente a este fenómeno, debido a que a diario están sometidos a exigencias y presiones de índole académico fundamentalmente, y a medida que los estudiantes están en niveles superiores las exigencias también son mayores, lo que reduce su tiempo de estudio y requiere de mayor esfuerzo y dedicación. De no contar con las estrategias de afrontamiento adecuadas podrían desencadenar problemas a nivel emocional, físico y psicológico, afectando tanto a sus actividades cotidianas como a sus relaciones interpersonales. Existen varias investigaciones realizadas al respecto las cuales presentan diversos resultados y que por su relevancia se nombrarán a continuación.

De acuerdo con la American Psychological Association (2014), en su artículo publicado con el título “Encuesta de la Asociación Americana de Psicología demuestra que el estrés en los adolescentes es similar al de los adultos”, señala que el estrés es un problema grave que cada vez afecta a un mayor número de personas sin importar su condición, sexo, edad, sean adultos, adolescentes o niños pueden presentar estrés. Según los resultados de la encuesta sobre el estrés en América, concluye que un 5,5% de los adolescentes durante el periodo académico presentan estrés por las mismas exigencias a las que están sometidos, cifra que supera en comparación al nivel de estrés que presentan los adultos con un 5,1%; entre los síntomas más frecuentes que se presentan se tiene que el 31% de adolescentes manifiesta sentirse agobiado, 30% está triste, 36% se encuentra fatigado y cansado y un 23% informa no tener el mismo apetito de antes. Con respecto a la intensidad y la frecuencia el 16% de los encuestados manifiesta que su estrés ha disminuido con respecto al año escolar anterior, el 31% siente que su estrés ha aumentado y el 34% considera que su nivel de estrés aumentará en el próximo año académico. Otro dato

relevante es que un 42% de los adolescentes que equivalente a la mitad prefieren evadir los problemas y no hacer nada.

Por su parte Heras Baroja (2011), en su investigación sobre los factores causantes de estrés académico, menciona que de acuerdo a estudios previos encontró que los estudiantes de medicina son más propensos a presentar estrés, a nivel de América Latina se muestra que los estudiantes que están cursando el primer semestre de medicina tienen un predominio del 64,5%, de igual manera el 91% los estudiantes de pregrado de la carrera de medicina de una de las universidades de Chile sufren síntomas de estrés, similar situación sucede en Colombia encontrando que un 47,2 % de los estudiantes presenta estrés.

De igual modo en un estudio realizado en Chile por la Asociación de Facultades de Medicina de Chile y Sociedad Chilena de Educación en Ciencias de la Salud (2013), a estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de las carreras de medicina y enfermería, con la finalidad de determinar el nivel de estrés, se muestra que el 38,7% de los estudiantes encuestados presentan niveles altos de estrés académico, por otro lado con relación al género, el nivel de estrés que presentan las mujeres es mayor con relación al de los hombres reflejado en un 27,15% y 25,02% respectivamente; con respecto al nivel de estrés entre carreras se tiene que medicina presenta un 26,31% y enfermería un 26,56%..

En relación a la variable sobre niveles de depresión se han efectuado investigaciones que muestran su incidencia como uno de los trastornos mentales de mayor atención a nivel mundial. Se ha demostrado que en niños, adolescentes y adultos son frecuentes los cuadros depresivos, los mismos que dependiendo de la intensidad y la gravedad con que se presenten los signos y síntomas pueden afectar significativamente a la persona. Si se toma en cuenta que uno de los síntomas de la depresión son las ideas y conductas suicidas, el tratamiento oportuno ayudará a que el paciente mejore y se reduzca el riesgo de recaídas. Para el análisis de esta variable se han tomado como

referencia estudios centrados en la gravedad, intensidad y consecuencias que la depresión puede presentar.

Según la Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica (2014), señala que el índice de suicidios es alto, dado que cada 40 segundos una persona toma la fatal decisión de terminar con su vida, mientras que por cada suicidio reportado otras 20 personas han intentado suicidarse, para el año 2012 el índice más altos de suicidios se da a nivel del continente Asiático en un 17,7% esto es por cada cien mil habitantes, a nivel de Europa es del 12%, para las Américas se da en un 6,1% y para África se presenta en un 10%. Entre los países de América Latina algunos se encuentran por debajo de la media mundial como es el caso de Perú con un 3,2%, México con un 4,2%, Colombia con un 5,4%, Brasil registra un 5,8%, y Ecuador 8,9% mientras que otros países se encuentran por encima de la media mundial como Uruguay que registra un 12,1%, El Salvador con un 13,6%, Chile al igual que Bolivia registran el 12, 2%.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2012), en su artículo cuyo título es *“Día de la Salud Mental: La depresión es el trastorno más frecuente”*, señala que la depresión es un trastorno mental, que puede sufrir cualquier persona en cualquier momento de su vida, y que no solo afecta a la persona que la padece sino también a las personas de su entorno como es la familia y la sociedad. Datos afirman que a nivel mundial este fenómeno afecta aproximadamente a unos 350 millones de personas y a nivel de América Latina y el Caribe se ha encontrado que un 5% de las personas adultas sufren de algún tipo de depresión. Dependiendo de la intensidad de depresión que la persona presente, pueden llevar al suicidio, datos revelan que a nivel mundial, aproximadamente 1'000.000 de personas cada año se suicida y a nivel de las Américas se han reportado unos 63.000 suicidios. La Organización Panamericana de la Salud ha puesto mucho énfasis en esta problemática, debido a que el 60% o 65% de las personas que padecen depresión no reciben atención oportuna. Una causa puede ser por la falta de recursos, o por no contar con los profesionales necesarios y en otros casos por tener un diagnóstico equivocado; de igual manera las estadísticas revelan

que la depresión es más común en las mujeres que los hombres, como es el caso de los países en desarrollo donde entre el un 20% y 40% de las mujeres que se encuentran embarazadas sufren de sintomatología depresiva.

A nivel de Ecuador, Solórzano (2015), en su investigación realizada a estudiantes de Medicina, con el propósito de determinar cuál es la prevalencia de la depresión y los factores asociados, encuentra que un 47.7% de los estudiantes tiene depresión, en tanto que el 52% de los alumnos no presentaron algún tipo de depresión. Con relación al tipo de depresión que prevalece, se obtuvo que de los 195 estudiantes, el 33,8% presenta una depresión leve, el 7,7% dentro de una depresión moderada, un 3.1% corresponde a una depresión severa y el 52,3% de la muestra no presentó ningún tipo de depresión.

También Iturralde (2015), en su estudio con el objetivo de conocer los niveles de depresión y su relación con los esquemas mal adaptativos en los estudiantes de uno de los colegios de la ciudad de Ambato, concluye que el 19,81% de 106 estudiantes presenta depresión grave, el 17,92% se encuentra dentro de una depresión moderada, el 16,98% presenta una depresión leve y el 45,28% no presenta ningún tipo de depresión, lo que demuestra que más de la mitad de los estudiantes adolece de algún tipo de depresión.

1.2.2 Formulación del problema

¿La disfuncionalidad familiar y estrategias de afrontamiento se relacionan con los niveles de depresión?

1.3 Justificación

La realización de este tema de proyecto de investigación, surge debido a la necesidad de conocer si la disfuncionalidad familiar y estrategias de afrontamiento tienen relación con los niveles de depresión, que presentan los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato.

Partiendo desde la perspectiva de que la familia representa un papel importante dentro de la sociedad, siendo esta la responsable del cuidado y bienestar de cada uno de los miembros a través del adecuado establecimiento de reglas, normas, valores, cuidado y apoyo, sin embargo en la actualidad este rol no se cumple a cabalidad, por lo que surge la necesidad de investigar si la disfuncionalidad está inmersa en el desarrollo de las estrategias de afrontamiento y si estos dos factores tienen relación alguna con el desarrollo de algún tipo de depresión, que es uno de los problemas que se presentan con más frecuencia, como es el caso de los estudiantes que son vulnerables para desarrollar depresión, estrés, ansiedad, por el mismo hecho de encontrarse bajo la presión y exigencias que demanda los estudios.

Es factible realizar esta investigación porque se cuenta con los instrumentos psicológicos para la recolección de datos y las fuentes de información necesarias para el desarrollo de este estudio, debido a que el tema de la familia, las estrategias de afrontamientos y la depresión han sido explorados con gran interés con la finalidad de encontrar las posibles causas y consecuencias, que la depresión genera. Además se busca estudiar las tres variables y la posible relación que puede existir entre disfuncionalidad familiar, estrategias de afrontamiento y los niveles de depresión.

La importancia de este estudio radica en que no solamente se ha realizado entre las variables de disfuncionalidad familiar y estrategias de afrontamiento sino también a la relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de depresión.

Esta investigación es innovadora, porque cuenta con tres temas importantes que están relacionados con la familia, la salud mental y la educación.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General:

Determinar si la disfuncionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento tienen relación con los niveles de depresión.

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Identificar si la disfuncionalidad familiar es la que prevalece en los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato.
- Determinar qué estrategias de afrontamiento prevalecen en los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato.
- Establecer qué nivel de depresión predomina en los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Estado del Arte

2.1.1 Disfuncionalidad Familiar

Con relación a la publicación realizada por Child Trends (2013), sobre el fenómeno de los cambios en la familia y su impacto en el bienestar de la niñez alrededor del mundo, el autor concluye que en los países de Europa, América y Oceanía las familias tradicionales van desapareciendo. A nivel de Asia la mayor parte de niños se desarrollan dentro de familias biparentales, seguido de las familias extensas, donde existen moderados niveles de satisfacción familiar. De manera similar sucede en los países del Medio Oriente donde también las familias biparentales tienen mayor prevalencia que las familias extensas. En América Central y el Sur las familias nucleares y extensas son las que con mayor tendencia se presentan, sin dejar a un lado que los porcentajes de familias monoparentales son considerables. En América del Norte hay un alto número de familias monoparentales en comparación a las familias extensas. En tanto que los países de Oceanía presentan una similitud con los datos encontrados en América del Norte donde uno de cada cinco niños pertenece a una familia monoparental. En Europa Occidental se reporta la prevalencia de familias nucleares, seguidas de las monoparentales y con niveles bajos de familias extensas. Por último en los países de Europa Oriental los niños crecen con familias extensas, y un porcentaje bajo viven con familias monoparentales.

A nivel de Latinoamérica, en un estudio realizado por Osornio, García, Méndez, y Garcés (2009), en México a estudiantes de segundo semestre de la carrera de medicina de la FESI-UNAM (Universidad Autónoma de México), con la finalidad de investigar la relación que existe entre dinámica familiar, depresión y rendimiento académico. El mencionado estudio contó con una muestra de 252 estudiantes los mismos que fueron elegidos aleatoriamente y divididos en dos grupos: regulares e irregulares; considerándose los primeros, aquellos que presentan una buena situación académica al concluir el primer semestre, los segundos aquellos que presentan dificultades académicas. Para la obtención de los resultados se hizo uso de la Escala de Cohesión y la Adaptación Familiar FACES III y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D. De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio, se concluye que, en el grupo de los estudiantes regulares prevalecen las familias funcionales, mientras que en el grupo de los estudiantes irregulares predomina la disfuncionalidad familiar. Además se identificó que existe mayor depresión cuando la funcionalidad familiar es menor.

Por otro lado Moreno, Echavarría, Pardo y Quiñonez (2014), tomando como referencia que el desarrollo del adolescente, depende de las relaciones de su entorno familiar, se realiza un estudio en Colombia, con el propósito de identificar la relación entre el nivel de funcionalidad familiar, las conductas internalizadas y el rendimiento académico. La muestra con la que se contó en estudio es de 63 adolescentes de octavo y noveno año, entre 12 y 16 años de edad, con 63 padres de familia y de 4 docentes. Los resultados obtenidos y en comparación con otras investigaciones demuestran que la relación que existe entre el sistema familiar y la escuela representa factores fundamentales para la formación de conductas internalizadas (timidez, inhibición, evitación, etc.) que afectan el rendimiento académico, como es el caso de los sujetos en estudio donde se observa que el número de familias disfuncionales y severamente disfuncionales están relacionadas con el rendimiento académico de sus hijos que se encuentra entre un nivel medio y bajo.

De acuerdo a Díaz, Sh., Arrieta, K. & González, F. (2014), realizaron un estudio en Colombia con el fin de analizar la asociación entre el estrés académico y funcionalidad familiar en estudiantes de odontología, el estudio contó con una muestra de 251 estudiantes. De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio se muestra que el nivel de estrés académico que presentan los estudiantes es alto, la situación que mayor provoca estrés es la evaluación del docente. Como conclusión se tiene que la disfuncionalidad familiar es un factor que está relacionado con el nivel de estrés y con el rendimiento académico de los estudiantes.

Del mismo modo Villacrés Betancourt (2011), en su investigación realizada a 25 adolescentes que acuden a la Dirección Nacional de Policía Especializada para niños, niñas y adolescentes (DINAPEN) de la ciudad de Quito, y debido a que las conductas delictivas en los adolescentes ha incrementado considerablemente se investiga qué relación existe entre el cometimiento de delitos y la disfunción familiar, los datos obtenidos a través de la entrevista y la aplicación de reactivos muestran que las familias de los sujetos de estudio no tienen una adecuada cohesión, los vínculos afectivos son escasos, y no existe una comunicación adecuada prevaleciendo los conflictos entre los miembros de la familia, de igual manera los adolescentes que están expuestos al rechazo social son más propensos a desarrollar conductas violentas, en tanto que en comparación con investigaciones anteriores estas muestran que una de las causas más comunes para las conductas delictivas es la socialización que es parte fundamental para la construcción de la identidad, entre las conductas delictivas que se presentan con mayor frecuencia están en primer lugar por robo, seguido de escándalos públicos, y en un porcentaje mínimo el asesinato, finalmente concluye que existe correlación entre la inestabilidad emocional y las conductas agresivas.

López Bayas (2014), informa que según datos encontrados en su investigación de tipo descriptiva se evidencia que la disfunción familiar influye sobre la inteligencia emocional de los sujetos en estudio; este estudio contó con la participación de 60 niños de quinto año de la escuela Luis Felipe Borja de la parroquia Pishilata del

cantón Ambato, donde los resultados demuestran que los niveles de disfuncionalidad familiar son mayores en relación a la funcionalidad familiar; en relación a la inteligencia emocional de los niños encuestados se encuentra que tienen un nivel bajo, demostrando de esta manera que del tipo de funcionamiento familiar, dependerá para que el niño crezca en un ambiente sano y seguro y pueda desarrollar las habilidades necesarias que le permitan un buen desarrollo y desempeño.

2.1.2 Estrategias de Afrontamiento

Un estudio realizado en Argentina por Anglada, Daher, & Casari (2014), propusieron analizar la relación entre estrategias de afrontamiento y ansiedad frente a un examen; estudio realizado a 140 estudiantes de la Universidad del Aconcagua de la carrera de Psicología. Los resultados indican que con relación a las estrategias de afrontamiento que mayormente utilizan los estudiantes universitarios están el afrontamiento basado en la evitación, es decir distanciarse tanto física y mentalmente de la situación estresante. Seguida de la estrategia de descarga emocional (llanto, discusiones) y la búsqueda de gratificaciones alternativas (consumo de café, tabaco u otras sustancias, como fuentes sustitutas de satisfacción). Los resultados con relación a la ansiedad muestran que los estudiantes presentan niveles bajos de ansiedad. Por otro lado se encontró que existe relación significativa entre la ansiedad y las estrategias de afrontamiento que presentan los estudiantes.

Según Chávez, Contreras y Velázquez (2014), en un estudio realizado en México, con la finalidad de investigar acerca del afrontamiento y depresión y la relación que estas tienen con un pensamiento constructivo y no constructivo, en una muestra de 329 estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México, a quienes se les aplicó la Escala de afrontamiento (ACS) y el Inventario de depresión de Beck. De acuerdo a la literatura encuentran que los estudiantes universitarios presentan un alto nivel de estrés debido a las diversas exigencias académicas que deben afrontar ya sea por la carga horaria, el temor de fallar a sus padres, por la cantidad de materia por estudiar, maestros exigentes, etc., y de no contar con las estrategias adecuadas para hacer frente las situaciones de estrés, los estudiantes han caído en cuadros de

ansiedad, estrés, depresión, consumo de sustancias, etc. En conclusión se evidencia la relación que existe entre las estrategias de resolución de problemas y el pensamiento constructivo, y la incidencia que el pensamiento constructivo tiene tanto con las estrategias de afrontamiento positivo como con la depresión.

Figueroa, M., Contini, N., Lacunza, A. & Levín, M. (2005), de acuerdo al estudio realizado en Argentina, a 150 adolescentes de nivel socioeconómico bajo, con la finalidad de analizar las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico, se obtuvo que los adolescentes que presentan un nivel bajo de bienestar psicológico hacen uso de las estrategias de afrontamiento: la falta de afrontamiento, reducción de la tensión y autoinculparse, lo que provoca que frente a situaciones de estrés se sientan culpables, eviten pensar en el problema o buscar recompensas alternativas. En tanto que los chicos que presentaron un nivel alto de bienestar psicológico hacen uso de estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución de los problemas, así como presentan mayor flexibilidad cognitiva.

Gantiva, C., Tabares, S. & Villa, M. (2010), en un estudio realizado en Bogotá, a docentes de uno de los Colegios de esta ciudad en Colombia con la finalidad de analizar la relación que puede existir entre estrategias de afrontamiento y síndrome de burnout, los resultados muestran que existen niveles medios del síndrome de burnout, teniendo mayor prevalencia en los docentes de cursos superiores. Con respecto a las estrategias de afrontamiento que mayormente utilizan los docentes, se encontró que predominan la espera, la evitación emocional, la solución de problemas y la reevaluación positiva. Como conclusión de este estudio se encontró que si existe relación entre las estrategias de afrontamiento y el síndrome de burnout.

De acuerdo al estudio realizado en Cuba por Díaz Yanet (2010), aplicado a 50 estudiantes de primer y tercer año de Medicina de la Universidad Médica Carlos Juan Finlay de Camagüey, muestra que fue seleccionada aleatoriamente, con el objetivo de caracterizar las estrategias de afrontamiento al estrés académico. La autora concluye que de acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio indican que, los niveles de

estrés que presentan los estudiantes son de tipo moderado, y es más alto en los estudiantes de los niveles superiores. Entre los síntomas que presentan los estudiantes como respuesta al estrés académico están el cansancio, somnolencia, dolores de cabeza. Con relación a las estrategias de afrontamiento se encontró que en los estudiantes tanto de primero como de segundo nivel predomina la estrategia centrada en la solución del problema, donde se desarrollan estrategias cognitivas y conductuales, esto es modificando la situación que lo produce.

Por otra parte, De la Rosa et al. (2015), en el estudio realizado a estudiantes de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC) de Lima-Perú de las facultades de Medicina, Derecho y Psicología, con la finalidad de investigar sobre los niveles de estrés y las formas de afrontarlo, se tomó de forma aleatoria la muestra conformada por estudiantes de pregrado de primero a quinto año. Para esta investigación se hizo uso del inventario SISCO de estrés académico y el cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE). Los investigadores concluyen que en su estudio se detectó que los estudiantes de Medicina son los que presentan mayores niveles de estrés, seguidos por los estudiantes de Derecho, y, por último los alumnos de Psicología. Con relación a las formas de afrontamiento que más utilizan los estudiantes de las tres carreras ante las situaciones de estrés están la focalización en la solución del problema, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social.

Según Albuja Urvina (2012), por el alto índice de estrés que presentan especialmente los estudiantes frente a las diversas exigencias académicas, se realiza la investigación de diseño no experimental, aplicada a 259 estudiantes de diversas especialidades de psicología de la Universidad Central del Ecuador y que se encuentran en el proceso de la elaboración de sus proyectos de tesis, a quienes se les aplica el Cuestionario del Afrontamiento del Estrés (CAE) y que de acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que son varios los factores que influyen en la presencia de estrés, la estrategia más utilizada por los estudiantes es las solución de problemas haciendo uso

de sus recursos cognitivos y entre los síntomas que con mayor frecuencia presentan está la ansiedad, la ira, impotencia, insomnio, irritabilidad, inquietud, cefaleas.

Córdova Saldaña (2015), tomando en cuenta que la adolescencia es una de las etapas de mayor crisis a causa de los cambios físicos, biológicos y psicológicos que deben afrontar y de no contar con las estrategias adecuadas para reducir las situaciones de estrés puede desembocar en diversos problemas tanto para el adolescente como para la familia, es así que en su investigación realizada en Ambato sobre las estrategias de afrontamiento que manejan los estudiantes entre 11 y 18 años que perdieron el año académico y su influencia en la adaptación del próximo se evidencia que la estrategia de afrontamiento más utilizada es la falta de afrontamiento, el invertir en amigos y autoinculparse alcanzan un nivel moderado mientras que la búsqueda de apoyo social, el preocuparse y el hacerse ilusiones presentan menor porcentaje. Con relación a la adaptación se identifica que la mayor parte de estudiantes presentan problemas a nivel social, escolar y familiar. Con estos resultados se concluye que en este caso el manejo de estrategias de afrontamiento improductivas influye para la adaptación del nuevo año lectivo.

Como conclusión y de acuerdo a las investigaciones encontradas y expresadas anteriormente, se puede apreciar que existe una relación significativa, en cuanto al uso de las estrategias de afrontamiento frente al estrés, encontrando que las personas utilizan con mayor frecuencia como estrategia la solución de problemas, esto es haciendo uso de sus recursos cognitivos que permitan buscar alternativas de solución para reducir las situaciones de estrés y de esta manera recuperar el equilibrio emocional.

2.1.3 Niveles de depresión

En un estudio realizado en México por Rojas, Serrano y Ruggero (2013), con el objetivo de analizar si el rendimiento académico tiene relación con los estados de depresión y ansiedad, se toma una muestra de 218 estudiantes con edades entre 19 y 25 años de la Universidad Autónoma del Estado de México, a quien se les aplica el

test psicológico Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS) y que según los resultados se encuentra que más de la mitad de los estudiantes presentan sintomatología depresiva al igual que bajo rendimiento, lo que indica que la depresión podría ser una de las causas del bajo rendimiento escolar, teniendo en cuenta que esta provoca malestar en la persona, haciendo que pierda el interés, la motivación, la voluntad y el interés por hacer las cosas, presencia de pensamientos de minusvalía, tristeza, entre otros síntomas que llevan al fracaso escolar.

Por otra parte Ruiz, Arroyo, Gallardo y Dávila (2011), informan que en su estudio descriptivo y correlacional realizado a 440 estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile sobre los niveles de ansiedad, depresión y percepción, con el propósito de comprobar si las exigencias educativas influyen en los niveles de ansiedad y depresión, y que de acuerdo a investigaciones precedentes se encuentra que la presencia de ansiedad y depresión en estudiantes de medicina, es mayor en las mujeres que en los hombres, asimismo los alumnos de tercer año son más proclives a presentar sintomatología ansiosa y depresiva. Ahora bien en comparación con los resultados obtenidos en estudios previos se encuentra similitud en que se presentan mayor cuadros de sintomatología ansiosa que depresiva, de igual manera las mujeres frente a los hombres son más propensas a padecer de esta sintomatología, así como también es evidente que los estudiantes de tercero y cuarto año tienen más tendencia a presentar ansiedad y depresión.

Otro estudio realizado en Colombia por Caballero, C., González, O. & Palacio, J. (2015), a 802 estudiantes universitarios de programas de salud, con el objetivo de identificar si existe relación entre el síndrome de burnout-engagement con ansiedad, depresión y rendimiento académico. Los resultados del estudio muestran que las respuestas al estrés están relacionadas con las dimensiones de engagement: Vigor, Absorción, Dedicación e Ineficacia Académica, donde el extremo negativo está relacionado con bajo engagement y altos niveles de burnout, ineficacia académica, depresión y de ansiedad de rasgo y de estado; en tanto que el extremo positivo está

relacionado con alto engagement, buen rendimiento académico y baja ineficacia, depresión y ansiedad de rasgo y de estado.

Con relación al estudio realizado en Colombia por González, Delgado, Escobar y Cárdenas (2010), aplicado a 216 estudiantes universitarios que cursan primero y cuarto semestre de la carrera de medicina, con el fin de investigar sobre la asociación que existe entre estrés, riesgo de depresión y rendimiento académico, con los resultados encontrados, se comprueba la presencia de un alto número de estudiantes con sintomatología depresiva, de igual manera se encuentran que los altos niveles de estrés y depresión afectan a las diferentes funciones cognitivas: como es la memoria, la concentración, atención, la toma de decisiones, por otro lado se demuestra que las mujeres tienen mayor prevalencia a desarrollar una depresión.

Tabares, X., Caro, J.P. & Naranjo, R. (2012), según investigación realizada en la ciudad de Ambato, con el interés de identificar los grados de depresión y ansiedad de acuerdo al género, en una muestra de estudiantes de la Universidad Técnica de Ambato, que fue elegida de manera aleatoria y tomando en cuenta que la depresión y la ansiedad son dos trastornos afectivos que afectan la salud mental de los estudiantes, perturbando el nivel de funcionamiento y reduciendo los recursos y estrategias de afrontamiento para poder resolver las exigencias que demanda la educación superior. De acuerdo a los resultados obtenidos por medio del inventario de Depresión de Beck, escala de depresión de Hamilton y escala de depresión de Montgomery – Asberg se concluye que, con relación a los hallazgos encontrados en poblaciones semejantes tanto a nivel local e internacional, la prevalencia de ansiedad y depresión es mayor en mujeres que varones, teniendo en cuenta que los tipos de depresión que mayormente prevalece en los estudiantes universitarios es depresión leve, seguida de la moderada y en un menor porcentaje la depresión grave.

Finalmente en la investigación realizada en la ciudad de Ambato por Hervas Suárez (2011), sobre depresión y la migración de los progenitores en estudiantes del Colegio Juan León Mera ‘La Salle’, para lo cual se hace uso del Inventario de depresión de

Beck y el Test de Hamilton, y de acuerdo a los resultados obtenidos se comprueba la presencia de un porcentaje significativo de estudiantes con padres migrantes, la relación que existe entre el fenómeno de la migración y la incidencia de depresión leve, afectando el desarrollo y rendimiento académico, provocando problemas familiares e interpersonales.

2.2 Fundamento Teórico

El presente trabajo de investigación, se fundamenta en el modelo Sistémico por cuanto comprende el estudio de la familia como un sistema, partiendo de que el proceso de desarrollo del ser humano, se basa en una serie de sistemas, los mismos que están relacionados unos con otros. Este enfoque tiene como objetivo terapéutico la modificación de patrones de interacción entre las personas, permitiendo tener una concepción de los fenómenos de relación y comunicación en cualquier grupo que interaccione.

Bertalanffy, L. (1968), manifiesta que un sistema es un conjunto de elementos que se relacionan entre sí, y a la vez de interdependencia, además considera que un sistema está conformado por subsistemas que poseen sus propias características y que se encuentran estructural y funcionalmente dentro de un sistema mayor, entendiéndose de esta manera que la conducta de un miembro de la familia afecta o está relacionada con el total de miembros del sistema.

Almonte, Montt y Correa (2009), hace referencia a Bleger quien manifiesta que el ser humano se define como un ser biopsicosocial, por lo que no es posible estudiar los comportamientos por separado, sino desde su contexto, tomando en cuenta que la familia es el primer contexto del individuo, por lo que depende de las relaciones que se establezcan entre la familia y el individuo el tipo de sujeto que se forme, debido a que es la combinación de los elementos aportados por la familia y los elementos tomados por el individuo lo que determina la formación de individuos orientados

hacia el éxito o el fracaso, por lo tanto menciona que la influencia familiar juegan un papel importante en la vida del individuo.

2.2.1 Disfuncionalidad Familiar

Para comprender que es la Disfuncionalidad Familiar, y tener una concepción más clara se ha considerado necesario partir desde qué es la Familia, tipos de familia, funcionalidad familiar.

2.2.1.1 La Familia

Almonte et al. (2009), consideran que la familia es un sistema o un conjunto que agrupa a personas de la misma especie y que interactúan entre sí, donde se establecen relaciones de manera jerarquizada por subsistemas que se encuentran debidamente organizados para permitir la perpetuación de la especie. La familia puede estar formada por individuos de un mismo o diferente sexo que comparten intereses, funciones, roles y compromisos en común por medio de retroalimentación ya sea positiva o negativa. Además la familia es un sistema abierto porque interactúa información con el medio que la rodea.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente se aprecia la importancia que tienen las normas y reglas dentro de la familia, las mismas que deben ser establecidas de mutuo acuerdo de manera clara y oportuna, para evitar que se produzca resentimientos, o desacuerdos y provocar un desequilibrio en la familia.

Según Mendoza et al. (2006), comparan a la familia como un engranaje de una máquina donde los dientes del engranaje más grande deben encajar con los del engranaje más pequeños para transmitir movimiento, de igual manera la familia es un sistema constituido por subsistemas como el conyugal formado por el padre y la madre, el paterno-filial organizado por los padres y los hijos y el fraternal formado por los hermanos, es así que las familias a cierto modo son similares en su estructura pero a la vez son distintas por su conformación, integración, creencias, costumbres, valores, etc.

Según Minuchin y Fishman (2004) la familia es el grupo natural que construye modelos de interacción para su conservación y evolución; es una institución social que está en un cambio continuo y que ha existido desde siempre, compartiendo las mismas funciones como el cuidado, la supervivencia y la unión de los miembros

De acuerdo a Minuchin y Fishman (2004), Las familias son sistemas similares en sus estructuras pero a la vez diversos y únicos que atraviesan por diversas crisis normales y que están en cambio continuo, son las encargadas de la conservación, evolución y protección psicosocial de sus miembros, a través del establecimiento de pautas, normas y reglas que ayuden a mantener el sistema.

Por otra parte Sánchez (2012), hace referencia al concepto de Burgess y Locke quienes definen a la familia como una unidad de personas que están en continua interacción y se encuentran relacionadas por lazos ya sean de matrimonio, nacimiento o adopción con el objetivo principal de establecer y conservar una cultura común que conserve el desarrollo físico, mental, emocional y social de cada uno de sus miembros

Asimismo Eguiluz (2003), define a la familia como un sistema que funciona como una unidad interactiva, compuesta por distintas partes que se relacionan entre sí, a la vez que es un sistema abierto que está conformado por varias unidades que están unidas por reglas, normas límites, donde cada miembro se comporta como una unidad diferente pero también este influye y es influenciado por los demás miembros que forman el sistema y que relaciona al sujeto con un sistema más amplio la sociedad

Haciendo referencia a los conceptos de familia, se puede argumentar que la familia es el núcleo que contiene a los miembros que conforman el sistema familiar, donde cada uno tiene una relación íntima con los demás; por lo que ante cualquier cambio que se de en uno de los miembros, también se verán afectados todos los demás miembros del sistema., la familia como sistema tiene relación con otros sistemas externos como la escuela, el barrio que pueden producir cambios en su estructura;

pero del establecimiento de las normas, reglas, valores dependerá su funcionamiento. En conclusión es la base de toda sociedad.

2.2.1.2 Tipos de Familia

De acuerdo a Minuchin y Fishman (2004), en su libro de Técnicas de Terapia Familiar hace referencia a 10 tipos de familias:

1. Familias de pas de deux: Son aquellas familias que están compuestas por dos personas como es el caso de una madre y su hijo quienes se hallan afectiva y emocionalmente muy unidas, por el mismo hecho de que toda la atención de la madre está sobre su único hijo, pendiente de cubrir todas sus necesidades e inquietudes provocando un vínculo intenso y a la vez dependencia; estos niños se muestran como más maduros a causa de su relación con personas maduras por lo que no tendrá tanto interés en relacionarse con los niños contemporáneos a su edad, hallándose en desventaja frente a éstos debido a que sus juegos no le serán de su agrado. El nido vacío es otro de los casos de este tipo de familia, donde los padres terminan quedándose solos, porque sus hijos han crecido y se han vuelto independientes y abandonan el hogar por lo general para formar una nueva familia, produciendo una crisis familiar. También se presenta en aquellas familias donde un progenitor que se ha quedado con su único hijo adulto, con quien ha convivido siempre desde la infancia de su hijo (Minuchin y Fishman, 2004).

Como se puede observar en estos ejemplos de familias, la relación que se da entre los dos miembros pueden ser causantes de una dependencia simbiótica de forma recíproca, es decir que el uno no puede vivir sin el otro.

2. Familia de tres generaciones (consanguínea): Este tipo de familia es la más común en la sociedad, donde está compuesta por varias generaciones, como el caso de la madre, su hijo y el o la abuela. Uno de los problemas que se presentan en este tipo de familias, es que se pierden las jerarquías, asumiendo la responsabilidad la abuela tanto de su hija como de su nieto, permitiendo que la madre se deslinde de las

obligaciones que le corresponden como el velar por el cuidado de su hijo, por esto los autores antes mencionados recomiendan que para un tratamiento familiar sistémico es necesario tener en cuenta quien está a cargo del cuidado del hijo, para poder trabajar en los límites y fronteras, en este caso que la abuela tiene que devolver la responsabilidad a su hija y ella asumir el papel de abuela (Minuchin y Fishman, 2004).

3. Familias con soporte: En tiempos pasados era más habitual encontrar familias grandes, donde los padres tenían diez, doce hijos, pero en la actualidad esto ha cambiado, en este tipo de familias los padres buscan el apoyo en sus hijos, endosándoles sus responsabilidades a uno de ellos por lo general al hijo o hija mayor para que cuide de sus hermanos menores, para este caso llamados niños parentales, quienes quedan excluidos de cierta manera del subsistema de los hermanos y del subsistema parental porque no son aceptados genuinamente ni en el uno ni en el otro subsistema, y en un futuro puede acarrear problemas por el mismo hecho de cargar con responsabilidades mayores a las que pueden manejar (Minuchin y Fishman, 2004).

4. Familias acordeón: Son aquellas familias que por diversos factores deben permanecer alejados por un tiempo, ya sea por razones de trabajo uno de los progenitores ya sea padre o madre debe hacerse cargo del hogar y asumir las funciones del otro para mantener el bienestar de la familia, sin embargo esto puede provocar que los hijos lleguen a concebir a los padres como bueno y malo (Minuchin y Fishman, 2004).

5. Familias cambiantes: Este tipo de familias son aquellas que se encuentran constantemente en cambio ya sea de domicilio, o de pareja para aquellos padres donde el progenitor es soltero. Estos cambios provocan inestabilidad en los hijos por la pérdida de los sistemas de apoyo, quedando aislados y teniendo que volver a integrarse a nuevos grupos de amigos y compañeros, es común encontrar niños

impulsivos, agresivos, bajo rendimiento a causa de la inestabilidad familiar (Minuchin y Fishman, 2004).

6. Familias huéspedes: Son aquellas familias que reciben temporalmente a un menor donde los institutos de colación son los encargados de buscarle un hogar funcional para que el niño permanezca como huésped por un tiempo determinado, en este tipo de familia se puede generar desequilibrios por el hecho de tener que compartir con un nuevo miembro, provocando celos en la pareja o en los hijos, pero el mayor problema es que el niño es el más afectado ya que no tiene estabilidad lo que no le permite desarrollar vínculos emocionales duraderos (Minuchin y Fishman, 2004).

7. Familias con padrastro o madrastra: Cuando un padre o una madre toma la decisión de unirse a una nueva pareja permitiendo el ingreso de un nuevo miembro a la familia, esto puede generar malestar en el sistema familiar debido a que los hijos deben adaptarse y acomodarse a este cambio (Minuchin y Fishman, 2004).

8. Familias con un fantasma: Son aquellas familias que han sufrido la deserción o la pérdida de uno de los progenitores, teniendo en este caso problemas para reasignar las tareas del miembro fallecido, viviendo en un duelo no superado, al considerar un acto de deslealtad el tener que asumir las funciones del padre o la madre fallecida (Minuchin y Fishman, 2004).

9. Familias descontroladas: Tiene que ver con la dinámica familiar, cuando los límites, jerarquías y roles no están bien establecidos, los padres no logran controlar a sus hijos, en este sistema familiar es común ver aquellos padres quejarse de su hijo de cinco años al que no logran controlar, uno de los problemas es que los padres se descalifican frente a sus hijos, creando una confusión y entregándole el poder para que controle la situación. Lo que se busca en estos casos es la reorganización del sistema parental a través de una cooperación mutua de la pareja con la finalidad de que el niño sea colocado y tratado como el niño que es (Minuchin y Fishman, 2004).

10. Familias psicossomáticas: Entre las características de este tipo de familias está la sobreprotección, provocando una incapacidad para resolver los problemas, debido a los cuidados excesivos, existe demasiada unión de los miembros, son padres rígidos que se niegan a los cambios, funcionan mejor cuando uno de los miembros está enfermo (Minuchin y Fishman, 2004).

2.2.1.3 La familia como institución social

De la Fuente y Gerhard (2011), mencionan que la familia existe desde antes del mismo Estado y que está constituida con la finalidad de: procrear y preservar la especie; basada en el afecto, el amor, el cuidado y la educación de su generación; brindando la protección y atención de las necesidades como el alimento, y una vivienda digna y segura.

En consecuencia se entiende por familia a esa institución social que parte de la unión de un hombre y una mujer y su prole, quienes conviven bajo la autoridad o poder concedidos a uno o más de los miembros para conjuntamente unir esfuerzos para la supervivencia y brindarse la ayuda necesaria. Es por ello que la familia, no debe ser considerada sólo como una institución jurídica, sino como la célula de toda sociedad en la que el Estado interviene en busca del bien común; donde no se pueden atender los intereses de cada miembro sea esta el del niño, niña, adolescente, esposo, esposa, de forma aislada, por el contrario se debe compatibilizar los intereses de todos para lograr el interés común de toda la familia.

De acuerdo a los derechos económicos, sociales y culturales del Ecuador, “El Estado reconoce y protegerá a la familia como célula fundamental de la sociedad, basada en la igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes, promueve la maternidad y paternidad responsable” (De la Fuente y Gerhard, 2011).

De acuerdo con Eguiluz (2003), menciona que Salvador Minuchin es el precursor de la Teoría Estructural Sistémica, y considera a la familia como un sistema que opera dentro de otros sistemas, con tres características importantes:

- a. La estructura desde un punto de vista sociocultural abierto que está en continuo proceso de transformación.
- b. Cuando se modifica la estructura familiar sin perder su identidad, porque se cuentan con límites y reglas flexibles a la influencia de otros sistemas pero a la vez mantiene su independencia.
- c. Adaptación a los cambios del entorno, la familia debe ser capaz de modificar sus reglas y conductas con el propósito de ajustarse a las demandas externas. Permitiendo que la familia se desarrolle y logre su crecimiento, y la diferenciación de cada uno de sus miembros.

El crecimiento familiar según Eguiluz (2003), depende de la combinación de varios factores:

- a. **Biológicos:** Con la finalidad de perpetuar su especie.
- b. **Psicológico:** Relacionado a la interconexión socioafectiva desarrollando interdependencia para satisfacer sus necesidades.
- c. **Social:** Es la manera de transferir valores, costumbres, creencias así como las habilidades que permiten el crecimiento.
- d. **Económico:** En el sentido de la diferenciación de tareas y la previsión de necesidades materiales.

2.2.1.4 Estructura Familiar

Según Mendoza et al. (2006), consideran que la estructura familiar tiene que ver con las jerarquías, reglas, normas, límites, alianzas, que se establezcan y que ayuden a comportarse según las demandas, por lo tanto deben manejarse dentro de la estabilidad y flexibilidad a fin de proteger al sistema familiar de los factores externos y a la adaptación de las diferentes situaciones de la vida que se presenten.

2.2.1.4.1 Los Subsistemas u holones familiares:

Señalan Minuchin y Fishman (2004), que holón es un término que se utiliza para hablar de un sistema como un todo como es el sistema familiar y a la vez forma parte

de un fenómeno o sistema mayor, en este caso vendría a ser la familia extensa. Estos autores, consideran la existencia de cuatro holones: holón individual, holón conyugal, holón parental y holón fraternal.

Asimismo Eguiluz (2003), menciona que la familia es un sistema relacional, donde existen diferentes subsistemas:

a. Subsistema Conyugal: Eguiluz (2003), toma en consideración lo expuesto por Minuchin, quien manifiesta que un sistema conyugal es aquel en donde un hombre y una mujer se unen para formar una familia, los mismos que tienen funciones específicas vitales para el buen funcionamiento del sistema familiar, entre ellos menciona la complementariedad y la acomodación mutua, donde cada uno de los cónyuges debe conferir parte de su individualidad para conseguir un sentido de pertenencia.

De la misma manera Minuchin & Fishman (2004), consideran al holón conyugal un subsistema trascendental para el desarrollo de los hijos, lugar donde aprenden la manera de recibir y expresar afecto, a relacionarse con sus compañeros, afrontar los conflictos a través de la observación, de este dependerá en parte los valores e intereses cuando le toque relacionarse con el mundo exterior. Para que sea posible llevar una vida en común es indispensable que cada cónyuge ceda una parte de sus intereses y preferencias, esto es, perder una parte de su individualidad, pero a la vez se gana en pertenencia. Una de las más importantes labores del sistema conyugal es el establecimiento de límites, los mismos que determinan el bienestar de la estructura familiar, sin que interfieran los parientes u otras personas. Pero, si las reglas que se han implementado son extremadamente rígidas, los cónyuges se sentirán incómodos, sin poder expresar su malestar o sus experiencias llegando a sentirse cómodos solo cuando están fuera del sistema familiar es decir lejos uno del otro, provocando la destrucción del sistema.

b. Subsistema Parental: Eguiluz (2003), manifiesta que este subsistema se basa en el sistema conyugal (padres), está relacionado tanto con la crianza y el cuidado de los

hijos; en este sistema se establecen las normas, límites, reglas y valores para su funcionamiento, para que permitan el acceso del hijo o hija a los padres pero la vez la exclusión al sistema conyugal, en otras palabras los padres deben diferenciar y tener muy en claro sus roles como padres y como cónyuges.

Minuchin y Fishman (2004), argumentan que es la manera de interactuar dentro del subsistema parental, de cómo se educa a los hijos y a la forma de socializar. Los padres son los responsables de brindar el cuidado necesario, así como de protegerlos pero también poseen derechos frente a sus hijos, como el de tomar decisiones para el bienestar y supervivencia de la familia en asuntos relacionados con la elección de la escuela, el cambio de domicilio, el establecimiento de reglas, etc. Y más aún los cónyuges tienen el derecho y el deber de velar por la protección de la privacidad así como también son los responsables de establecer el rol que los hijos han de desempeñar dentro del sistema familiar.

Partiendo de estos conceptos se puede añadir que el subsistema parental es el lugar donde los hijos aprenden a considerar la autoridad como algo racional o arbitrario, porque es aquí el espacio indicado donde los hijos conocen si sus necesidades son atendidas oportunamente aprenden la manera de comunicarse, y sobre todo observan y aprenden el modo como la familia afronta los conflictos y las negociaciones que ellos realizan. El holón parental no solo puede estar compuesto por padre y madre sino que este subsistema puede ser muy diverso pues incluye a un abuelo, abuela, un tío, una tía, quienes llegan a excluir a uno de los padres.

c. Subsistema Fraternal o El holón de los hermanos:

Para Eguiluz (2003), el subsistema fraternal es aquel que consta de más de un hijo en la familia, donde se desarrollan relaciones de confianza, colaboración, cooperación, aprenden a negociar, pero a la vez también se desarrolla la envidia, pleitos, celos con sus iguales, tanto en experiencia como en edad; se van experimentando las relaciones de amigos, entre pares, se alcanza el reconocimiento de sus habilidades, llevando a asumir una posición diferente en sus relaciones.

De acuerdo a Minuchin y Fishman (2004), Los hermanos son el primer grupo de iguales que se llegan a constituir y donde interacciona un niño, apoyándose unos con otros, con quienes juegan, se divierte y pelean. De acuerdo a las experiencias que van viviendo entre hermanos se va entrenando para hacer amigos, para defenderse y afrontar conflictos, es decir van aprendiendo de los otros. Esto ayuda a que los hijos promuevan su individualidad como también la pertenencia a un grupo de acuerdo a las alternativas a las que puede optar dentro de un sistema, lo que beneficiará cuando tengan que compartir con sus pares fuera del sistema familiar, como en la escuela. También es común encontrar subsistemas entre los hijos en aquellas familias numerosas, donde se agrupan de acuerdo a la edad evolutiva en la que se encuentren.

Se puede apreciar que de acuerdo a lo antes mencionado, el holón de los hermanos es fundamental para la persona, ya que este subsistema ayuda a que un individuo desde las primeras etapas de su vida aprenda a relacionarse con sus pares, a pesar de los diversos conflictos que se presentan entre hermanos llevándoles a enojarse, pelearse, agredirse, esto permite que el niño prepare para el momento que tenga que salir del sistema familiar y relacionarse con los integrantes de otros sistemas, donde sabrá cómo defenderse, como actuar y colaborar.

2.2.1.4.2 Homeostasis del sistema familiar:

Eguiluz (2003), es la tendencia a mantener la estabilidad frente a los distintos tipos de interacción regulando el ambiente interno o externo con la finalidad de proteger el sistema y mantener una condición estable y constante, es decir que ante cualquier situación perturbadora se reacciona y actúa con el fin de neutraliza o reparar la situación perturbadora.

2.2.1.4.3 Los límites:

Minuchin y Fishman (2004), establecen que los límites en un sistema tienen como función principal diferenciar y salvaguardar las diferencias que existen entre los miembros de un sistema familiar, límites que son establecidos por los miembros al

estipular las reglas que han considerado conveniente para el buen desarrollo del sistema, así cada miembro conoce su rol y hasta donde llega su participación. Los límites internos son establecidos por los miembros de la familia, y los límites externos son determinados por la relación entre el medio externo y el subsistema familiar, además se señala que existen cuatro tipos de límites:

- a. **Límites Claros:** Normas que se fijan de manera clara y precisa para el buen desarrollo del sistema y de sus funciones, permitiendo una buena relación entre los miembros del sistema familiar.
- b. **Límites Difusos:** Normas confusas por la falta de autonomía, provocando que no se respeten los subsistemas dado que los miembros no tienen en claro quién, cómo y cuándo debe participar, lo que repercute en el buen desarrollo y funcionamiento de los subsistemas.
- c. **Límites Rígidos:** Cuando se establecen límites rígidos la comunicación se vuelve difícil entre los miembros de la familia perdiendo el sentimiento de pertenencia y lealtad, es decir cada uno trabaja por su lado de forma independientemente.

2.2.1.5 Funcionalidad familiar:

Para Morales et al. (2011), la funcionalidad familiar, es la capacidad con la que la familia cuenta para resolver los problemas y mantener el sistema familiar a pesar de las diferentes crisis y amenazas que tengan que enfrentar; una de las crisis más compleja es la etapa de la adolescencia de los hijos, que a pesar de ser uno de los miembros el que altera su proceso de desarrollo, también se ve afectada la familia en su ciclo de evolución lo que produce conflictos internos afectando la estabilidad y el buen funcionamientos del sistema familiar.

De acuerdo a González, Mejía, Angulo y Ávila (2010), manifiestan que se trata de la capacidad con la que cuenta la familia para poder manejar, enfrentar y superar cualquier situación crítica frente a las diferentes situaciones del desarrollo de la familia, permitiendo la conservación de la salud o la aparición de la enfermedad.

Almonte et al. (2009), encuentran que una familia sana es aquella donde existe una adecuada diferenciación entre los subsistemas que conforman la familia, donde la autoridad de los padres está bien establecida, existe una buena comunicación entre los miembros, conviven en un ambiente estable y armónico, prevalece el respeto, los límites están bien diferenciados tanto con el medio externo como con la familia de origen, cuenta con la capacidad para respetar las ideas de cada miembro como para manejar las crisis.

Eguiluz (2003), parte del concepto de Von Bertalanffy sobre la Teoría General de los Sistemas quien considera tres conceptos importantes para poder comprender el funcionamiento de la familia:

- a. **Familia en constante transformación:** Según a Ortega Veitía, De la Cuesta y Días (1999), la familia está conformada por diferentes subsistemas como se ha mencionado anteriormente el subsistema conyugal conformado por la pareja, el subsistema parental formado por los padres y los hijos, el subsistema fraterno que está constituido por los hijos. Cada uno de estos formado por los sistemas personales o individuales de manera que todos por el mismo hecho de ser sistemas vivos cumplen el ciclo de desarrollo vital que es nacer, crecer, reproducirse y morir. Se habla de un constante cambio porque tiene que adaptarse a las diferentes situaciones del desarrollo de la familia, como por ejemplo cuando una familia recién constituida llega a tener su primer bebe, deberá hacer un esfuerzo distinto al de si se tratara de hijos adolescentes con el fin de mantener la unidad y su crecimiento funcional. En constante transformación porque toda familia requiere de dos elementos: 1) Contar con la capacidad de transformación que le permita el cambio y 2) mantener una homeostasis con la finalidad de lograr el equilibrio y la constancia de su sistema.
- b. **La familia como un sistema activo y autorregulado:** Eguiluz (2003), considera que de acuerdo a las múltiples relaciones que se dan en la familia, se van implementado reglas que permitan configurar su estructura, además de

brindar un sistema seguro, donde cada miembro se sienta una parte y un todo a la vez. Reglas que van cambiando y modificándose para mantenerse constantes en el tiempo; de manera que cada miembro tenga en claro lo que está y no está permitido, respetando la jerarquía y el rol que cada miembro tiene dentro del sistema familiar.

- c. **La familia como un sistema abierto en interacción con otros sistemas:** Con relación a este tema Eguiluz (2003), hacer referencia a los suprasistemas, que son aquellos sistemas que se encuentran fuera del sistema familiar, pero que a la vez tiene relación alguna con el sistema familiar e influyen sobre este con sus normas, reglas, esencias, valores, provocando cambios en el grupo familiar, como por ejemplo la escuela, el trabajo de los padres, el mismo vecindario, entre otros.

2.2.1.5.1 Factores que ayudan a determinar el nivel de funcionalidad familiar:

Según Ortega Veitía et al. (1999), manifiestan que el Cuestionario de funcionamiento familiar FF-Sil es un instrumento que permite medir el grado de funcionalidad familiar a través de la dinámica relacional sistemática que esta maneja, a través de:

- a. **Cohesión:** Es el nivel de unión o conexión emocional y física que existe entre los miembros de la familia, permitiendo la individualidad, el desarrollo personal y el actuar libremente para la toma de decisiones y dar a conocer sus sentimientos
- b. **Armonía:** Lograr equilibrio y estabilidad en una relación, dar y recibir sin dejar de lado los intereses y necesidades individuales, buscando la satisfacción y el bienestar de la familia.
- c. **Comunicación:** Capacidad de mantener un diálogo de forma clara y directa para transmitir los sentimientos, pensamientos y emociones, sin temor.
- d. **Permeabilidad:** capacidad de apertura que tiene la familia para compartir y recibir experiencias, así como solicitar y permitir la ayuda de otras familias e instituciones.

- e. **Afectividad:** capacidad de establecer vínculos y una adecuada expresión de afecto para demostrar sentimientos, emociones tanto en el entorno familiar, como fuera del sistema familiar.
- f. **Roles:** Son aquellas responsabilidades y funciones que debe cumplir cada miembro ya sea como esposo, esposa e hijos dentro del sistema familiar y de acuerdo a la cultura donde se desarrolle la familia.
- g. **Adaptabilidad:** Es la habilidad de la familia para ajustarse y equilibrar los cambios frente a las distintas situaciones estresantes para mantener la estabilidad de la familia y permitir el crecimiento de sus miembros.
- h. **Flexibilidad:** Capacidad para adaptarse a las normas, reglas, roles que se han establecido dentro de la familia y que son establecidas de acuerdo a las necesidades de cada familia.

2.2.1.6 Disfunción familiar

De acuerdo con Tapia et al. (2005), menciona que una familia disfuncional es “un patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia y que al relacionarse con sus miembros genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas”.

Según Almonte et al. (2009), afirma que una familia es disfuncional cuando no logra cumplir con los roles, las jerarquías, metas y objetivos que se han establecido, o presentan algún tipo de perturbación en el funcionamiento interno familiar, repercutiendo en la salud mental de uno o más de los miembros.

Para Soria (2010), indica que una familia disfuncional es aquella que se caracteriza por su incapacidad de poder negociar los cambios que se presentan y que son necesarios, como cuando una esposa es madre por primera vez, o cuando un niño deja su niñez para pasar a la adolescencia. Por lo tanto si un miembro de familia presenta alguna conducta problemática dentro del enfoque sistémico, este es considerado como el portavoz o chivo expiatorio del problema del sistema familiar.

Asimismo Oblitas (2008), afirma que diversos problemas y patologías están relacionados con la disfuncionalidad y desadaptación del sistema familiar caracterizado por la inhabilidad de negociar los cambios vitales que se presentan dentro del sistema, como la etapa de la adolescencia, el nacimiento del primer hijo, etc. Por lo tanto el terapeuta sistémico frente a una conducta problemática del hijo, se enfocará a todo el sistema familiar y no solo en el paciente. Para este autor es importante tener en cuenta cuatro factores sobre el funcionamiento familiar que darán la pauta para entender el inicio de una disfunción familiar:

1. **Problemas de estructura jerárquica:** Se menciona que la jerarquía de poder se refiere a la manera de cómo la familia negocia las decisiones y quiénes son los miembros que tienen poder de decisión sobre los miembros de la familia, en un sistema familiar funcional, el subsistema de los padres son los encargados del poder jerárquico ya que son los encomendados de velar por el bienestar de los hijos. En tanto que para una familia disfuncional la jerarquía de poderes no están bien delimitados, como cuando al momento de tomar una decisión lo hace el padre junto a su hijo, excluyendo a la madre, esto provoca consecuencias sistémicas perjudiciales (Oblitas, 2008).
2. **Peculiaridades en las fronteras entre los subsistemas:** Para el buen funcionamiento de la familia estas divisiones o fronteras es importante que estén bien delimitadas desde un principio porque ayuda a la diferenciación de los sistemas y también de esto depende la jerarquía de poderes. En aquellas familias que tienen fronteras bien delimitadas y claras, predomina la autonomía y crecimiento saludable entre los miembros, pero si las fronteras son poco claras, difusas y muy permeables, sucede que tanto padres como hijos transgreden los subsistemas generando un ambiente sobreprotector y sobre todo se puede ver que existe la falta de separación tanto emocional como psicológica entre los miembros. Si las fronteras son demasiado cerradas y rígidas, predomina cierto tipo de descuido y dejadez por parte de los padres, además de la poca comunicación entre los miembros (Oblitas, 2008).

3. **Alianzas o Coaliciones:** También conocido como el entendimiento sistémico de familias, existen dos tipos de alianzas disfuncionales que sobresalen:
 - a. **Chivo expiatorio:** Esto se da para desviar el conflicto, donde el padre y la madre se confabulan en contra de uno de los hijos, provocando mucho estrés para los hijos (Oblitas, 2008).
 - b. **Coaliciones transgeneracionales:** Para el enfoque sistémico esto resulta patológico debido a que uno de los padres se pone en alianza con uno de sus hijos para ponerse en contra de su padre o madre, generando el alejamiento del padre o madre contra quien se está confabulando (Oblitas, 2008).
4. **Los Triángulos:** Es un tipo de arreglo familiar donde dos miembros del sistema familiar se unen para ponerse en contra de un tercer miembro. Las triangulaciones más comunes son: a) La alianza de la madre con su hija en contra de su padre, b) La coalición de la madre con el padre en contra de uno de sus hijos convirtiéndolo en el enfermo o el chivo expiatorio de la familia. (Oblitas, 2008).

2.2.1.6.1 Características de la disfunción familiar

Adicionalmente Tapia et al. (2005), expresan su criterio sobre ciertas características que se presentan en disfunción familiar.

- a. **Dinámica familiar no saludable.** Cuando los integrantes de una familia se ven afectados negativamente, causando daño de forma inespecífica a uno de los miembros, de igual manera se verá afectado algún otro miembro de igual o diferente manera
- b. **Su funcionamiento familiar no es relacional ni compatible:** Por lo general las características psicoculturales de la comunidad son compatibles y afines con las del sistema familiar con la particularidad del propio grupo familiar, pero cuando en algún momento estas características que fueron en algún momento saludables y permitieron el crecimiento para los miembros de la

familia, no se han modificado o evolucionado de acuerdo a los ciclos evolutivos y de acuerdo a la dinámica y a las necesidades de la familia, se vuelve un ambiente no saludable, interrumpiendo el crecimiento de los miembros y el desarrollo de la salud mental de sus integrantes.

- c. **Desarrolla y mantiene roles familiares contradictorios:** Toda familia se instituye y organiza de acuerdo a las necesidades de cada familia, estableciendo sus propias normas, patrones de crianza, formas de comunicación, entre otros y entregando a sus miembros mecanismos adecuados para su buen desarrollo. En los sistemas de familias disfuncionales al contrario se crea un clima patológico donde no se respetan los roles, no se tienen clara las normas y reglas lo que llevará a la familia a que ingrese a una disfunción e instauren comportamientos psicológicos de riesgo como: adicciones, depresiones, etc.
- d. **Impide el entrenamiento de conductas recurrentes.** Se habla de aquellos padres sobreprotectores que no permiten el buen desenvolvimiento de sus hijos, limitando sus capacidades al no permitir que aprendan a manejar sus crisis y que sean ellos quienes deben buscar la manera o las formas de resolverlo. En situaciones similares que se presenten en la etapa adulta no van a poder abordar y resolver sus problemas teniendo que acudir constantemente a sus padres en busca de ayuda para poder resolver los problemas.

2.2.1.6.2 Síntomas e indicadores de disfunción

Tapia et al. (2005), indica que los indicadores de disfunción pueden aparecer en cualquiera de las personas o de los subsistemas familiares; por lo que considera que entre los síntomas más frecuentes de la disfuncionalidad familiar están:

2.2.1.6.2 .1 En la edad escolar:

- a. **Dificultades de rendimiento y aprendizaje escolar,** problemas de agresividad o aislamiento, timidez; oposición y rebeldía ante las normas y la

autoridad, son algunos de los problemas más comunes que se reflejan en esta etapa escolar, como consecuencia de los problemas de relación en las familias.

- b. **Problemas emocionales y de comportamiento**, entre estos problemas los niños presentan una sintomatología como problemas para dormir debido a las diversas pesadillas que tienen, muchas de las veces tienen diferentes tipos de fobias que no les permiten desarrollarse normalmente, otro de los problemas más comunes que presentan es el problema para controlar sus esfínteres llamado encopresis y enuresis, la hiperactividad es otra de las manifestaciones que tiene el menor frente a la falta de atención y cariño de sus padres. Entre los trastornos psicossomáticos presentan problemas de alergias, cefaleas continuas, problemas de asma, migrañas.
- c. **Agravación de los trastornos físicos**. Presentado cuadros más complejos donde pueden ser propensos a trastornos digestivos como dolores de barriga, diarrea, estreñimiento; en otros casos presentan disritmia por alteraciones del ritmo cardiaco; hipoglicemias por el bajo nivel de azúcar; así también en otros casos son comunes las infecciones.

2.2.1.6.2 .2 En la relación padres e hijos.

Cuando los padres han perdido el control sobre sus hijos, sintiendo que no pueden manejar y lograr que los hijos se adapten a las normas, reglas y a la disciplina. Sintiendo padres inseguros frente a sus hijos con relación a los métodos que utilizan para castigar o premiar, justificándose en muchos casos por el hecho que no desean repetir sus malas experiencias vividas. Estos padres, solo buscan ayuda cuando maestros u otras personas ajenas a la familia le hacen notar que tienen un problema, es ahí cuando aceptan que tienen un problema en la familia (Tapia et al. 2005).

2.2.1.7 Estilos educativos del Sistema Familiar

Según Pereira (2011), manifiesta que además de los factores sociales existen una variedad de significativos cambios en la organización de la familia, así como en la

forma de educar a los hijos, siendo más de tipo horizontal que vertical, olvidando la parte de la jerarquía, clasifica a los estilos educativos en cuatro estilos parentales:

- a. **Padres Democráticos:** quienes tienen una alta nutrición afectiva y un alto control, es decir se los describe como aquellos padres que demuestran afecto a sus hijos y son abiertos a la comunicación, manteniendo siempre los límites y las normas establecidas, buscan la negociación en lugar de la imposición, son partícipes de la supervisión, del control permitiendo el funcionamiento independiente.
- b. **Padres Autoritarios - Violentos:** son padres que tienen una baja nutrición afectiva y un alto control, dan mayor énfasis al control que al afecto, son padres que no les gusta negociar y por el contrario son amantes de imponer las normas haciendo uso de métodos restrictivos o violentos. Además en este sistema no existe una buena comunicación verbal. Este estilo de educación suele formar hijos sumisos con una baja autoestima, que a medida que van creciendo se convierten en personas rebeldes, hostiles y violentas inclusive hasta con sus propios padres.
- c. **Padres Permisivos – Liberales:** aquellos que tienen una alta nutrición afectiva y un bajo control. Este tipo de padres se caracterizan por ser afectuosos con sus hijos, tienen una comunicación adecuada, aunque los límites y las normas son escasas, cayendo en la contradicción o poca supervisión. Además estos padres dan mucha libertad y complacen excesivamente los caprichos de sus hijos. Los hijos de este tipo de padres son más vulnerables al consumo de drogas además de problemas en su comportamiento.
- d. **Padres Negligentes – Ausentes:** son aquellos padres que tienen una baja nutrición afectiva y un bajo control. En este grupo están aquellos padres que no se involucran en la educación de sus hijos y mucho menos son capaces de brindar afecto, son padres descuidados que no tienen un control y supervisión y mucho menos son capaces de imponer normas o límites y si lo hacen estas

llegarán hacer contradictorias o arbitrarias. Con respecto a los hijos de este grupo son aquellos que presentan más facilidad al consumo de tóxicos, problemas de conducta, baja autoestima, y son violentos (Pereira, 2011).

2.2.2 Estrategias de Afrontamiento

2.2.2.1 Definición de Estrategias de Afrontamiento

Lazarus y Folkman (1986), establecen que el afrontamiento es un recurso cognitivo y conductual que están continuamente cambiado y que son utilizados para manejar las demandas externas e internas que pueden ser percibidas como exorbitantes de acuerdo a su experiencia sociocultural o a las instituciones sociales que lo rodea en términos de normas, creencias, costumbres, significados, etc.

Se diferenciaron dos estilos de afrontamiento, uno focalizado en el problema o dirigido a su resolución y el otro focalizado en las emociones u orientado a restablecer el equilibrio emocional y su uso dependerá de la naturaleza del factor estresante y de las circunstancias en las que se presente (Lazarus y Folkman, 1986).

En la opinión de Fleishman (1984), menciona que el afrontamiento se da de las relaciones interpersonales que tiene el individuo en los diferentes contextos socioculturales, y que demandan una conducta de acuerdo a la situación estresante y de la predisposición del sujeto de acuerdo a su estabilidad temporal y situacional.

De acuerdo a Amarís, Madariaga, Valle y Zambrano (2013), indican que desde el punto de vista del psicoanálisis las estrategias de afrontamiento no son otra cosa que el conjunto de pensamientos y conductas encaminadas a solucionar los conflictos, con el fin de reducir el nivel de estrés que estos provocan, conocidos como mecanismos de defensa.

También Viñas, González, García, Malo y Casas (2015), señalan que las estrategias de afrontamiento son esfuerzos cognitivos y conductuales con las que el sujeto cuenta

para adaptarse a los cambios que se presentan, y poder enfrentar los conflictos que se dan en el proceso de desarrollo como ser humano.

2.2.2.2 Tipos de afrontamiento:

Tomando en consideración lo expuesto por Amarís et al. (2013), señalan que todo acto tiene una reacción externa y otra interna, la externa se manifiesta a través de la conducta como recurso para solucionar los problemas, y la interna es de tipo cognitivo utilizada frente a los eventos que desencadenan estrés.

Según McCubbin, Cauble y Patterson (1982), señalan dos tipos de estrategias de afrontamiento tomando en cuenta que la forma de afrontar los problemas son recursos psicológicos utilizados para responder a las demandas generadoras de estrés, y de la manera en cómo se enfrenten las situaciones, dependerá si es beneficioso y contribuye para su fortalecimiento:

1. Afrontamiento individual:

McCubbin et al. (1982), señalan que las estrategias de afrontamiento individual tienen que ver con la interacción entre la persona con su entorno sociocultural, desde donde se forman un esquema de comportamiento, para poder manejar las demandas internas o externas, logrando reducir, aceptar, ignorar o tolerar aquellas situaciones que están fuera de su alcance, a través de modificar el estímulo por medio de sus pensamientos, emociones, acciones para de esta manera abordar la situación, es así que si cambia el sistema sociocultural también cambiarán los esquemas mentales de la persona. Cuando la persona comprende que las condiciones estresantes se pueden cambiar, entonces hace uso de estrategias que ayuden a buscar la solución y a considerar opciones en función del costo y beneficio.

Además indica que la edad no es un determinante para el uso de estrategias de afrontamiento frente a situaciones de estrés, en los jóvenes es frecuente utilizar el afrontamiento dirigido al problema; llegando a ser favorable por que combinan estrategias como: el ignorar, evitar el problema o hacerse ilusiones; también es usual

que utilicen estrategias como: expresar sus sentimientos, buscar apoyo social o diversión, otros acuden a lo espiritual. En tanto que profesionales utilizan estrategias de afrontamiento como: el apoyo emocional en la familia, apoyo social con el fin de hacer frente a las situaciones desbordantes (McCubbin et al. 1982).

2. **Afrontamiento familiar:**

McCubbin, Thompson y McCubbin (1996), mencionan que el afrontamiento familiar es la capacidad que tiene la familia para buscar recursos y poner en acción medidas que permitan hacer frente a los problemas que exigen cambios donde están inmersos los esfuerzos cognitivos y comportamentales, permitiendo mantener o restaurar el equilibrio entre demandas y recursos, lo cual puede lograrse de cinco formas:

- A través de acciones específicas para reducir la intensidad de la demanda. Ej.: rechazar un ascenso en el trabajo, ya que esto conllevaría a tener que dejar a su familia e irse a vivir en otra ciudad.
- Acciones concretas para obtener recursos adicionales a la familia. Ej.: Si se tiene un familiar enfermo, contratar los servicios de una enfermera para que ayude en la atención de este.
- Utilizar los recursos con los que se cuenta para la satisfacción de las demandas. Ej. el compartir las actividades con los miembros de la familia con el fin de tener una mejor unión.
- Manejar la tensión por las presiones del momento. Ej. a través de otras actividades como el deporte, la comunicación la recreación de la familia.
- Evaluar que permita cambiar el sentido atribuido al evento estresante para hacerlo más manejable. Ej.: modificar las expectativas, reconocer los recursos y tener una visión de confianza y optimismo hacia la vida.

De acuerdo a Lazarus y Folkman (1986), encontraron que el afrontamiento tiene dos direcciones: Afrontamiento dirigido a la emoción y Afrontamiento dirigido al problema:

1. **Afrontamiento focalizado a la emoción:** Centrado en las emociones acerca de sus pensamientos y conductas, no modifica la situación, cuando la persona no se ve tan afectada emocionalmente con el problema, pretende regular las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante, cuando se percata que no puede cambiar las condiciones amenazantes recurre a los procesos cognitivos para reducir la alteración emocional, presentando una actitud de distanciamiento o evitación del problema, autocontrol, comparaciones positivas. Pero también existen procesos que en lugar de reducir la tensión emocional al contrario se incrementa, esto se puede ver en aquellas personas que necesitan sentirse mal en lugar de sentirse mejor.
2. **Afrontamiento focalizado en el problema:** Tienden a ser utilizadas más en aquellas situaciones que son consideradas como manejables donde la persona hace frente al problema, modifica las condiciones que le han desestabilizado, buscando soluciones e intentando volver al equilibrio haciendo uso de sus capacidades y pensando de manera racional, entre estas estrategias pueden estar la confrontación, buscar apoyo social. Entonces se puede entender que De éstas estrategias dependerán las consecuencias para el sujeto, si son positivas permitiendo tener una buena adaptación al entorno, o si son negativas, desencadenando síntomas como depresión, ansiedad, fracaso, etc. En consecuencia de la manera como se afronte los retos también dependerá su bienestar personal (Lazarus y Folkman, 1986).

2.2.2.2 Estilos de Estrategias de Afrontamiento Familiar

McCubbin, Olson y Larsen (1981), de acuerdo a las investigaciones que han realizado sobre los tipos de estrategias de afrontamiento que hacen uso las familias para la resolución de problemas, han considerado pertinente proponer las siguientes estrategias:

- **Reestructuración.** Capacidad de la familia para ver los problemas desde varios puntos de vista con el afán de encontrar la solución adecuada al problema; es decir ver los eventos estresantes como más manejables.
- **Evaluación pasiva.** Capacidad de la familia para no responder de una manera tan reactiva sin antes sopesar la situación crítica por la que se atraviesa, esto es aceptando las situaciones desbordantes pero minimizando su reactividad.
- **Atención de apoyo social:** Es la capacidad con la que cuenta la familia para poder buscar el apoyo en otros sistemas ya sea en los parientes, amigos, maestros, vecinos.
- **Búsqueda de apoyo espiritual:** Recurso con el que la familia cuenta para encontrar el apoyo que necesita en lo espiritual, dependiendo de sus creencias.
- **Movilización familiar:** Cuando la familia busca recursos en la comunidad y acepta la ayuda de otros.

De acuerdo Castaño y Barco (2010), indican que investigaciones han revelado la existencia de varios instrumentos que se han creado con la finalidad de medir y evaluar las estrategias de afrontamiento, entre estas se puede mencionar la escala de Modos de Afrontamiento de Ways of Coping, WOC, la Escala de Afrontamiento de Folkman y Lazarus en 1966, Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) de Bonifacio Sandín y Paloma Chorot, quienes realizaron un gran aporte y que en la actualidad se han convertido de gran utilidad. Entre las estrategias de afrontamiento que proponen están:

- **Confrontación:** Es un tipo de afrontamiento directo, donde la persona busca solucionar la situación estresante por medio de acciones ya sean directas, agresivas o arriesgadas.
- **Planificación:** Se evalúa primeramente la situación para luego desarrollar estrategias que permitan solucionar el problema.
- **Distanciamiento:** Se busca apartarse del problema, evitando que le afecte a uno o tratando de no pensar en él.

- **Autocontrol:** Es la habilidad de poder controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
- **Aceptación de responsabilidad:** Saber reconocer la culpa que el individuo ha tenido para que surja o se mantenga el problema.
- **Escape-evitación:** Cuando se hace uso de pensamientos irreales o improductivos, ejemplo cuando se piensa en que: Ojalá hubiese desaparecido esta situación, se utilizan como escape el uso de alcohol, drogas.
- **Reevaluación positiva:** Encontrar aspectos positivos con relación a la situación estresante.

Como puede observarse anteriormente se han propuesto diferentes tipos de estrategias de afrontamiento frente a situaciones de estrés, y que de alguna manera si bien el nombre es diferente tienen relación unas con otras, y lo que se busca es determinar los recursos con los que un individuo cuenta para hacer frente a la situación de estrés, los mismos que dependerán de diferentes factores como son la personalidad, la experiencia, sus creencia y del problema que esté enfrentando para el tipo de estrategias de afrontamiento que el individuo haga uso.

2.2.3 Niveles de depresión

Para poder hablar de niveles de depresión, primeramente se partirá desde que es la depresión según la definición de diferentes autores, así como para conocer la etiología, los signos, síntomas, causas y consecuencias que puede generar una depresión y de la gravedad que esta puede tener de acuerdo a su intensidad.

2.2.3.1 ¿Qué es la depresión?

Según Almonte et al. (2009), manifiesta que la depresión es un trastorno del ánimo que puede manifestarse en cualquier edad, y de acuerdo a los cambios según la etapa del desarrollo evolutivo en el que se encuentre la persona, presentando conductas disfuncionales que afectan el desarrollo normal de la persona.

Por otra parte De la Fuente y Gerhard (2011), mencionan que la depresión es hacer referencia a una disminución del estado de ánimo que conlleva a un deterioro del entorno bio-psicosocial del individuo, convirtiéndose en una de las enfermedades más comunes en consulta, y una de las más difundidas a nivel mundial, por lo que es importante tener el conocimiento e información necesaria y adecuada para poder brindar un tratamiento oportuno y eficaz, tomando en cuenta que muchos pacientes se presentan a consulta con una sintomatología camuflada.

Igualmente la OMS (2015), en su informe titulado “La depresión”, señala que la depresión es un trastorno mental que afecta a un gran número de personas en todo el mundo, llegando a convertirse en la principal causa mundial de discapacidad, por la repercusión negativa que puede llegar a tener la persona a nivel familiar, social, laboral y escolar, impidiendo que el individuo pueda desempeñarse adecuadamente en su vida cotidiana, esto dependerá de la severidad, frecuencia y duración con que se presente la depresión. Además se menciona que según datos el promedio de personas que se suicidan a causa de la depresión sobrepasa las 800 000 personas cada año.

De acuerdo al American Psychiatric Association (2014), en su publicación “Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM. 5ª Ed.”, se considera a la depresión como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la alteración del humor, presencia de tristeza, agotamiento, nostalgia, cansancio, pérdida de interés o placer por todas o casi todas las actividades, además de síntomas que están asociados como: alteraciones del sueño y del apetito, disminución de energía, dificultad de pensamiento, problemas de concentración, sentimientos de culpabilidad e inutilidad, ideas recurrentes de muerte, ideas e intentos de suicidio.

2.2.3.2 Epidemiología, etiología y factores de riesgo de la depresión

Con respecto a Bogaert García (2012), manifiesta que la depresión es el resultado del conjunto de factores que intervienen como la herencia, la situación personal del paciente y las condiciones histórico-sociales, por lo que no tendrá eficacia trabajar con un abordaje clínico o terapéutico de manera separada.

De acuerdo Almonte et al. (2009), la prevalencia del trastorno depresivo mayor en los niños es aproximadamente del 2% y en los adolescentes es de un 4%. En tanto que no es tan significativa con respecto a la diferencia por sexos, teniendo una relación de 1:2 entre hombres y mujeres con respecto a la adolescencia. Y con respecto a la edad se indica que en un 20% aproximado se presenta en la edad de 18 años. Muchas investigaciones realizadas sobre la depresión han demostrado que está ligado con el mal funcionamiento del sistema familiar. Con respecto a la Distimia la prevalencia en los niños es aproximadamente del 0,6% al 1,7%, y en los adolescentes de 1,6 a 8,0%.

Se considera que un 12 y 15% de la población general ha sufrido o sufrirá en algún momento de su vida algún episodio de depresión, de la cual se estima que tan solo el 50% recibe algún tipo de atención o tratamiento psicológico (De la Fuente y Gerhard, 2011).

Por otra parte García, Noguerras, Muñoz, y Morales (2011), indican que la depresión puede desarrollarse de manera desfavorable, llevando al paciente hasta el suicidio, por esto expresan que la etiología de la depresión es muy compleja debido a que en ésta intervienen diversos factores como: genéticos, biológicos y psicosociales:

- a. **Factores genéticos:** Con frecuencia las depresiones son enfermedades de tipo hereditarias, en familiares de sujetos enfermos, por lo que se dice que entre los familiares de primer grado que hayan padecido una depresión existe mayor prevalencia para desarrollar esta patología, por esto es importante buscar los antecedentes familiares (Retamal,2005).
- b. **Factores bioquímicos:** Se ha evidenciado que dentro de la depresión existen alteraciones a nivel de neurotransmisores, presentando un déficit de noradrenalina, serotonina, y según otros autores han manifestado que también se ve involucrado el cortisol que está involucrado en el estado de ánimo. Estudios han demostrado que existen alteraciones en el eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal.

- c. **Factores endocrinológicos:** La depresión también está relacionada con algunas enfermedades endocrinológicas, como aquellas que están relacionadas con la glándula tiroides (hipertiroidismo, hipotiroidismo), la diabetes, cáncer, síndrome de Cushing, etc.
- d. **Factores psicosociales:** Tiene que ver con factores relacionados al entorno y con la capacidad para hacer frente a las diferentes demandas y con aquellos acontecimientos vitales que no son deseados o inesperados, y que de cierta manera generan peligro. Entre estos se puede mencionar: la muerte de algún miembro de la familia, un divorcio, o ante cualquier pérdida significativa para el sujeto.
- e. **El uso de fármacos o de sustancias:** es otro de los factores que incrementan el riesgo de depresión.

Por otra parte Jarne y Talarn (2009), señalan que la incidencia global de depresión se reporta que un 15% aproximadamente de la población sufrirá algún tipo de depresión en algún momento de su vida. Se sabe que el patrón de incidencia cambia de acuerdo a factores como:

- a. **Sexo:** Haciendo referencia al sexo se ha comprobado que existen 2 mujeres por cada hombre deprimido, otorgando a que la mujer es más propensa a reconocer su sintomatología, así como para pedir ayuda. El factor hormonal también favorece para la depresión en mujeres, otro predisponente en las mujeres es la parte socioeconómica que es menos favorecida, por la alta tasa de desempleo.
- b. **Acontecimientos estresantes:** El estar bajo presión es uno de los factores que favorecen a la depresión, como por ejemplo padecer algún tipo de enfermedad grave, estar rodeado de un ambiente negativo o precariedad laboral.
- c. **No disponibilidad de recursos personales:** Como el no contar con estrategias de afrontamiento adecuadas que permitan enfrentar las adversidades o no contar con el soporte familiar o social.

- d. **Rasgos de personalidad:** Algunos rasgos de personalidad son más vulnerables para el desarrollo de depresión, como por ejemplo: los rasgos neuróticos, introvertidos, obsesivos, dependientes (Jarne y Talarn, 2009)

2.2.3.3 Tipos de depresión:

Según OMS (1994), haciendo referencia al Manual CIE-10 menciona que los episodios depresivos se encuentran dentro de los trastornos del humor clasificados bajo el código F32:

1. **F32.0 Episodio depresivo leve:** Entre los síntomas más típicos, están: ánimo depresivo, provocando la pérdida del interés y la capacidad para disfrutar las cosas, fatiga tras un esfuerzo que no demanda cansancio. Al menos dos de estos tres síntomas deben estar presentes durante dos o tres semanas.
2. **F32.1 Episodio depresivo moderado:** Deben estar al menos presente dos de los tres síntomas más típicos para el episodio de depresivo leve, y tres o cuatro de lo demás síntomas, con una duración de dos semanas, puede presentar grandes dificultades para desarrollar sus actividades sociales, laborales y familiares.
3. **F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos:** Los síntomas son intensos donde se evidencia angustia o agitación, baja autoestima, sentimientos de inutilidad o de culpa, riesgo de suicidio. Los síntomas antes mencionados para la depresión, leve y moderada deben estar presentes y por lo menos cuatro de los demás síntomas, debe durar al menos dos semanas, deterioro significativo en el interés y placer de las actividades, familiares, laborales y sociales.
4. **F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos:** La presencia de los síntomas antes explicados para F32.2 pero con ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo y que pueden ser congruentes o no de acuerdo al estado de ánimo.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), en su texto con el nombre “Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM 5”, los trastornos depresivos está dentro del trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, y se encuentran bajo el código 296.99 (F34.8), y su clasificación es:

1. **Trastorno depresivo mayor:** Presencia de cinco o más síntomas, durante dos semanas, al menos uno de los síntomas debe ser: estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, en niños y adolescentes va acompañado de irritabilidad.
- Pérdida o aumento significativo de peso en 5% del peso corporal en un mes.
- Presencia casi todos los días de Insomnio, hipersomnia.
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, para tomar decisiones.
- Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir).
- Ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

La depresión mayor se puede clasificar según su gravedad, y grado de discapacidad funcional en:

- **Leve:** Pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas pueden provocar malestar pero la persona puede manejarlos, puede presentar poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.
- **Moderado:** El número, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional se encuentran entre los especificados para leve y grave.

- **Grave:** Los síntomas superan notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, así como la intensidad que causan gran malestar afectando notablemente el funcionamiento social y laboral.
2. **Trastorno depresivo persistente (distimia):** Es considerado como un trastorno afectivo crónico, caracterizado por la presencia de un estado de ánimo deprimido: melancólico, triste y baja autoestima, durante la mayor parte del día y presente más días que los que está ausente. Debe estar presente mínimo dos años, entre sus síntomas:
 - Disminución o aumento del apetito, problemas del sueño: insomnio o hipersomnia.
 - Poca energía o fatiga.
 - Baja autoestima.
 - Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
 - Sentimientos de desesperanza
 3. **Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento:** Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico, estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

2.2.3.4 Signos y síntomas presentes en la depresión

Considerando el DSM-V (2014), la depresión se presenta con una variedad de síntomas tanto a nivel cognitivo, físico, conductuales y emocionales, los mismos que pueden presentarse de forma total o parcial, dependiendo del cuadro de depresión que el paciente presente.

- a. **Síntomas cognitivos:**
 - Tiene dificultades para concentrarse así como la reducción de la atención.
 - Pensamientos recurrentes de minusvalía y pesimismo con relación al pasado y el futuro.

- Enlentecimiento mental, le cuesta realizar las cosas, presencia de pensamientos rumiativos.
- b. **Síntomas físicos y conductuales:**
- La persona llora fácilmente por todo, se siente irritable sin motivo, prefiere estar solo.
 - Rigidez muscular a causa de los problemas
 - Pérdida o disminución del interés sexual
 - Se presentan cambios en el sueño, como en el apetito.
- c. **Síntomas emocionales:**
- Ya no disfruta ni le produce interés las cosas que antes lo hacían.
 - Se culpan la mayor parte del tiempo sobre lo sucedido, presentan sentimientos de inutilidad como la pérdida de ilusiones.
 - Se siente mal consigo mismo pensando que no es una persona valiosa y digna de ser amada (baja autoestima).

De acuerdo al Ministerio de Salud Pública (2011), en su Manual de atención primaria en Salud Mental, manifiesta que los síntomas más frecuentes de la depresión son:

- **Disforia:** Tiene que ver con el humor y el estado de ánimo donde las personas presentan ansiedad o problemas somáticos, llanto fácil, pensamientos pesimistas y desastrosos, falta de interés, a nivel social, laboral, sexual, etc., en los casos de depresión grave los pacientes manifiestan que no pueden llorar así lo deseen.
- **Trastorno del sueño:** Las personas que padecen de depresión tiene dificultad para conciliar el sueño o se despiertan a media noche o más temprano de lo habitual, es decir tienen un sueño interrumpido teniendo dificultad para quedarse dormido nuevamente, en otros casos sufren de hipersomnia que es lo contrario ya que se sin importar la hora, el lugar se quedan dormidos.
- **Trastorno del apetito:** Las personas ya no sienten gusto de comer o al contrario aumenta el apetito, reflejado en la pérdida o aumento de peso.

- **Aspecto general:** Estas personas tienen un aspecto cansado, triste de preocupación, su presentación no es acorde a la situación dando una imagen de descuido.
- **Lenguaje y curso del pensamiento:** Su lenguaje es escaso y lento, el pensamiento pesimista enfocado en los mismos temas, a menudo se pierde del objetivo o de la intención de la conversa.
- **Contenido del pensamiento:** Pensamientos pesimistas sintiendo una persona inútil o que sufre de alguna enfermedad incurable así también son frecuentes los pensamientos de muerte y suicidio, sentimientos de culpa y de autorreproche, afectando a su vida social, laboral y personal.
- **Alteraciones de la atención:** por la falta de concentración dificultando su accionar personal, intelectual, social, laboral, tiene problemas de memoria dificultando aprender nuevos conocimientos
- **Alteraciones sexuales:** La persona muestra pérdida del interés sexual o la disminución de la libido, presentando conductas habituales como la impotencia, anorgasmia, la eyaculación, etc.

2.2.3.5 Diagnósticos de los estados depresivos

De la Fuente y Gerhard (2011), con la finalidad de tener un diagnóstico eficaz, las diferentes organizaciones de la Salud como APA (American Psychiatric Association), DSM (Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), OMS (Organización Mundial de la Salud) y de la CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) quienes en las últimas cuatro décadas han dado varias transformaciones a los diferentes criterios diagnósticos para los problemas psiquiátricos como es la depresión y teniendo énfasis en los diferentes estados depresivos ya que muchos de estos tan solo son estados situacionales, porque una persona puede presentar una depresión tras alguna pérdida representativa para el individuo, o por algún tipo de problema significativo en la vida provocando una tristeza pasajera y de corta duración, este tipo de depresión es superada de manera espontánea.

De la Fuente y Gerhard (2011), menciona que de aquellas personas que presentan depresión, el 30 a 40% tiene su primer episodio depresivo antes de los 20 años; un 50% tiene entre los 21 a 50 años y un 10% después de los 50 años. Lo que señala que tanto los jóvenes como los niños experimentan con mayor frecuencia algún episodio depresivo. La depresión en los niños se presenta más con una sintomatología somática, acompañada de aislamiento, irritabilidad, mientras que en los jóvenes la depresión se manifiesta con una sintomatología depresiva de tipo variable y en muchos casos es atípica; y en las personas adultas y ancianas es frecuente encontrar melancolía como eje central.

2.2.3.6 Tratamientos de la depresión

Según la OMS (2015), existen varios tratamientos, dependiendo de la intensidad y frecuencia del trastorno que se presente, a tener en cuenta se encuentran los tratamientos psicológicos individuales o en grupo, la terapia cognitiva conductual, psicoterapia interpersonal. Así también se encuentran los tratamientos farmacológicos, que dependiendo de la gravedad de la depresión, será necesario el uso de medicamentos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos, acompañados de terapia psicológica.

A pesar de existir un sinnúmero de tratamientos para la depresión, la OMS (2015), menciona que no todas las personas pueden tener acceso a estos, ya sea por la falta de recursos económicos, así como no contar con profesionales de salud adecuados y que estén debidamente capacitados, en otros casos no tener un diagnóstico preciso, oportuno y confiable, ya que en muchos de los casos personas sin padecer la enfermedad han sido diagnosticadas y tratadas con antidepresivos.

Como ya se ha manifestado anteriormente la depresión puede afectar a cualquier persona sin importar raza, edad, sexo, convirtiéndose en una enfermedad de gran importancia dentro del campo de la salud, y considerando que los estudiantes representan una de las poblaciones vulnerables a padecer sintomatología depresiva, se

considera importante tener el conocimiento necesario sobre este tipo de trastorno con la finalidad de poder brindar una atención adecuada, eficaz y oportuna.

2.3 Hipótesis o Supuestos

2.3.1 Hipótesis Alternativa H1

- La disfuncionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento tienen relación con los niveles de depresión
- La Familia funcional prevalece en los estudiantes encuestados.
- La Búsqueda de apoyo social es la estrategia de afrontamiento más utilizada por los estudiantes.

2.3.2 Hipótesis Nula Ho0

- La disfuncionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento no tienen relación con los niveles de depresión
- La Familia funcional no prevalece en los estudiantes encuestados.
- La Búsqueda de apoyo social no es la estrategia de afrontamiento más utilizada por los estudiantes

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo por que los datos obtenidos pueden ser medibles y tabulados a través de pruebas estadísticas, y cualitativo porque para la obtención de datos se contó con los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato a quienes se les aplicó los reactivos psicológicos pertinentes.

Es una investigación de campo que permite recolectar los datos de forma directa a través de la aplicación de los reactivos psicológicos en las aulas de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, para que a través de un proceso sistemático y riguroso sean analizados para su presentación.

También es una investigación documental – bibliográfica, porque se basa en teorías científicas que permiten reafirmar el conocimiento previamente obtenidos en otras investigaciones.

Es de tipo descriptivo – correlacional. Descriptivo porque se intenta dar una visión general del problema planteado, a través de la aplicación de instrumentos psicológicos que ayudarán a encontrar los niveles de funcionalidad familiar, las

estrategias de afrontamiento y los niveles de depresión. Correlacional porque se pretende establecer las posibles relaciones entre las variables planteadas y sobre las cuales se puede hacer predicciones. Además se trata de un estudio de tipo transversal porque permite analizar cuál es la relación o prevalencia de las variables en una población definida y en un tiempo específico es decir en el aquí y ahora.

3.2 Selección del área o ámbito de estudio

- La investigación se centrará en la Provincia de Tungurahua, en el cantón Ambato, en la Universidad Técnica de Ambato, específicamente en los estudiantes de la carrera de Enfermería.

3.3 Población y Muestra

3.3.1 Población

- Esta investigación está dirigida a los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, y de acuerdo a los datos proporcionados por las autoridades de la Carrera la población es de 405 estudiantes.

3.3.2 Muestra

La muestra con la que se cuenta para esta investigación es de 174 estudiantes.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión:

3.4.1 Criterios de inclusión

- Estudiantes de ambos sexos (hombres y mujeres) de los últimos semestres de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato y que estuvieran de acuerdo con la realización del estudio.

3.4.2 Criterios de exclusión

- No aplica a los estudiantes de los primeros semestres de la carrera de enfermería y que no estén de acuerdo con la realización del estudio.

3.5 Diseño muestral

Esta investigación tendrá como universo de estudio un número de 174 estudiantes de la Carrera de Enfermería.

$$n = \frac{Z^2 PQN}{Z^2 PQ + Ne^2}$$

n = Tamaño de la muestra

Z = Nivel de confiabilidad 95% $\rightarrow 0.95/2 = 0.4750 \rightarrow Z = 1.96$

P = Probabilidad de ocurrencia 0.5

Q = Probabilidad de no ocurrencia $1 - 0.5 = 0.5$

N = Población 405

e = Error de muestreo 0.05 (5%)

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)405}{(1.96)^2(0.5)(0.5) + 405(0.05)^2}$$

$n = 174$

3.6 Operacionalización de Variables

VARIABLE INDEPENDIENTE: Disfuncionalidad Familiar

Operacionalización de la Variable Independiente

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
La disfuncionalidad familiar caracterizada por patrones devaluativos y perturbación en su funcionamiento que repercute en la salud mental de los miembros (Almonte et al. 2009).	Familia: <ul style="list-style-type: none"> • Funcional • Moderadamente Funcional • Disfuncional • Severamente Disfuncional 	<ul style="list-style-type: none"> • Cohesión • Armonía • Comunicación • Permeabilidad • Roles no definidos • Roles y límites no definidos 	<ul style="list-style-type: none"> - Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia? - No se aceptan los defectos de los demás. - No existe comunicación 	Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

Tabla No. 1: Operacionalización de Variable Independiente

Fuente: Disfuncionalidad familiar y estrategias de afrontamiento con relación a los niveles de depresión en los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, del cantón Ambato, de la provincia de Tungurahua.

Elaborado por: Suárez C. (2016)

VARIABLE INDEPENDIENTE: Estrategias de Afrontamiento

Operacionalización de la Variable Independiente

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Recursos cognitivos y conductuales que son utilizados para manejar las demandas externas e internas que pueden ser percibidas como exorbitantes (Lazarus y Folkman, 1986).</p>	<p>Afrontamiento en relación con los demás</p> <p>Focalizado en la solución del problema</p> <p>Reevaluación positiva</p>	<p>Buscar apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • social • espiritual • profesional <p>• Analizar las causas.</p> <p>• Establecer un plan de actuación</p> <p>Dar una respuesta emocional positiva.</p> <p>Ver aspectos positivos del problema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conté a familiares o amigos como me sentía. • Asistí a la Iglesia • Pedí consejo a algún pariente o amigo para • Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados. • Intente sacar algo positivo del problema • Comprobé que las cosas pudieron ser peor. 	<p>Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)</p>

Tabla No. 2: Operacionalización de Variable Independiente

Fuente: Disfuncionalidad familiar y estrategias de afrontamiento con relación a los niveles de depresión en los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, del cantón Ambato, de la provincia de Tungurahua.

Elaborado por: Suárez C. (2016)

VARIABLE DEPENDIENTE: Niveles de depresión

Operacionalización de la Variable Dependiente

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Una de las enfermedades más comunes caracterizada por la disminución del estado de ánimo, que afecta el entorno bio-psicosocial y que puede generar mayor discapacidad laboral y social (De la Fuente y Gerhard, 2011).</p>	<p>Depresión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mínima • Leve • Moderada • Grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Llanto fácil • Anhedonia. • Dificultades para dormir. • Problemas con el apetito. • Ideas autolíticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Me siento triste continuamente. • Me siento culpable • Me siento más cansado de lo habitual • Me despierto más de lo habitual • He perdido peso • A veces pienso suicidarme 	<p>Inventario de depresión de Beck (BDI)</p>

Tabla No. 3: Operacionalización de Variable Dependiente

Fuente: Disfuncionalidad familiar y estrategias de afrontamiento con relación a los niveles de depresión en los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, del cantón Ambato, de la provincia de Tungurahua.

Elaborado por: Suárez C. (2016)

3.7. Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información

Se procede a solicitar el permiso correspondiente por parte de las autoridades de la institución, el trabajo se realiza en el periodo de tres días en las aulas de la Universidad, para lo cual se explica a los estudiantes cuál es el propósito de la investigación, para luego dar lectura al consentimiento informando que los estudiantes deben firmarlo en el caso de aceptar. Posteriormente, se da a conocer sobre los reactivos psicológicos a ser aplicados y lo que cada uno de estos evalúa. Cada estudiante responde de manera individual con una duración aproximada de 15 a 20 minutos. Los resultados son analizados estadísticamente a través del programa SPSS versión 10. Los instrumentos psicológicos utilizados en este proyecto de investigación son:

Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) instrumento psicológico diseñado y valorado en Cuba, por Ortega, de la Cuesta y Días en el año de 1999, con la finalidad de evaluar el grado de funcionalidad familiar, en base a 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles, adaptabilidad; lo que permite identificar cuál es el factor asociado al problema familiar para de esta manera poder intervenir en esta área de forma eficaz y efectiva. Este test puede ser aplicado de manera individual o colectiva, consta de 14 preguntas, que corresponde 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento: Cohesión (1 y 8), Armonía (2 y 13), Comunicación (5 y 11), permeabilidad (7 y 12), Afectividad (4 y 14), Roles (3 y 9), Adaptabilidad (6 y 10). Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas: Casi nunca 1 pto, Pocas veces 2 ptos, A veces 3 ptos, Muchas veces 4 ptos, Casi siempre 5 ptos. La suma de las respuestas determinarán el funcionamiento familiar: de 70 a 57 ptos. Familia funcional, de 56 a 43 ptos. Familia moderadamente funcional, de 42 a 28 ptos. Familia disfuncional, de 27 a 14 ptos. Familia severamente disfuncional. Con relación a la confiabilidad por medio del cálculo del coeficiente de confiabilidad r_n se obtuvo un coeficiente de 0.94, muy por encima del valor prefijado (0.85), lo que demuestra la confiabilidad del test (Ortega Veitía, 1999).

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), creado por Sandín y Chorot (2003), tiene propiedades psicométricas, uniformidad de los ítems, la validación del instrumento se lo ha hecho a través de diversos estudios obteniendo una fiabilidad de Cronbach entre 0,64 y 0,92 (media = 0,79), está diseñado para ser aplicado a personas mayores de 18 años de manera individual o colectiva, consta de 42 preguntas que miden siete estilos básicos de afrontamiento: 1. Focalizado en la solución del problema, 2. Autofocalización negativa, 3. Reevaluación positiva, 4. Expresión emocional abierta, 5. Evitación, 6. Búsqueda de apoyo social, 7. Religión. Para su calificación se cuenta con 4 opciones: Casi nunca (0), pocas veces (2), a veces (3), muchas veces (4), casi siempre (5), según la suma de las respuestas se obtiene: de 70 – 57 familia funcional, de 56-43 familia moderadamente funcional, de 42-28 familia disfuncional y 27-14 familia severamente disfuncional

Inventario de depresión Beck, (BDI) Muñiz y Fernández (2010), mencionan que es un cuestionario propuesto por Beck basado en los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos según el DSM-IV y el CIE-10, es un instrumento de selección múltiple conformado por 21 preguntas, fiable y de fácil aplicación que puede tomar de 10 a 15 minutos, el mismo que puede ser aplicado de manera individual o colectiva. El BDI permite medir el estado de ánimo, detectar la presencia y el grado de depresión, es un instrumento psicológico diseñado para su aplicación en adolescentes y adultos, siendo la edad mínima 13 años su aplicación. Con respecto a su validación se lo realizó a través de un estudio a 445 adultos donde se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach = 0.83

Estos instrumentos se aplicarán por una sola vez en el periodo semestral Octubre – Marzo de 2016. Con estas técnicas Psicométricas, los resultados se tabularán, con la finalidad de conocer la incidencia de las variables en la población investigada.

3.8 Aspectos éticos

Una investigación que requiere de la participación de seres humanos conlleva tener presente la parte ética basado en las normas, valores y principios que permitan

sobreguardar la integridad de las personas, por lo que se debe brindar la información necesaria para el estudio, dar a conocer cuál es el objetivo de la investigación así como qué tipo de reactivos se van aplicar.

Además es indispensable dar a conocer que los datos e información obtenidos en el estudio serán confidenciales, para avalar este aspecto se redactará un consentimiento que deberá ser aprobado y firmado por el sujeto de investigación. En el caso de que el sujeto requiera los resultados deberá hacérselo conocer después de finalizado el proceso investigativo.

Según Unirioja y Richaud (2007), mencionan que los principios éticos relevantes en la práctica de la investigación con personas son el respeto, el beneficio y la justicia; de los cuales se desprende temáticas fundamentales a la hora de investigar, como el consentimiento informado de los participantes, los riesgos y beneficios, la validez, el manejo de los datos, la comunicación verbal y no verbal, entre otras.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El análisis e interpretación de datos es resultado de la investigación realizada en una población de 174 estudiantes, que corresponden a la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, para el análisis e interpretación de resultados se tomó en cuenta el género, disfuncionalidad familiar, estrategias de afrontamiento y niveles de depresión.

4.1 Análisis e Interpretación

4.1.1. Datos con relación al Género

INDICADORES	ESTUDIANTES	%
Femenino	160	91,95
Masculino	14	8,05
TOTAL	174	100

Tabla # 4: Género

Fuente: Disfuncionalidad familiar y estrategias de afrontamiento con relación a los niveles de depresión en los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, del cantón Ambato, de la provincia de Tungurahua.

Elaborado por: Suárez C. (2016)

Análisis:

La tabla de resultados No. 4 indica que de los 174 estudiantes encuestados el 91,95%, pertenece al género femenino, y el 8,05% pertenece al género masculino.

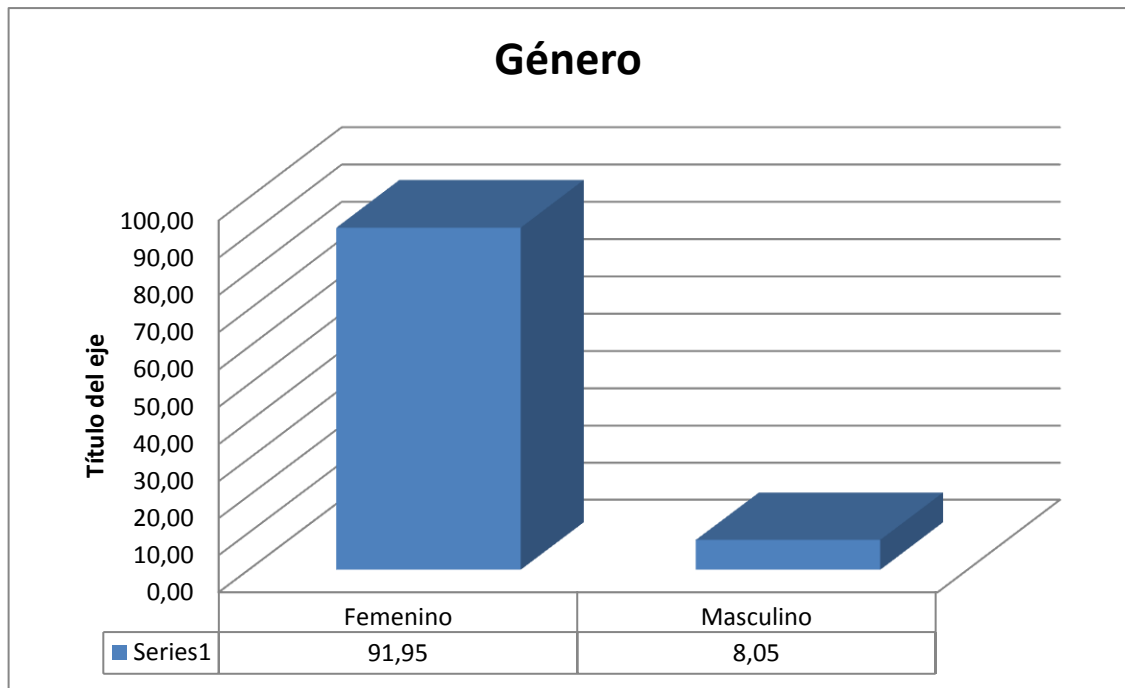


Figura No. 1: Género

Fuente: Disfuncionalidad familiar y estrategias de afrontamiento con relación a los niveles de depresión en los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, del cantón Ambato, de la provincia de Tungurahua.

Elaborado por: Suárez C. (2016)

Interpretación:

De acuerdo a los resultados obtenidos en la figura No. 1 se evidencia que, el género femenino prevalece notablemente en relación con el género masculino, debido a que en la mayoría de las culturas y desde tiempos remotos ha sido considerado a la Enfermería como una profesión exclusiva de mujeres.

4.1.2 Análisis e Interpretación de la Variable Independiente (1): Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

INDICADORES	ESTUDIANTES	%
Familia Funcional	65	37,36
F. Moderadamente Funcional	97	55,75
F. Disfuncional	12	6,90
F. Severamente Disfuncional	0	0,00
TOTAL	174	100

Tabla No. 5: Funcionamiento Familiar

Fuente: Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

Elaborado por: Suárez Carmen, 2016

Análisis:

La tabla de resultados No. 5 indica que de los 174 estudiantes encuestados con relación al funcionamiento familiar, el 37,36% tiene una familia funcional, el 55,75% pertenece a una familia moderadamente funcional, el 6,90% tiene una familia disfuncional, no se registraron datos con respecto a la familia severamente disfuncional.

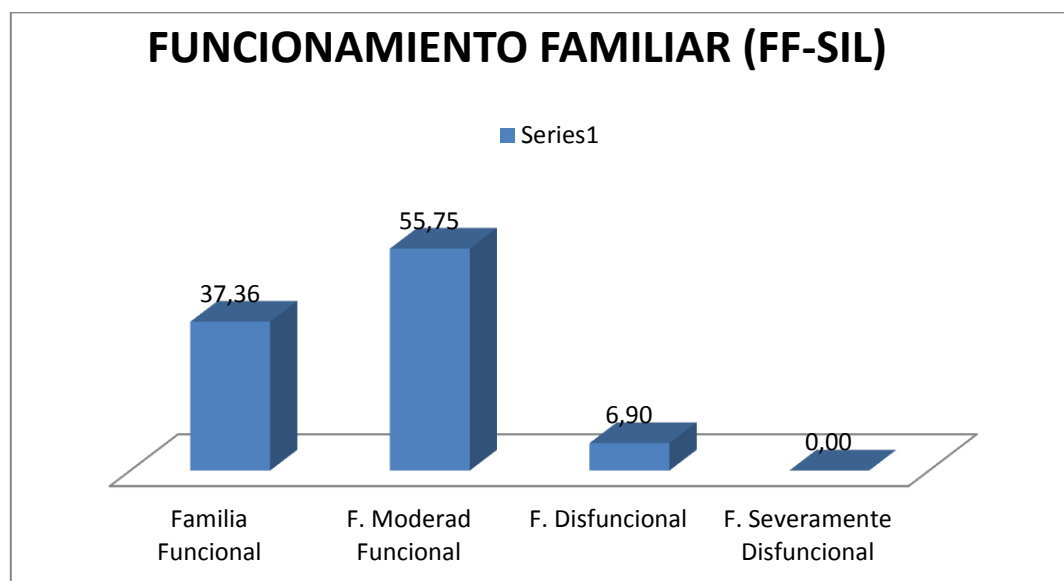


Figura No. 2: Funcionamiento familiar

Fuente: Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

Elaborado por: Suárez C. (2016)

Interpretación:

De acuerdo a los resultados obtenidos, se evidencia que las familias moderadamente funcionales son las que prevalecen en los estudiantes de enfermería caracterizados por cierto grado de estabilidad emocional, una comunicación adecuada, así como los roles, normas y jerarquías se encuentran establecidas adecuadamente y son respetadas por los miembros de la familia. Las familias funcionales son las que en segundo lugar predominan, en tanto que las familias disfuncionales y severamente disfuncionales se presentan en niveles bajos.

4.1.3 Análisis e Interpretación de la Variable Independiente (2): Cuestionario de Afrontamiento de Estrés CAE

INDICADORES	ESTUDIANTES	%
Reevaluación Positiva (REP)	46	26,44
Focalizado en la solución del problema (FSP)	37	21,26
Búsqueda de Apoyo Social (BAS)	36	20,69
Religión (RLG)	22	12,64
Evitación (EVT)	20	11,49
Expresión Emocional Abierta (EEA)	7	4,02
Autofocalización Negativa (AFN)	6	3,45
TOTAL	174	100

Tabla No. 6: Estrategias de Afrontamiento**Fuente:** Cuestionario de Afrontamiento de Estrés CAE**Elaborado por:** Suárez C. (2016)

Análisis:

La tabla de resultados No. 6 indica que de los 174 estudiantes encuestados el 26,44% hace uso de la reevaluación positiva, el 21,26% utiliza la focalización de solución de problemas, el 20,69% prefiere buscar apoyo social, el 12,64% utiliza la religión, el 11,49% utiliza la evitación, el 4,02% hace uso de la expresión emocional abierta, mientras que el 3,45% de los estudiante opta por hacer uso de la autofocalización negativa.

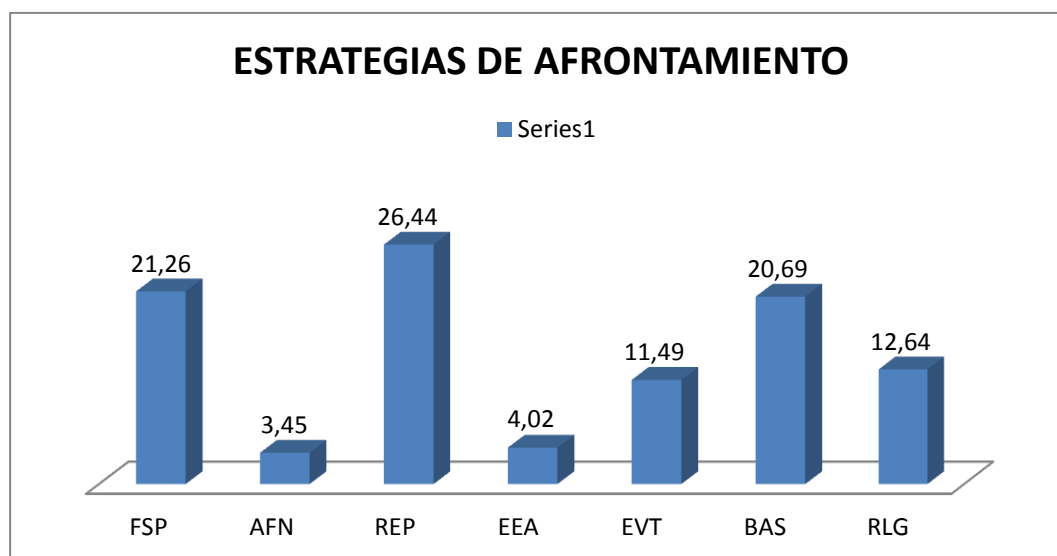


Figura No. 3:

Fuente: Cuestionario de Afrontamiento de Estrés CAE

Elaborado por: Suárez C. (2016)

Interpretación:

De acuerdo a la figura No. 3 los resultados obtenidos demuestran que entre las estrategias de afrontamiento más utilizadas frente a situaciones de estrés por parte de los estudiantes de enfermería se encuentran, con mayor prevalencia la reevaluación positiva, es decir la persona busca dar un nuevo significado al problema, buscar la parte positiva del problema; seguido por la focalización en la solución de problemas, donde a través de estudiar y analizar el problema se busca alternativas de solución; y la búsqueda de apoyo social a través de consejos y orientación para encontrar una solución.

4.1.4 Análisis e Interpretación de la Variable Dependiente: Inventario de depresión de Beck II (BDI)

INDICADORES	ESTUDIANTES	%
Depresión Ausente o mínima	142	81,61
Depresión Leve	21	12,07
Depresión Moderada	8	4,60
Depresión Grave	3	1,72
TOTAL	174	100

Tabla N° 7: Niveles de depresión

Fuente: Inventario de depresión d Beck BDI II

Elaborado por: Suárez C. (2016)

Análisis:

La tabla de resultados No. 7 indica que de los 174 estudiantes encuestados con relación a los niveles de depresión, se evidencia que prevalece con un mayor porcentaje la depresión ausente o mínima reflejada con un 81,61%, mientras que el 12,07% presenta depresión leve, un 4,60% Depresión moderada y el 1,72% de los estudiantes padece de depresión grave.

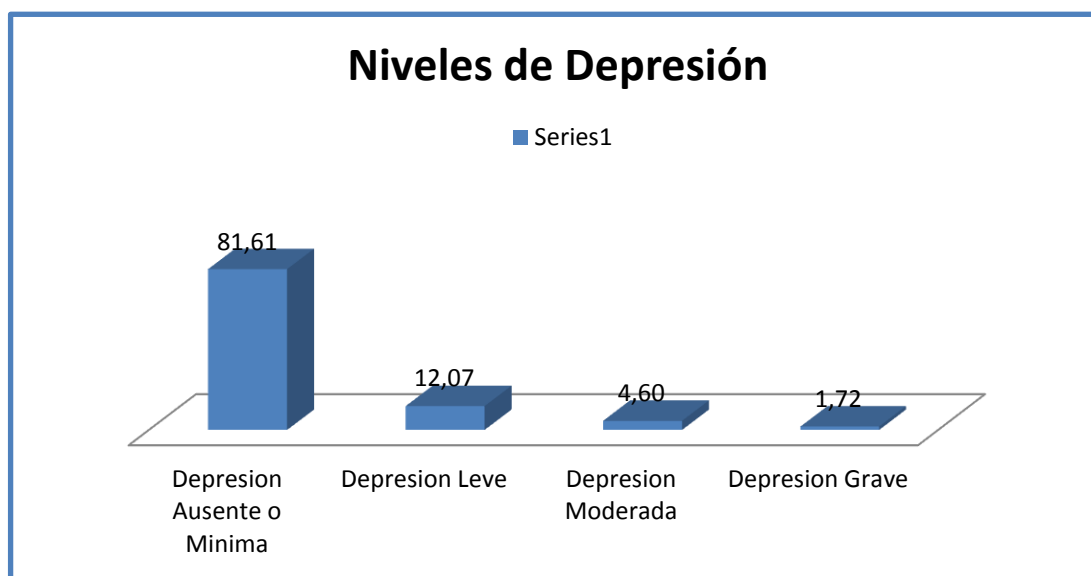


Figura No. 4: Niveles de depresión

Fuente: Inventario de depresión d Beck BDI II

Elaborado por: Suárez C. (2016)

Interpretación:

De acuerdo a los resultados obtenidos, se evidencia que un porcentaje alto de los estudiantes no presenta depresión y en caso de presentarse síntomas como tristeza, melancolía son mínimos y transitorios; en tanto que un porcentaje bajo de estudiantes se encuentra entre depresión leve y moderada donde su estado de ánimo se encuentra entre ligera y clínicamente afectado necesitando de un seguimiento y de una evaluación psicológica. Finalmente un porcentaje mínimo de estudiantes necesita de ayuda psicológica y psiquiátrica por presentar depresión grave.

4.2 Correlación de datos de las Variables

4.2.1 Correlación entre funcionamiento familiar, estrategias de afrontamiento y depresión

TABLA DE CONTINGENCIA FUNCIONAMIENTO FAMILIAR * EST. AFRONTAMIENTO DE ESTRÉS									
Recuento									
		Estrategias de Afrontamiento de Estrés							Total
		Focalizado en solución	Autofocalización negativa	Reevaluación positiva	Expresión emocional abierta	Evitación	Búsqueda de apoyo social	Religión	
Funcionamiento familiar	Funcional	18	2	16	0	6	17	6	65
	Moderadamente funcional	17	3	28	6	12	17	14	97
	Disfuncional	2	1	2	1	2	3	1	12
TOTAL		37	6	46	7	20	37	21	174

Tabla No. 8: Contingencia entre funcionamiento familiar y afrontamiento de estrés

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS

Elaborado por: Suárez C. (2016)

Análisis:

La tabla de resultados No. 8 indica que de acuerdo a la correlación que existe entre funcionamiento familiar y estrategias de afrontamiento de estrés prevalecen las familias que son moderadamente funcionales con 97 estudiantes (55,75%) en donde las estrategias de afrontamiento que se utilizan son: reevaluación positiva con el 16,09% (28 estudiantes), focalizado en la solución de problemas con el 9,77% (17 estudiantes), búsqueda de apoyo social con el 9,77% (17 estudiantes), religión con el 8,05% (14 estudiantes), evitación con el 6,90% (12 estudiantes), expresión emocional abierta con el 3,45% (6 estudiantes) y autofocalización negativa con el 1,72% (3 estudiantes). El segundo grupo en número de estudiantes que responden al funcionamiento familiar como una familia funcional es de 65 estudiantes que representa el 37,36% y que con relación a las estrategias de afrontamiento que utilizan se tiene que el 10,34% (18 estudiantes) manejan la focalización en la solución de problemas, el 9,77% (17 estudiantes) hacen uso de la búsqueda de apoyo social, el 9,20% (16 estudiantes) utilizan la reevaluación positiva, el 3,45% (6 estudiantes) prefieren la evitación y un 3,45% (6 estudiantes) hacen uso de la religión como estrategia de afrontamiento de estrés. Finalmente 12 estudiantes que equivalen al 6,90% tienen una familia disfuncional donde las estrategias de afrontamiento que utilizan son: el 1,72% (3 estudiantes) búsqueda de apoyo social, el 1,15% (2 estudiantes) focalizado en la solución de problemas, el 1,15% (2 estudiantes) reevaluación positiva, el 1,15% (2 estudiantes) evitación, el 0,57% (1 estudiante) autofocalización negativa, el 0,57% (1 estudiante) expresión emocional abierta y el 0,57% (1 estudiante) Religión.

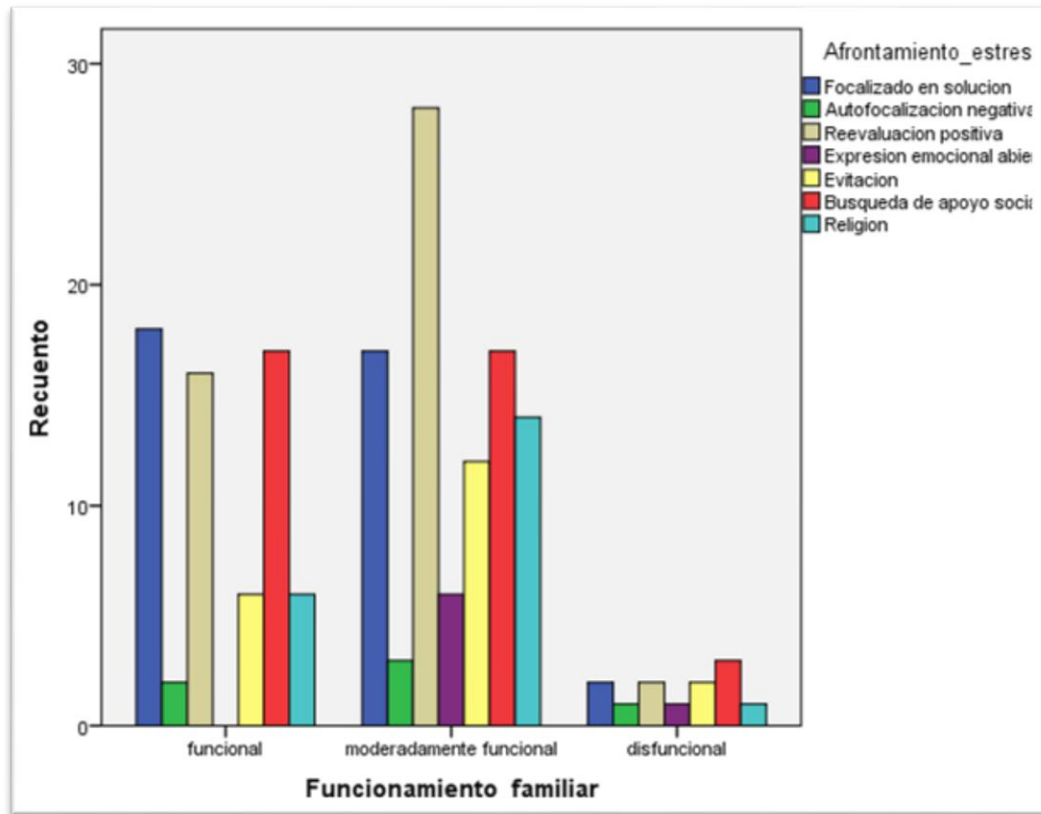


Figura No. 5: Contingencia entre funcionamiento familiar y afrontamiento de estrés

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS

Elaborado por: Suárez C. (2016)

Interpretación:

De acuerdo a la figura No. 5 se puede observar que prevalecen las familias moderadamente funcionales donde los roles y límites están bien establecidos, existe una buena comunicación, saben enfrentar los problemas juntos, son capaces de brindar y recibir experiencias, así como de demostrar sus sentimientos y emociones. Con respecto a las estrategias de afrontamiento en esta muestra se encontró que los estudiantes hacen mayor uso de la Reevaluación Positiva es decir buscan controlar su estado emocional confiados de que las cosas cambiarán y no precisamente de una manera objetiva sino confiados en la suerte o destino. La segunda estrategia con mayor incidencia es la focalizada en la solución del problema es decir a través de analizar las causas del conflicto, montando un plan de acción para hacer frente a la situación, hablando con las personas implicadas para encontrar una solución.

4.2.2 Correlación entre funcionalidad familiar y depresión

Tabla de contingencia Funcionamiento familiar * depresión						
Recuento						
		Depresión				Total
		Mínima o Ausente	Leve	Moderada	Grave	
Funcionamiento Familiar	Funcional	58	6	1	0	65
	Moderadamente funcional	74	14	6	3	97
	Disfuncional	10	1	1	0	12
Total		142	21	8	3	174

Tabla No. 9: Contingencia funcionamiento familiar y depresión

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS

Elaborado por: Suárez C. (2016)

Análisis:

La tabla de resultados No. 9 indica que 97 estudiantes que representan 55,75% tienen una familia moderadamente funcional, donde los tipos de depresión encontrados son el 42,53% (74 estudiantes) con una depresión mínima o ausente, el 8,05% (14 estudiantes) presentan una depresión leve, el 3,45% (6 estudiantes) tienen una depresión moderada, y el 1,72% (3 estudiantes) tienen depresión grave. Por otro lado en lo que respecta a presencia de familias funcionales se tiene que 65 estudiantes que representan el 37,36% pertenecen a este tipo de familia donde la presencia de depresión es de: 33,33% (58 estudiantes) depresión mínima o ausente, el 3,45% (6 estudiantes) depresión leve, el 0,57% (1 estudiante) tiene depresión moderada y no hay presencia de depresión grave. Finalmente 12 estudiantes que equivalen al 6,90% tienen una familia disfuncional donde los niveles de depresión muestran que el 5,75% (10 estudiantes) presentan una depresión mínima o ausente, el 0,57% (1 estudiante) presenta una depresión leve, el 0,57% (1 estudiante) tiene depresión moderada, en tanto que no hay presencia de depresión grave.

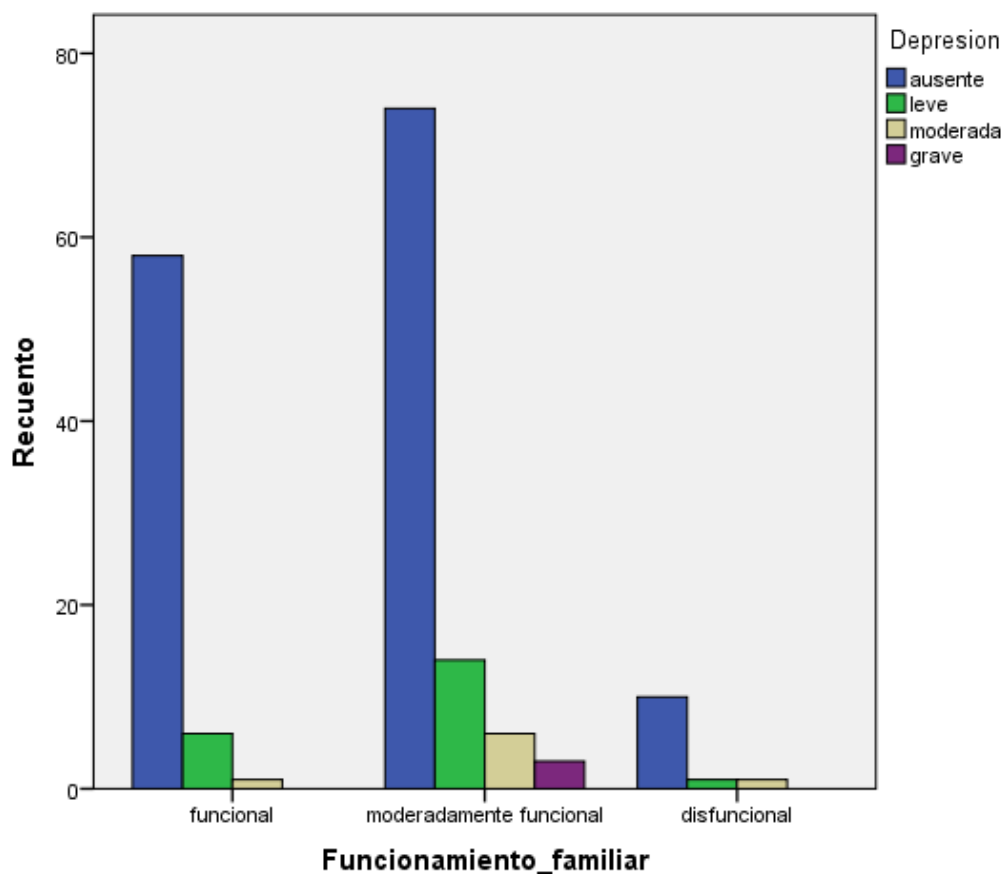


Figura No. 6: Contingencia funcionamiento familiar y depresión

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS

Elaborado por: Suárez C. (2016)

Interpretación:

De acuerdo a la figura No. 6 se puede observar que prevalecen las familias moderadamente funcional, seguido de las familias funcionales y por último las familias disfuncionales; independientemente de la funcionalidad familiar que se presente, el mayor porcentaje de estudiantes no presenta una depresión significativa, mientras que los porcentajes de depresión leve no son representativos al igual que la depresión moderada y tan solo tres estudiantes presentan depresión grave a pesar de tener una funcionalidad moderada.

4.2.3 Correlación entre estrategias de afrontamiento y depresión

Tabla de contingencia Afrontamiento - Estrés * Depresión						
Recuento						
		Depresión				Total
		Ausente	Leve	Moderada	Grave	
Afrontamiento_ Estrés	Focalizado en solución	34	2	1	0	37
	Autofocalización negativa	3	2	0	1	6
	Reevaluación positiva	39	7	0	0	46
	Expresión emocional abierta	4	0	3	0	7
	Evitación	17	0	2	1	20
	Búsqueda de apoyo social	28	6	2	1	37
	Religión	17	4	0	0	21
Total		142	21	8	3	174

Tabla No. 10: Tabla de contingencia Afrontamiento - Estrés * depresión

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS

Elaborado por: Suárez C. (2016)

Análisis:

La tabla de resultados No. 10 indica que de acuerdo a la relación que existe entre las estrategias de Afrontamiento y los niveles de depresión se tiene que el 26,44% (46 estudiantes) utilizan como estrategia de afrontamiento la reevaluación positiva, donde los tipos de depresión encontrados son el 84,78% (39 estudiantes) no presentan depresión y el 15,22% (7 estudiantes) tienen depresión leve. Como segunda estrategia de afrontamiento que hacen uso los estudiantes está la focalización en la solución del problema, con el 21,26% (37 estudiantes) en donde los niveles de depresión que se encontraron están que el 91,89% (34 estudiantes) no presenta depresión, el 5,41% (2 estudiantes) presentan depresión leve, el 2,70% (1 estudiante) presenta depresión moderada. Como tercera estrategia de afrontamiento que utilizan los estudiantes está la Búsqueda de Apoyo con un 21,26% (37 estudiantes) donde se observa que el 75,68% (28 estudiantes) no tiene depresión, el 16,22% (6 estudiantes) presentan

depresión leve, 5,41% (2 estudiantes) tiene depresión moderada y tan solo el 2,70% (1 estudiante) tiene depresión grave. Como cuarta estrategia de afrontamiento utilizada está la religión con un 12,07% (21 estudiantes) donde se aprecia que el 80,95% (17 estudiantes) no presenta depresión, el 19,05% (4 estudiantes) tiene depresión leve. La quinta estrategia de afrontamiento utilizada es la evitación con un 11,49% (20 estudiantes), donde el 85% (17 estudiantes) no presentan depresión, el 10% (2 estudiantes) tienen depresión moderada y el 5% (1 estudiante) tiene depresión grave. Como sexta estrategia de afrontamiento utilizada por los estudiantes de enfermería es la expresión emocional abierta con un 4,02% (7 estudiantes) donde se aprecia que el 57,14% (4 estudiantes) no tiene depresión, el 42,86% (3 estudiantes) tienen depresión moderada, Finalmente la última estrategia de afrontamiento utilizada es la autofocalización negativa con un 3,45% (6 estudiantes) donde el 50% (3 estudiantes) no presenta depresión, el 33,33% (2 estudiantes) presenta depresión leve y tan solo el 16,67% (1 estudiante) tiene depresión grave.

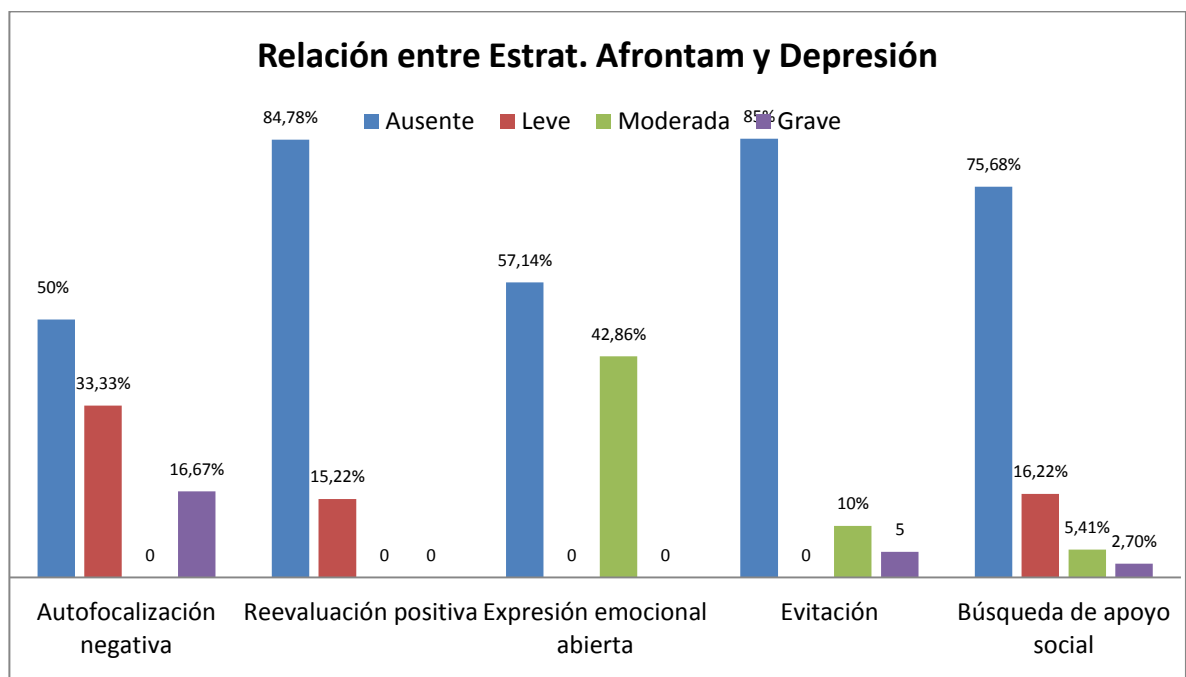


Figura No. 7: Relación entre Estrategias de Afrontamiento y depresión

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS

Elaborado por: Suárez C. (2016)

Interpretación:

De acuerdo a la figura No. 7 se puede observar que la estrategia de afrontamiento mayor utilizada por los estudiantes frente a situaciones de estrés es la Reevaluación Positiva, seguida de la Focalización en la Solución del Problema y la Búsqueda de Apoyo Social y la menos utilizada es la Autofocalización Negativa. A parte se puede apreciar que independientemente de la Estrategia de Afrontamiento que se utilice prevalece el porcentaje de estudiantes sin depresión, seguido con un nivel bajo de depresión leve, moderada y casi mínimo de depresión Leve.

4.3 Verificación de Hipótesis

Para la verificación de hipótesis se utilizó la prueba de correlaciones de Pearson del método estadístico de SPSS versión 10, muy utilizado en el ámbito investigativo que permite medir cualitativa y cuantitativamente las respuestas obtenidas de las variables de las hipótesis en estudio.

CORRELACIONES DE VARIABLES				
		Funcionamiento familiar	Afrontamiento _ estrés	Depresión
Funcionamiento familiar	Correlación de Pearson	1	,062	,140
	Sig. (bilateral)		,416	,065
	N	174	174	174
Estrategias de Afrontamiento de estrés	Correlación de Pearson	,062	1	,084
	Sig. (bilateral)	,416		,268
	N	174	174	174
Depresión	Correlación de Pearson	,140	,084	1
	Sig. (bilateral)	,065	,268	
	N	174	174	174

Tabla No. 11: Correlación de Variables

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS

Elaborado por: Suárez C. (2016)

Interpretación:

Según la tabla de resultados No. 11, y de acuerdo a la prueba de correlaciones de Pearson, con el propósito de verificar si se cumple o no la hipótesis planteada en esta investigación se encontró que la Hipótesis Alternativa se rechaza y se acepta la Hipótesis Nula comprobando que entre Funcionamiento y Afrontamiento no existe correlación (Correlación Pearson= 0,062 $p > 0,05$), así mismo tampoco existe correlación entre funcionamiento y depresión: (Correlación Pearson = 0,140 $p > 0,05$) como tampoco existe correlación entre estrategias de afrontamiento de estrés y depresión: (Correlación Pearson= 0,084 $p > 0,05$). En conclusión se podría decir que la presencia de depresión en los estudiantes puede ser por otros factores independientemente de la funcionalidad familiar o del tipo de estrategias de afrontamiento que se maneje

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones:

- Los resultados obtenidos en la investigación (y sometidos a datos estadísticos mediante el programa estadísticas SPSS), demuestran que no existe relación directa entre las variables de funcionalidad familiar, estrategias de afrontamiento y los niveles de depresión.
- Se encontró que con relación al funcionamiento familiar que predomina en los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato es moderadamente funcional.
- Se concluye que entre las estrategia de afrontamiento que más utilizan los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato están la reevaluación positiva y la focalización en la solución del problema
- Se evidencia que la mayor parte de estudiantes de la carrera de enfermería un nivel de depresión en la categoría de ausente o mínima, y los casos de depresión leve, moderada y grave son mínimos.

5.2 Recomendaciones:

- Se amplíe el estudio a otras carreras de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, con la finalidad de conocer si los resultados varían de acuerdo a las exigencias académicas.
- Promover la aplicación del test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) a estudiantes de las diferentes carreras de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, que presenten algún tipo de depresión, con la finalidad de establecer si los resultados varían a los obtenidos en este proyecto de investigación.
- Aplicar en investigaciones futuras diferentes instrumentos de evaluación sobre estrategias de afrontamientos con la finalidad de comprobar si los resultados varían.
- Trabajar con los casos de depresión encontrados en este estudio, con la finalidad de brindar una atención oportuna y adecuada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Almonte, C., Montt, M. E., y Correa, A. (2009). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Chile: Editorial Mediterráneo Ltda.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM*. (5^{ta} ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- De la Fuente, J. R. & Gerhard H. (Ed.). (2011) *Salud Mental y Medicina Psicológica*. México. pp. 125-136.
- Jarne, A. & Talarn, A. (2009). *Manual de Psicopatología Clínica. España*. Paidós.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca
- McCubbin, H. I., Olson, D. & Larsen, A. (1981). *Family crisis oriented personal evaluation scales (FCOPES)*. Enn: H. I. McCubbin, A. I. Thompson y M. A. McCubbin (Eds.), *Family assessment: resiliency, coping and adaptation. Inventories for research and practice*. Madison, Wiscconsin: University of Wiscconsin Publishers.
- McCubbin H., Cauble, E. & Patterson, J. (1982). *Family stress, coping, and social support*. Springfield. Thomas Publisher.
- McCubbin, H., Thompson, A. & McCubbin, M. (1996). *Family assessment: resiliency, coping and adaptation: Inventories for research and practice*. University of Wiscconsin Publisher: Wiscconsin
- Oblitas, L. A. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. México. Edamsa impresiones.

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*. España: Editorial Médica Panamericana S.A.

Pereira, R. (2011). *Psicoterapia de la violencia filio-parental: Entre el secreto y la vergüenza*. España. Ediciones Morata.

Retamal, P. (2005). *Enfermedad depresiva: guía para el paciente y la familia*. Chile: Editorial Mediterráneo.

Unirioja, M. y Richaud MC. (2007). La ética en la investigación. *Revista Enfoque*, 1(2), pp. 5-18.

LINKOGRAFÍA

Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica. (2014). *Cada 40 segundos hay un suicidio en el mundo, Ecuador está bajo la media mundial; según la OMS*. Recuperado de: <http://www.andes.info.ec/es/noticias/cada-40-segundos-hay-suicidio-mundo-ecuador-esta-debajo-media-mundial-segun-oms.html>

Albuja Urvina, M. G. (2012), *Respuestas de estrés y estrategias de afrontamiento frente al proceso de ejecución de tesis en alumnos de quinto año*. (Tesis Pregrado). Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Psicológicas. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/2171>

Amarís, M., Madariaga, C., Valle, M. & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1). Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2051/6906>

- American Psychological Association. (2014). *Encuesta de la Asociación Americana de Psicología demuestra que el estrés en los adolescentes es similar al de los adultos*. Recuperado de: <http://www.apa.org/news/press/releases/2014/02/estres-adolescentes.aspx>
- Anglada, J., Daher, C. & Casari, L. M. (2014). Estrategias de afrontamiento y ansiedad ante exámenes en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología*, 32(), 243-269. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337832618003>
- Asociación de Facultades de Medicina de Chile y Sociedad Chilena de Educación en Ciencias de la Salud. (2013). Percepción de estrés en estudiantes chilenos de Medicina y Enfermería. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud*, 10(2), 79-85. Recuperado de: <http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol1022013/RECS1022013.pdf>
- Bogaert García, H. (2012). La depresión: etiología y tratamiento. *Ciencia y Sociedad*, XXXVII(2), 183-197. Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=87024179002>
- Castaño, E., & Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (2), pp. 245-256. Recuperado de: <http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estrs-ES.pdf>
- Chávez, M., Contreras, O. y Velázquez, M. (2014). Afrontamiento y depresión su relación con pensamiento constructivo y no constructivo en universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16(2), pp. 31-49. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80231541003>
- Child Trends (2013). Los cambios en la familia y su impacto en el bienestar de la niñez. *Mapa mundial de la familia 2013*, pp. 1-71. Recuperado de:

http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/05/Mapa_mundial_familia_2013.pdf

Córdova Saldaña, H.J. (2015). *Estrategias de afrontamiento de los estudiantes que perdieron el año académico y su influencia en la adaptación al nuevo año escolar del colegio Liceo Cevallos de la ciudad de Ambato*. (Tesis de grado). Universidad Técnica de Ambato. Carrera de Psicología. Recuperado de: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/10337>

De la Rosa, G., Chang, S., Delgado, L., Oliveros, L., Murillo, D., Ortiz, R., Vela, G. & Yhuri, N. (2015). Niveles de estrés y formas de afrontamiento en estudiantes de Medicina en comparación con estudiantes de otras escuelas. *Gaceta Médica de México*. 51(), 443-49. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2015/gm154c.pdf>

Díaz Martín, Y. (2010). Estrés académico y afrontamiento en estudiantes de Medicina. *Humanidades Médicas*, 10(1) Recuperado en 20 de mayo de 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202010000100007&lng=es&tlng=es.

Eguiluz, L. (2003). *Dinámica de la familia: Un enfoque psicológico Sistémico*. México. Ediciones Pax México. Recuperado de: https://books.google.com.ec/books?id=qY2ngOIP88gC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=falsehttps://books.google.com.ec/books/about/Din%C3%A1mica_de_la_familia.html?hl=es&id=qY2ngOIP88gC

Fleishman, J. (1984). Características y patrones de afrontamiento. *Revista de Salud y Comportamiento Social*. 25 (2), 229-244. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2010). *Situación de la niñez: Violencia*. Recuperado de http://www.unicef.org/ecuador/children_28783.htm:
- García, P., Noguerras, E.V., Muñoz, F., Morales, J.M. (2011). *Tratamiento de la depresión en Atención Primaria: Guía de Práctica Clínica*. Málaga. [Versión electrónica]. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_488_Depresion_AP_resum.pdf
- González, H., Delgado, H., Escobar, M., y Cárdenas M.E. (2010). Asociación entre el estrés, el riesgo de depresión y el rendimiento académico en estudiantes de los primeros semestres de un programa colombiano de medicina. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(1), pp. 5-235. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/fem/v17n1/original5.pdf>
- González, C., Mejía, M., Angulo, L., & Ávila, M. (2005). Funcionalidad familiar, estrato socio-económico y red de apoyo social de los residentes de postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes. *Médula, Revista de Facultad de Medicina*, 12(1-4), pp. 26-30. Recuperado de <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/medula/article/view/5703/5507>
- Heras Baroja, G. 2011. *Factores causantes de estrés académico en estudiantes de primer año de medicina en Oaxaca*. (Trabajo de postgrado). Universidad Regional del Sureste Oaxaca. Recuperado de: http://www.facmed.unam.mx/sem/pdf/MemoriasJems2011/Presentaciones/Jueves/A003/16_30%20a%2018_30/PAPE2.pdf
- Hervas Suárez, A.E. (2011). *La migración de los padres y la depresión en los adolescentes de la Comunidad Educativa Juan León Mera “La Salle”, de la ciudad de Ambato, durante el período 2010-2011*. (Tesis de grado). Universidad Técnica de Ambato. Facultad Ciencias de la Salud. Recuperado de: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/3961>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2011). *INEC presenta por primera vez estadísticas sobre religión*. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/inec-presenta-por-primera-vez-estadisticas-sobre-religion/>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2014). *En nueve años los divorcios se incrementaron en un 87,73%*. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/en-nueve-anos-los-divorcios-se-incrementaron-en-un-8773/>

Iturralde, C. (2015). *Esquemas mal adaptativos y su relación con la depresión en estudiantes del tercer año de bachillerato de la Unidad Educativa Blanca Martínez de Tinajero*. (Tesis de grado). Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/11521>

López Bayas, H.M. (2014). *Disfunción familiar y su influencia en la inteligencia emocional en los niños de quinto año de básica que asisten a la escuela Luis Felipe Borja en el año lectivo 2013 – 2014 de la parroquia Pishilata, cantón Ambato*. (Tesis de grado). Universidad Técnica de Ambato. Facultad Ciencias Salud. Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/8333>

Mendoza-Solís, L., Soler-Huerta, E., Sainz-Vázquez, L., Gil-Alfaro, I., Mendoza-Sánchez, H. y Pérez-Hernández, C. (2006). Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. *Archivos en Medicina Familiar*, 8(1) 27-32. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50780104>.

Mera, A. (2015). *Funcionamiento familiar y su influencia en las estrategias de afrontamiento en madres adolescentes víctimas de estupro internadas en el hospital provincial docente Ambato*. (Tesis Doctoral). Universidad Técnica de

- Ambato. Recuperado de:
<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/12297/1/Tesis%20Ana%20Mera.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2011). *Manual de atención primaria en salud mental: Depresión*. Recuperado de:
<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20ATENCION%20PRIMARIA%20EN%20SALUD%20MENTAL.pdf>
- Minuchin, S. & Fishman, H. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Recuperado de:
<http://www.verticespsicologos.com/sites/default/files/Tecnicas-de-terapia-familiar.pdf>:
- Morales, C., Silva, N.A., Torres, G.E., Báez, L.J., Estévez, L.V. & Müller, S.C. (2011). Efectividad de la funcionalidad familiar con padre adolescente en San Gil. *Revista Salud UIS*, 43(1), 64-69. Recuperado de:
<http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/2135>.
- Moreno, J., Echavarría, H., Pardo, A. y Quiñonez, Y. (2014). Funcionalidad familiar, conductas internalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 8(), 37-46. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297232756003>
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J. R. (2010). *La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test*. *Papeles del Psicólogo* 31, 108-121. Recuperado de:
<https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *La depresión: Nota descriptiva N°369*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Día de la Salud Mental: La depresión es el trastorno más frecuente*. Recuperado de: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1047:dia-mundial-salud-mental-depresion-es-trastorno-mental-mas-frecuente-&Itemid=236
- Osornio, L., García, L., Méndez, A.R. & Garcés, L.R. (2009). Depresión, dinámica familiar y rendimiento académico en estudiantes de Medicina. *Revista Archivos en Medicina Familiar*. 11(1), 11-15. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2009/amf091c.pdf>
- Ortega Veitía, T., De la Cuesta, D. y Días Retureta, C. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev Cubana Enfermer*, 15(3), pp. 164 -168. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol15_3_99/enf05399.pdf
- Portalatín, B.G. (2015, Febrero 17). *Radiografía de la depresión en España*. El Mundo. Recuperado de: <http://www.elmundo.es/salud/2015/02/17/54e34b4ce2704ea6698b457b.html>
- Rojas García, A., Serrano Barquín, C., Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), pp. 47-60. Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=80225697004>
- Ruiz Celis, R., Arroyo, L., Gallardo Rayo, I., y Dávila Figueras, A. (2011). Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología*, 20(2), pp. 147-172. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26421338007>
- Sadín B. y Chorot P. (2003) Cuestionario de Afrontamiento del estrés (CAE) Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología*

Clínica, 8(1), pp. 9-54. Recuperado de
<http://www.aepcp.net/arc/03.2003%281%29.Sandin-Chorot.pdf>

Sánchez Martínez, C; (2012). Significado psicológico de familia, papá y mamá en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 20() 18-28. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133924623003>

Solórzano R. (2015). *Prevalencia de la depresión y factores asociados en los estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Cuenca* (Tesis de grado). Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas Cuenca, Ecuador. Recuperado de:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21285>

Tabares, X., Caro, J.P. & Naranjo, R. (2012). Determinación de los grados de depresión y ansiedad de acuerdo al género en los estudiantes de la Universidad Técnica de Ambato. *Unidad Operativa de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud*. Recuperado de:
http://fcs.uta.edu.ec/uo_i_ics/index.php/en/articulos/func-startdown/18/

Tapia, D. et al., (2005). Sistemas Familiares. *Universidad Verdad*. (35). 35-52. Recuperado de
<http://www.uazuay.edu.ec/publicaciones/Sistemas%20Familiares.pdf>.

Ullman, H., Maldonado, C., y Nieves, V. (2014). La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010. CEPAL - *Serie Políticas Sociales*, (193), 8-24. Recuperado de: http://www.unicef.org/lac/S2014182_es.pdf

Villacrés Betancourt, R.H. (2011). *Criminalidad y disfunción familiar en adolescentes infractores*. (Tesis de grado). Universidad Central del Ecuador. Facultad Ciencias Psicológicas. Ecuador. Recuperado de:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1625/1/T-UCE-0007-38.pdf>

Viñas, F., González, M., García, Y., Malo, S. y Casas, F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Revista Anales de psicología*. 31(1), 226-233. doi: rg/10.6018/analesps.31.1.163681

CITAS BIBLIOGRÁFICAS_BASE DE DATOS UTA

PROQUEST Figueroa, M., Contini, N., Lacunza, A. & Levín, M. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21(1), pp. 66-72. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1288747884/A5E9C1DCC5174069PQ/3?accountid=36765>.

PROQUEST Gantiva, C., Tabares, S. & Villa, M. (2010). Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en docentes de primaria y bachillerato. *Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte., 26(), pp. 36-50. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1436989728/A5E9C1DCC5174069PQ/2?accountid=36765>.

BVSALUD Molina, S. Pellicer, O., Mirete, M. & Martínez, E. (2016). Quejas subjetivas de memoria, estrés percibido y estrategias de afrontamiento en adultos jóvenes. *Revista Neurol*, 62(8), pp. 344-350. Recuperado de <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-SMB-10631>.

PROQUEST Caballero, C., González, O. & Palacio, J. (2015). Relación del Burnout y el engagement con depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Salud Uninorte*. Barranquilla, 31 (1), pp. 59-69. Recuperado de

<http://search.proquest.com/docview/1703565038/63BB33EF98F46AAPQ/1?accountid=36765>.

PROQUEST Díaz, Sh., Arrieta, K. & González, F. (2014). Estrés académico y funcionalidad familiar en estudiantes de odontología. Salud Uninorte. Barranquilla, 30 (2), pp. 121-132. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1622345469/3C681437A1774422PQ/4?accountid=36765>

ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Anexo 1.- HOJA DE CONSENTIMIENTO

Sr/Sra./Srta.:

MANIFIESTA:

a) Que acepta libremente formar parte del estudio sobre “DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN RELACIÓN A LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, DEL CANTÓN AMBATO, DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA”

b) Que en función de dicha opción libre, puede abandonar el estudio en el momento que lo desee. Del mismo modo la directora puede dar por concluida la evaluación si el participante no cumple las pautas establecidas.

c) Que conoce por medio de la directora que los datos proporcionados servirán exclusivamente para que mediante diversos análisis, se logre dar respuesta a los objetivos y preguntas que se han planteado en este estudio.

d) Que entiende que el estudio no implica ningún daño o riesgo.

Ambato,..... de.....de 2015

Firma.: El/la participante

Firma.: La directora del estudio

Anexo 2.- CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

CAE

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Vd. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. **Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.** Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Vd. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (*aproximadamente durante el pasado año*).

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	0	1	2	3	4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal	0	1	2	3	4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
4. Descargué mi mal humor con los demás	0	1	2	3	4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0	1	2	3	4
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía	0	1	2	3	4
7. Asistí a la Iglesia	0	1	2	3	4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	0	1	2	3	4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	0	1	2	3	4
10. Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
11. Insulté a ciertas personas	0	1	2	3	4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0	1	2	3	4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	0	1	2	3	4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0	1	2	3	4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0	1	2	3	4
18. Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0	1	2	3	4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	0	1	2	3	4
25. Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
26. Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0	1	2	3	4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación	0	1	2	3	4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	0	1	2	3	4
32. Me irrité con alguna gente	0	1	2	3	4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4
35. Recé	0	1	2	3	4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran	0	1	2	3	4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0	1	2	3	4
39. Luché y me desahugué expresando mis sentimientos	0	1	2	3	4
40. Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3	4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4

CALIFICACIÓN CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (CAE)

Se suman los valores marcados en cada ítem, según las siguientes subescalas:

1. Focalizado en la solución del problema (FSP): 1, 8, 15, 22, 29, 36.
2. Autofocalización negativa (AFN): 2, 9, 16, 23, 30, 37.
3. Reevaluación positiva (REP): 3, 10, 17, 24, 31, 38.
4. Expresión emocional abierta (EEA): 4, 11, 18, 25, 32, 39.
5. Evitación (EVT): 5, 12, 19, 26, 33, 40.
6. Búsqueda de apoyo social (BAS): 6, 13, 20, 27, 34, 41.
7. Religión (RLG): 7, 14, 21, 28, 35, 42

Anexo 3.- INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

(Beck Depression Inventory, BDI)

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

1. a. No me siento triste.
 b. Me siento triste.
 c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
 d. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.

2. a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
 b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
 c. Siento que no tengo nada que esperar.
 d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3. a. No creo que sea un fracaso.
 b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un monton de fracasos.
 d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4. a. Obtengo tanta satisfaccion de las cosas como la que solia obtener antes.
 b. No disfruto de las cosas de la manera en que solia hacerlo.
 c. Ya no tengo verdadero satisfaccion de nada.
 d. Estoy insatisfecho o oaburrido de todo.

5. a. No me siento especialmente culpable.
 b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
 c. Me siento culpable casi siempre.
 d. Me siento culpable siempre.

6. a. No creo que este siendo castigado.
 b. Creo que puedo ser castigado.
 c. Espero ser castigado.
 d. Creo que estoy siendo castigado.

7. a. No me siento decepcionado de mi mismo.
 b. Me he decepcionado a mi mismo.
 c. Estoy disgustado conmigo mismo.
 d. Me odio.

8. a. No creo ser peor que los demás.
 b. Me critico por mis debilidades o errores.
 c. Me culpo siempre por mis errores.
 d. Me culpo de todo lo malo que sucede.

9. a. No pienso en matarme.
b. Pienso en matarme, pero no lo haria.
c. Me gustaria matarme.
d. Me mataria si tuviera la oportunidad.
10. a. No lloro más de lo de costumbre.
b. Ahora lloro más de lo que lo solia hacer.
c. Ahora lloro todo el tiempo.
d. Solia poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
11. a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
b. Las cosas me irritan más que de costumbre
c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12. a. No he perdido el interes por otras cosas.
b. Estoy menos intiresado en otras personas que de costumbre.
c. He perdido casi todo el interes por otras personas.
d. He perdido todo mi interes por otras personas.
13. a. Tomo decisiones casi siempre.
b. Postergo la adopcion de decisiones más que de costumbre.
c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
d. Ya no puedo tomar decisiones.
14. a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
d. Creo que me veo feo.
15. a. Puedo trabajar tan bien como antes.
b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
d. No puedo trabajar en absoluto.
16. a. Puedo dormir tan bien como antes.
b. No puedo dormir tan bien como solia.
c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
d. Me despierto varias horas antes de lo que solia y no puedo volver a dormir.
17. a. No me canso más que de costumbre.
b. Me canso más facilmente que de costumbre.
c. Me canso sin hacer nada.
d. Estoy demásiado cansado como para hacer algo.

18. a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
c. Mi apetito está mucho peor ahora.
d. Ya no tengo apetito.
19. a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, ultimamente.
b. He rebajado más de dos kilos y medio.
c. He rebajado más de cinco kilos.
d. He rebajado más de siete kilos y medio.
20. a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
d. He perdido por completo el interés en el sexo.

Muchas gracias.

Anexo 4.- CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

Edad: Sexo: Fecha aplicación:

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. PUNTÚE su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Casi nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4), Casi siempre (5)

1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia. _____
2. En mi casa predomina la armonía. _____
3. En mi familia 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 ante situaciones diferentes. _____
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan. _____
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté 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. _____

Baremo

- De 70 a 57 puntos Familia Funcional
- De 56 a 43 puntos Familia Moderadamente Funcional
- De 42 a 28 puntos Familia Disfuncional
- De 27 a 14 puntos Familia severamente Disfuncional