



**UNIVERSIDAD ESTATAL
PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES Y SU
INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE ESTADOS
DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES. COLEGIOS: DR.
LUIS CÉLLERI AVILÉS Y JOHN F. KENNEDY. 2013-2014**

TRABAJO DE TITULACIÓN

**Previo a la obtención del Título de:
LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA**

AUTORES:

**QUINDE GONZÁLEZ LISSETTE
FRANCE JIMÉNEZ SERGIO**

TUTORA: LIC. FÁTIMA MORÁN SÁNCHEZ, MSc.

LA LIBERTAD – ECUADOR

2014

**UNIVERSIDAD ESTATAL
PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES Y SU
INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE ESTADOS
DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES. COLEGIOS: DR.
LUIS CÉLLERI AVILÉS Y JOHN F. KENNEDY. 2013-2014**

TRABAJO DE TITULACIÓN

Previo a la obtención del Título de:

LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA

AUTORES:

QUINDE GONZÁLEZ LISSETTE

FRANCE JIMÉNEZ SERGIO

TUTORA: LIC. FÁTIMA MORÁN SÁNCHEZ, MSc.

LA LIBERTAD – ECUADOR

2014

La Libertad, 17 de septiembre del 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor (a) del trabajo de investigación: “PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE ESTADOS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES. COLEGIOS: DR. LUIS CÉLLERI AVILÉS Y JOHN F. KENNEDY”. Elaborado por el Sr. France Jiménez Sergio Alexis y la Sra. Quinde González Lissette Tatiana, egresados de la Carrera de Enfermería, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Península de Santa Elena, previo a la obtención de título de Licenciados/as en Enfermería, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, apruebo en todas sus partes.

Atentamente



Lic. Fátima Morán Sánchez, MsC

TUTORA

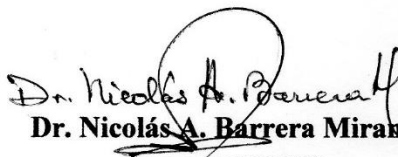
CERTIFICACIÓN GRAMATICAL Y ORTOGRÁFICA

Dr. Nicolás A. Barrera Miranda de la especialidad de GRAMÁTICA Y ORTOGRAFÍA.

Luego de haber revisado y corregido la tesis **“PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE ESTADOS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES. COLEGIO LUIS CELLERI AVILÉS Y JOHN F. KENNEDY”** previo a la obtención del Título de **LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA**, de los estudiantes de la Carrera de Enfermería, Escuela de Ciencias de la Salud. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, **QUINDE GONZÁLEZ LISSETTE TATIANA** y **FRANCE JIMÉNEZ SERGIO ALEXIS**, certifico que están habilitados con el correcto manejo del lenguaje, claridad en la expresión, coherencia en los conceptos, adecuado empleo de la sinonimia, corrección ortográfica y gramatical.

Es cuanto puedo decir en honor a la verdad.

La Libertad, 17 de septiembre del 2014


Dr. Nicolás A. Barrera Miranda

Registro N° 1006-06-665122-CONESUP

Ex profesor de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Guayaquil.

Ex profesor principal de la Universidad Estatal Península de Santa Elena

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi madre, quien me enseñó a luchar contra las adversidades, me ayudó y me sustentó en todos los aspectos problemas que ofrece la vida. Por confiar en mí a pesar de mis errores.

A mis tías Olga y Lucía quienes me fortalecieron, nunca me dejaron caer y siempre estuvieron dispuestas a socorrerme.

Al Dr. Oswaldo Usca y la Lcda. Marcela Ching a quienes considero y estimo mucho ya que han sido ayuda y apoyo incondicional.

Sergio

Porque me has enseñado a tener fe en DIOS y porque estuviste allí recordándome su palabra en los momentos más difíciles, por eso dedico este trabajo a mi madre.

A mi padre, hermanos y familiares por brindarme su apoyo incondicional, por aconsejarme y transformar aquellas situaciones estresantes en momentos gratos.

Lisette

AGRADECIMIENTO

A Dios Todopoderoso; “al Camino, la Verdad y la Vida” nuestro Señor Jesucristo; al “Guía Espiritual” el Espíritu Santo, porque sin ti no hubiese sido posible llegar hasta a este momento, sin tu sacrificio en la cruz y tu fiel Amor.

Gracias, por darnos las fuerzas necesarias para continuar y no desmayar, por abrir puertas y cerrar otras innecesarias, porque siempre estuviste allí cuidándonos y guardándonos de todo mal.

A nuestros padres, por haber depositado su confianza en nosotros y por brindarnos su ayuda incondicional, aun cuando lo requerido estaba fuera de su alcance.

Sergio y Lissette

TRIBUNAL DE GRADO

Lic. Guillermo Santa María S., MSc.
**DECANO DE LA FACULTAD
C.C. SOCIALES Y DE LA SALUD**

Dr. Juan Monserrate Cervantes, MSc.
**DIRECTOR DE LA ESCUELA DE
CIENCIAS DE LA SALUD**

Lic. Sonia Santos Holguín, MSc.
PROFESORA DEL ÁREA

Lic. Fátima Morán Sánchez MSc.
TUTORA

Abg. Joe Espinoza Ayala
SECRETARIO GENERAL

**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES Y SU INFLUENCIA EN
EL DESARROLLO DE ESTADOS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES.
COLEGIOS: DR. LUIS CÉLLERI AVILÉS Y JOHN F. KENNEDY.
2013-2014**

Autores: Quinde González Lissette

France Jiménez Sergio

Tutora: Lic. Fátima Morán S., MSc.

RESUMEN

La depresión es considerada actualmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como causa principal de discapacidad e importante carga mundial de morbilidad, que puede presentarse en cualquier etapa de la vida, independientemente del nivel socioeconómico, teniendo así a los adolescentes como una de las poblaciones más vulnerables a desarrollar esta patología. Este trastorno mental es el resultado de la asociación de múltiples factores, encontrando así en varios estudios una relación positiva entre la depresión y un entorno familiar disfuncional, sin embargo existe cierto grado de discrepancia en los datos. Por ello, el objetivo de este trabajo es determinar la influencia de los procesos familiares disfuncionales y su influencia en el desarrollo de estados depresivos en adolescentes de los colegios: Dr. Luis Célleri Avilés y John F. Kennedy. Este estudio utiliza una metodología explicativa de corte transversal con enfoque cuali-cuantitativo, identificando procesos familiares disfuncionales a través de la aplicación del APGAR Familiar y los estados depresivos mediante el Inventario de depresión de Beck en 432 adolescentes. Respecto a los resultados se obtuvo que un 35% de la población presenta un estado depresivo, del cual un 19% es parte de un hogar disfuncional y un 16% es integrante de un hogar normofuncional; mientras que un 15% de los adolescentes que no presentan esta patología tienen un hogar con procesos familiares disfuncionales. Indicando así estos que una persona puede desarrollar estados depresivos a pesar de poseer un hogar funcional, hallando de esta manera una relación poco significativa entre las variables planteadas en este estudio.

PALABRAS CLAVES: Procesos familiares disfuncionales, estados depresivos, adolescentes.

**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES Y SU INFLUENCIA EN
EL DESARROLLO DE ESTADOS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES.**

COLEGIOS: DR. LUIS CÉLLERI AVILÉS Y JOHN F. KENNEDY.

2013-2014

Authors: Quinde González Lissette

France Jiménez Sergio

Tutor: Lic. Fátima Morán S., MSc.

SUMMARY

Depression is now considered by the World Health Organization (OMS) as a major cause of disability and important world load of morbidity, which one can present in any stage of the life, independently of the socioeconomic level, having the teenagers like that as one of the populations most vulnerable to developing this pathology. This mental disorder is the result of the association of multiple factors, finding this way in several studies a positive relationship between depression and a dysfunctional family environment, nevertheless certain degree of discrepancy exists in the information. For it, the aim of this work is to determine the influence of the familiar dysfunctional processes and his influence in the development of depressive conditions in teenagers of the colleges: Dr. Luis Célleri Avilés and John F. Kennedy. This study uses an explanatory methodology of transverse court with cuali-quantitative approach, identifying familiar dysfunctional processes across the application of the Familiar APGAR and the depressive conditions by means of the Inventory of Beck's depression in 432 teenagers. With regard to the results there was obtained that 35 % of the population presents a depressive condition, of which 19 % is a part of a dysfunctional home and 16 % it is a member of a home normofuncional; whereas 15 % of the teenagers who do not present this pathology has a home with familiar dysfunctional processes. Indicating this way these that a person can develop depressive conditions in spite of possessing a functional home, finding hereby a slightly significant relation between the variables raised in this study.

KEY WORDS: Dysfunctional family processes, depression, teenagers.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	iii
CERTIFICACIÓN GRAMATICAL Y ORTOGRÁFICA	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
TRIBUNAL DE GRADO	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
ÍNDICE GENERAL	x
INTRODUCCIÓN	1
Planteamiento del problema	3
Justificación	6
Objetivos: General y específico	8
CAPÍTULO I	
MARCO TEÓRICO	
1.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	9

1.2	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	11
1.2.1.	Depresión	11
	Definición de depresión	11
	Trastorno afectivo	11
	Base de conocimiento	13
	Teorías causales	18
1.2.2.	Depresión en adolescentes	21
1.2.3.	Funcionalidad familiar	22
	Definición de familia	22
1.2.4	Disfunción familiar	23
	Padres disfuncionales	23
	Procesos familiares disfuncionales	24
1.3	TEORÍA DE ENFERMERÍA	25
	Modelo de Sistemas	25
1.4	MARCO LEGAL	30
1.4.1.	Constitución de la República del Ecuador – 2008 – Montecristi	30
1.4.2.	Código de la Niñez y de la Adolescencia	30
1.4.3	“Buen Vivir” Plan Nacional 2013 – 2017	32
1.4.4.	Ley Orgánica de Salud	32
1.5	MARCO CONCEPTUAL	33
	CAPITULO II	34
	METODOLOGÍA	34
2.1.	Diseño de la investigación	34

2.2. Modalidad de la investigación	34
2.3. Tipo de la investigación	34
2.4. Población y muestra	35
Variable a investigar	37
2.5. Operacionalización de variables	38
2.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	41
2.7. Prueba piloto	43
2.8. Procedimiento para la obtención de datos	44

CAPITULO III

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	46
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	57
BIBLIOGRAFÍA	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	66
GLOSARIO	120

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. - Certificación de aprobación de URKUND	66
Anexo 2.- Oficio de aprobación para desarrollar propuestas en los diferentes centros educativos emitido por el Ministerio de Educación.	67
Anexo 3.- Solicitud dirigido a la rectora del colegio Dr. Luis Célleri Avilés para la recolección de información.	68
Anexo 4.- Solicitud dirigido a la rector de la Unidad Educativa John F. Kennedy para la recolección de información.	69
Anexo 5.- Acta de entrega y recepción del trabajo de titulación.	70
Anexo 6.- Consentimiento informado	71
Anexo 7.- Test de “APGAR Familiar”	72
Anexo 8.- Encuesta para determinar los factores que se encuentran ocasionando disfunción familiar en los hogares de los adolescentes.	73
Anexo 9.- “Inventario de depresión de Beck”	77
Anexo 10.- Presupuesto del proyecto de investigación previo a la obtención del título.	84
Anexo 11.- Cronograma de actividades	85
Anexo 12.- Cronograma de actividades para la ejecución del proyecto de investigación entregado a las autoridades de los colegios: Dr. Luis Célleri Avilés y John F. Kennedy.	86
Anexo 13.- Programa de actividades del Grupo Focal	92
Anexo 14.- Análisis de contenido	95
Anexo 15.- Población total	103
Anexo 16.- Resultados del Test de “APGAR Familiar”	104
Anexo 17.- Resultados de la “Encuesta para determinar los factores que se encuentran ocasionando disfunción familiar en los hogares de los adolescentes”	105
Anexo 18.- Resultados del “Inventario de depresión de Beck”	119
Anexo 19.- Evidencias fotográficas	121

PROPUESTA

	Pág.
Antecedentes	127
Marco institucional	129
Análisis FODA	130
Objetivo general	132
Objetivo específico	132
Beneficiarios	133
Actividades	133
Presupuesto	135
Cronograma	136
Evaluación	138
Bibliografía	139

INTRODUCCIÓN

La depresión es considerada actualmente como la enfermedad que afectará al siglo XXI, teniendo así que el porcentaje de personas que desarrollan depresión ha presentado un vertiginoso aumento a nivel mundial. Los estados depresivos se pueden presentar en cualquier etapa de la vida, siendo los adolescentes una de las poblaciones más vulnerables a desarrollar esta patología. La OMS menciona en su Informe sobre la Salud para los Adolescentes del Mundo que la depresión está entre las tres primeras causas de enfermedad y discapacidad en todas las regiones.

Por otra parte las disfunciones del núcleo familiar son cada vez más comunes y han ido en aumento a lo largo de los años. Las causas principales de este fenómeno psicosocial se pueden evidenciar como la ausencia de figuras de autoridad de uno o ambos progenitores por separación, divorcio o fallecimiento; las comunicaciones conflictivas y la violencia intrafamiliar. Esta situación afecta de forma significativa el bienestar tanto físico como psicológico de cada uno de los integrantes que conforman la familia.

Ambas situaciones se han constituido en importantes temas a estudiar, por ello el presente trabajo tiene como objetivo determinar la influencia de los procesos familiares disfuncionales en el desarrollo de estados depresivos en adolescentes de los colegios: Dr. Luis Célleri Avilés y John F. Kennedy de la provincia de Santa Elena. Siendo esta una investigación de tipo explicativa de corte transversal con enfoque cuali-cuantitativo, en donde se estudiaron y midieron las características de las variables de forma simultánea a través de la aplicación de instrumentos y técnicas de recolección de datos.

La población objeto de estudio fueron 432 estudiantes del ciclo diversificado de las instituciones educativas antes mencionadas, a quienes se les aplicó el Test de “APGAR Familiar” para detectar la presencia de procesos familiares disfuncionales en sus hogares y el “Inventario de depresión de Beck” para identificar estados depresivos en ellos.

Respecto a la variable, procesos familiares disfunciones mediante el análisis de los datos cuantitativos y cualitativos se obtuvo como resultado que el 34% de la población en estudio forma parte de un hogar disfuncional, teniendo como causas principales de este problema a las comunicaciones conflictivas y la ausencia de figuras de autoridad. Mientras que en la medición de la variable estados depresivos se logró identificar que el 35% de los adolescentes presentan algún tipo de depresión, del cual el 20% corresponde al género femenino, encontrando así una predisposición significativa en las mujeres de padecer esta patología.

Así también, al establecer relaciones de causalidad entre las variables se encontró que del total de población con depresión un 19% es parte de un hogar disfuncional y un 16% es integrante de un hogar normofuncional; mientras que un 15% de los adolescentes que no presentan esta patología tienen un hogar con procesos familiares disfuncionales. Indicando así esto que una persona puede desarrollar estados depresivos a pesar de poseer un hogar funcional. Estos resultados obtenidos conllevan a diseñar una guía didáctica sobre la salud mental dirigida a padres de familia y adolescentes de los colegios: Dr. Luis Célleri Avilés y John F. Kennedy con la finalidad de prevenir estados depresivos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia es el período de vida comprendido entre los 10 y 19 años de edad, en esta etapa el ser humano se desarrolla fisiológicamente y experimenta importantes cambios psicológicos y sociales decisivos en el camino hacia la adultez. En la adolescencia surgen pensamientos negativos o positivos relacionados con experiencias e ideas que establecen la base de la salud mental de toda persona.(Organización Mundial de la Salud, n.d.-b)

Los adolescentes son considerados como población sana, sin embargo a menudo adoptan conductas de riesgo que son determinantes en la salud de estos, siendo las principales responsables de la morbimortalidad en esta etapa, entre las cuales se mencionan el consumo de drogas, embarazo precoz, mala alimentación, infecciones de transmisión sexual, depresión y suicidio entre otras. Existen conductas de riesgo, especialmente la depresión, que se asocian a familias con poca unión, desapegadas, con problemas económicos, con una escasa contención emocional ofreciendo un escaso soporte para afrontar las tareas propias de esta etapa de la vida. (Valenzuela Mujica, Ibarra R., Zubarew G., & Correa, 2013)

La OMS (2011) en el artículo, “Riesgos para la salud de los jóvenes”, señala que alrededor del 20% de los adolescentes padecen un problema de salud mental, como ansiedad o depresión. Esta población es considerada como la más vulnerable a la depresión, debido a que muestra una prevalencia del 4% al 8% en población no clínica y del 27% al 40% en población clínica. (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007).

Actualmente el número de adolescentes que padecen depresión es tan alto como en los adultos, pero esta patología no se detecta porque no hay conciencia de su verdadera incidencia. (“Advierten que la depresión ya afecta a los jóvenes tanto como a los adultos,” 2012)

La familia juega un rol primordial en la prevención de conductas de riesgo del adolescente, esta es la institución básica que influye en el desarrollo emocional y brinda los cimientos para el desarrollo social de cada uno de los integrantes, esta estimula y promueve el estado de salud y bienestar de ellos. Del grado en el cual una familia cumpla o deje de cumplir sus funciones primordiales se hablará de funcionalidad o disfuncionalidad.(Cogollo, Gómez, De Arco, Ruiz, & Campo-Arias, 2009)

Un cuidado deficiente de los padres a los hijos; peleas frecuentes con agresión y tensiones en el hogar; divorcio, separación o muerte de los padres son aspectos propios de una familia disfuncional que afectan a menudo a los adolescentes.(World Health Organization, 2001) Según investigaciones realizadas por Wallerstein señalan que el 25% de los adolescentes provenientes de familias divorciadas presentan serios problemas en su desempeño social o emocional, mientras que Hetherington menciona que el 41% de ellos son temerosos, agresivos, tienen baja autoestima y presentan dificultades en su comportamiento o desempeño escolar. (Isaza, n.d.)

La relación familiar entre padres e hijos es una interacción que afecta a ambos agentes sociales y puede producir beneficios o daños potenciales para ambas partes. Por ello, la percepción de los estilos de crianza parentales se ha convertido en un importante tema a estudiar.(Valenzuela Mujica et al., 2013)

Varios estudios realizados por profesionales de la salud, entre ellos Licenciados en Enfermería, revelan una alta prevalencia de depresión en estudiantes de bachillerato y universitarios. Esto se debe a un menor tiempo destinado a recreación, preocupación económica, más de diez horas diarias de estudio personal, percepción de bajo nivel socioeconómico, percepción de pobre apoyo familiar, bajas calificaciones y mediana satisfacción con la carrera. (Herrera L & Rivera M, 2011) Con este antecedente se decidió investigar los procesos familiares disfuncionales y su influencia en el desarrollo de depresión en adolescentes de los colegios: Dr. Luis Célleri Avilés y John F. Kennedy de la provincia de Santa Elena.

Ambas instituciones educativas poseen personal encargado de brindar asistencia psicopedagógica a los estudiantes. Teniendo así que el colegio Dr. Luis Célleri Avilés cuenta con una orientadora en cada una de las secciones que posee esta institución, mientras que la Unidad Educativa John F. Kennedy con una psicóloga clínica. Entre las actividades que realizan estas profesionales destacamos: consejería, impartir clases y dirigir los proyectos de grado de los estudiantes de tercer año de bachillerato. Sin embargo la población estudiantil en estas instituciones es tan amplia que no es posible brindar una atención óptima al estudiante y detectar factores que estén generando un estado depresivo en el adolescente.

Enunciado del problema

En base al contexto analizado, se enuncia el siguiente problema:

¿Influye los procesos familiares disfuncionales en el desarrollo de estados depresivos en adolescentes de los colegios: Dr. Luis Célleri Avilés y John F. Kennedy?

JUSTIFICACIÓN

La depresión es una de las principales causas de discapacidad y considerable carga mundial de morbilidad. Esta patología puede presentarse en cualquier etapa de la vida, teniendo así a los adolescentes como una de las poblaciones más vulnerables a desarrollar este trastorno mental, situación que puede estar asociada a un entorno familiar disfuncional. Además es necesario indicar que gran parte de los suicidios son consecuencia de estados depresivos no detectados y por ende no tratados.

Por esta situación la salud mental actualmente se ha constituido en una prioridad del sector de salud tanto a nivel nacional como internacional. Por ello, conscientes de la importancia de esta problemática esta investigación tiene como objetivo determinar la influencia de los procesos familiares disfuncionales en el desarrollo de estados depresivos en los adolescentes de los colegios: Dr. Luis Célleri Avilés y John F. Kennedy. Frecuentemente se observa comportamientos inadecuados en los estudiantes, considerados por las autoridades y docentes de las instituciones educativas como rebeldía sin conocer que a menudo esta puede ser una manifestación de la depresión.

Siendo la enfermería una ciencia que se fundamenta en el cuidado, mantenimiento y restauración de la salud del ser humano, estudiando las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad de forma holística. Esta investigación se basa en el estudio las respuestas psicológicas de los adolescentes frente a los problemas de diferente índole en la familia, mencionando que se ha tomado la etiqueta diagnóstica *Procesos familiares disfuncionales* de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA, 2012), para referirnos a los inconvenientes suscitados en el hogar.

Permitiendo identificar si en las familias de estos adolescentes existen procesos familiares disfuncionales y los factores que están ocasionando esta situación, así también determinar si los adolescentes que forman parte de un hogar disfuncional desarrollan estados depresivos a través de la aplicación de técnicas e instrumentos posteriormente descritos. Adicionalmente considerando que una de las instituciones educativas es fiscal y otra particular, posibilita hacer una comparación entre las dos esferas sociales y conocer qué población es más vulnerable a desarrollar estados depresivos.

Asimismo, este trabajo investigativo toma como referencia al “Modelo de Sistemas” creado por Betty Neuman que describe los factores estresantes que afectan a los individuos, convirtiéndose de esta forma en un estudio innovador debido a las pocas investigaciones realizadas en el país por profesionales de enfermería bajo esta temática, aportando significativamente nuevos conocimientos científicos sobre la salud mental y ayudando a destruir estereotipos que posee la población sobre los Licenciados en Enfermería, teniendo principalmente en nuestro medio, que el trabajo del enfermero/a consiste únicamente en poner inyecciones, curar heridas o el ayudar al médico.(Errasti-Ibarrondo, Arantzamendi-Solabarrieta, & Canga-Armayor, 2012).

Los resultados obtenidos en este trabajo investigativo facultan a los autores a tomar acciones preventivas y de solución al problema detectado, siendo beneficiados directamente en el desarrollo de este estudio los adolescentes, familiares y autoridades de las instituciones educativas a la que pertenecen. Igualmente permiten la generación de nuevas investigaciones sobre los factores principales en el desarrollo de estados depresivos o las intervenciones de enfermería en pacientes con esta patología.

OBJETIVOS:

Objetivo general.

Determinar la influencia de los procesos familiares disfuncionales en el desarrollo de estados depresivos en adolescentes de los colegios Luis Celleri Avilés y John F. Kennedy.

Objetivos específicos.

- ✓ Identificar la disfunción familiar en los hogares de los adolescentes mediante la aplicación del “APGAR familiar”.
- ✓ Identificar los factores que están ocasionando disfunción familiar en los hogares de estos adolescentes a través de una encuesta.
- ✓ Diagnosticar estados depresivos en los adolescentes objeto de estudio mediante la aplicación del “Inventario de Depresión de Beck”.
- ✓ Determinar el grado de depresión en los adolescentes objeto de estudio mediante el análisis de los resultados de la aplicación del “Inventario de Depresión de Beck”.
- ✓ Elaborar una herramienta que contribuya en la recuperación de la salud mental a los adolescentes con depresión.

HIPÓTESIS

Los procesos familiares disfuncionales influyen en el desarrollo de estados depresivos en adolescentes.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en todo el mundo, actualmente afecta aproximadamente a unos 350 millones de personas, constituyéndose en un gran problema de salud que necesita de actuación inmediata. En los últimos años se ha evidenciado una alta prevalencia en adolescentes de ambos sexos, generando gran preocupación para las autoridades sanitarias, debido a que esta es la principal causa de enfermedad y discapacidad entre este grupo poblacional.(Organización Mundial de la Salud, 2014)

Las causas que se asocian con el desarrollo de depresión en este grupo etario son múltiples, entre ellas está el factor genético, debido a que se ha evidenciado que existe una mayor predisposición en hijos de personas con trastornos afectivos. Así mismo, factores biológicos como la disminución de ciertos neurotransmisores; factores individuales como las actitudes destructivas y la falta de madurez; y factores sociales. (Leyva Jiménez, Hernández Juárez, Nava Jiménez, & López Gaona, 2007)

Entre los factores sociales se destaca a las relaciones familiares. A través de estudios se ha verificado que el apoyo familiar y la forma de control firme mantienen una relación negativa con la depresión mientras que el control hostil se vincula con una relación positiva con la depresión en adolescentes.(Newman, Harrison, Dashiff, & Davies, 2008)

Varias investigaciones realizadas en diferentes países muestran la incidencia de la depresión en adolescentes. En una encuesta realizada a estudiantes de secundaria de México sobre la depresión, se obtuvo como resultados que la prevalencia de sintomatología compatible con la depresión fue del 62% y se presentó con mayor frecuencia en mujeres. Este estudio además revela que las edades más afectadas en los varones son las de 12 y 13 años, mientras que en las mujeres son 14 y 15 años, y los adolescentes con antecedente de violencia intrafamiliar tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión.(Cantoral, Méndez, & Beutelspacher, 2004)

En un estudio realizado a 68 adolescentes entre 13 y 17 años de edad procedentes de México, de los cuales 34 vivían dentro del núcleo familiar y 34 fuera de este. A través de la aplicación del “Inventario de Depresión de Beck” se identificó que los adolescentes que no viven con su familia presentan mayor depresión que aquellos que cuentan con el apoyo familiar. (Vázquez et al., 2004)

En Cartagena, Colombia se efectuó una investigación cuyo objetivo fue establecer la asociación entre la disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos en estudiantes de secundaria de un colegio de estrato bajo. En este estudio participaron 424 adolescentes a quienes se les aplicó el “APGAR Familiar” para identificar disfuncionalidad familiar y la escala de Zung para la depresión, encontrando que el 41% informaron disfuncionalidad familiar, así mismo el 41% de los estudiantes presentaron síntomas depresivos. (Cogollo et al., 2009)

Así mismo, en Ecuador mediante una revisión de 1.045 historias clínicas de adolescentes que fueron atendidos en el Instituto de Neurociencia de la ciudad de Guayaquil, se obtuvo que el 22,9% de los adolescentes provenientes de familias desestructuradas padecían trastornos depresivos.(Morla Boloña, Saad de Janon, & Saad, 2006)

1.2 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

1.2.1 DEPRESIÓN.

Definición de depresión

World Federation for Mental Health (WFMH) (2012) menciona que la depresión es una enfermedad mental común que se presenta con bajo ánimo, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito, y mala concentración.

Mientras que la OMS (n.d.) define a la depresión como un trastorno mental caracterizado por presencia de tristeza, pérdida de interés, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, y falta de concentración.

Ambas definiciones describen a la depresión como una afección mental caracterizada principalmente por un bajo estado de ánimo, pérdida de interés, sentimientos de culpa, presencia de trastornos de sueño o de apetito. En base a los signos y síntomas antes descritos la depresión es considerada como un trastorno afectivo.

Trastorno afectivo

Afecto

Es un término empleado para describir el tono emocional de un individuo. Es la comunicación de los sentimientos internos de la persona, esta puede ser verbal y no verbal.

En la comunicación verbal se utiliza palabras para describir sentimientos como la felicidad, frustración, enojo u hostilidad. Mientras que en la sugerencia no verbal emplea expresiones faciales para demostrar los sentimientos, tales como sonreír, fruncir el ceño y parecer abatido.(Cook & Fontaine, 1993)

Descriptorios de afecto

Cook & Fontaine (1993) mencionan que para facilitar la comunicación entre los profesionales de salud se utiliza una variedad de descriptorios de afecto. Entre ellos tenemos los siguientes:

- El *afecto adecuado* señala que el tono emocional está acorde con la situación actual.
- *Afecto inadecuado*, el tono emocional no guarda relación con la circunstancia inmediata del individuo.
- *Afecto estable*, indica que es resistente a los cambios rápidos cuando no existe provocación en el ambiente.
- *Afecto lábil* el tono emocional de una persona muestra cambios rápidos que no pueden ser comprendidos en el contexto de la situación.
- *Afecto elevado* señala a un sentimiento de euforia.
- *Afecto deprimido* muestra un sentimiento de tristeza.
- *Afecto hiperactivo* el tono emocional está fuera de proporción con el estímulo ambiental.
- *Afecto embotado* es una respuesta apagada a la circunstancia presente, y un
- *Afecto apagado* no hay sugerencias visibles de los emociones del individuo.

Base de conocimiento

Características conductuales

Uno de las alteraciones notables en los trastornos afectivos es en la *voluntad o el deseo de participar en actividades*. En una depresión leve, las personas evitan las tareas complejas a causa de la dificultad de culminarlas, y participar en actividades que no aportan una gratificación inmediata. Al hacerse más profunda la depresión, hay una mayor disminución de la participación. Esto contribuye en lo posterior a los sentimientos de desánimo y, en la depresión severa, se produce una parálisis compleja de la voluntad. No hay deseo ni siquiera de hacer las actividades sencillas de la vida diaria. (Cook & Fontaine, 1993)

La *interacción con las personas* se altera cuando las personas experimentan un trastorno afectivo. Al inicio de un episodio depresivo, las personas pueden evitar las actividades que no son altamente interesantes y estimulantes. Al hacerse la depresión más profunda, la tendencia es a huir de la mayoría de las interacciones sociales porque son demasiado exigentes y requieren de mucho esfuerzo.

También se produce un cambio en la *necesidad de afiliación* en los trastornos afectivos. Las personas incapaces de cuidarse y amarse se creen indignos de amor y por ello intentan merecer amor. Así mismo, tienen dificultades para definirse como individuos, debido a esto necesitan la presencia de otros para mantener la propia importancia. Las necesidades de afiliación se expresan frecuentemente en exigencias o mediante quejas. (Cook & Fontaine, 1993)

Características afectivas

El *humor* en la depresión comienza con una sensación variante de tristeza o bajo ánimo. La estimulación de la familia y amigos y otras experiencias agradables pueden a veces elevar el humor de la persona. Al hacerse profunda la depresión, sin embargo, las personas se tornan más tristes, melancólicas y abatidas, y se hace más difícil responder a los estímulos agradables.

La *culpa* es otra experiencia común en la que se centran las personas deprimidas. Las personas perfeccionistas tienen dificultad en admitirse a sí mismos y a los demás que necesitan atención y apoyo. A veces se produce la culpa en las personas que se acusan de todas las dificultades de su vida.

Pueden observarse *períodos de llanto* durante un estado depresivo. En las depresiones leves y moderadas las personas tienen una predisposición a llorar en situaciones que normalmente no causarían lágrimas. En la depresión grave a menudo hay una ausencia del llanto, aunque puede haber un deseo de llorar; es como si ni siquiera se tuviera la energía suficiente para derramar lágrimas. (Cook & Fontaine, 1993)

Los sentimientos de *gratificación* de las personas se alteran en los trastornos afectivos. En una depresión leve, hay una disminución del interés en las actividades agradables, y puede haber un cambio de participación activa a pasiva. Al aumentar la depresión, la persona puede albergarse en actividades que resulten en una gratificación inmediata tal como el comer en exceso, beber, o consumir drogas. Mientras que en la depresión grave, las personas son incapaces de experimentar placer (Yapto, 1988 citado en Cook & Fontaine, 1993).

Asimismo, hay una pérdida de *vínculos emocionales* que comienzan con la disminución del cariño por los miembros de la familia y amigos, juntos con una insatisfacción con esas relaciones. Al incrementarse la depresión, pueden generarse una separación severa de los miembros de la familia y el rechazo de todas las relaciones significativas.

Características cognitivas

Existe una alteración de la *autoevaluación*. En la depresión leve, las personas reaccionan de forma inadecuada a los errores que cometen; incluso por los menores traspiés se reprochan a sí mismos. Sin embargo, al empeorar la depresión, las personas centran gran parte de su atención en los fallos pasados y presentes.

Las *expectativas* de las personas sobre sí mismas, los demás, y el futuro se alteran durante la depresión. Estas persistentemente negativas refuerzan las conductas depresivas, al inicio de una depresión, las personas tienen una visión pesimista de los resultados, particularmente en las situaciones ambiguas. A menudo, ignoran las experiencias positivas o las malinterpretaciones negativas. En la depresión grave, el presente y el futuro se ven como completamente desesperanzados. Incluso los objetivos sencillos son inalcanzables a causa de las inadecuaciones autopercebidas de las personas.

La *autocrítica* es otro aspecto cognitivo de un trastorno afectivo. Frecuentemente, comienza con estándares perfeccionistas imposibles de efectuar. Las personas responden al fracaso con sentimientos de inadecuación, culpa, y vergüenza más bien que cuestionándose sus excesivamente altos estándares. Al hacerse más profunda la depresión, las críticas se hacen más duras.

La *capacidad de toma de decisiones* de las personas se deteriora durante el proceso de los trastornos afectivos. En las depresiones leves, las personas muestran una insistencia sobre la toma de decisiones. Necesitan comprobar toda posible elección y su resultado potencial antes de decidir sobre el curso de acción. En las depresiones graves, las personas son incapaces de tomar decisiones.

El *flujo de pensamiento* se dificulta durante los trastornos afectivos. A lo largo del proceso de depresión existe un retardo en el índice y número de pensamientos. Esto puede evidenciarse por el lento discurso, una incapacidad de pensar palabras específicas, o no acabar las frases. En una depresión grave, la persona puede demorar varios minutos en responder a una pregunta; incluso puede estar presente el mutismo.

Los pensamientos sobre la *imagen corporal* también se alteran durante los trastornos afectivos. En la depresión leve o moderada, la distorsión inicia como una preocupación insistente por el aspecto físico, centrándose en las partes del cuerpo que no gustan. Al empeorar la depresión, las personas creen que hay un cambio real en el cuerpo y que son más faltos de atractivo.

Las percepciones erróneas de la imagen corporal pueden extenderse a los *delirios* en los trastornos afectivos. En la depresión, puede haber delirios somáticos durante los cuales las personas se creen enfermas sin esperanza. Muchos usuarios pueden experimentar delirios de grandeza que se centran en ideas de ser famoso. (Cook & Fontaine, 1993)

Características fisiológicas

Un cambio en el *apetito* acompaña a los trastornos afectivos. En una depresión leve o moderada, puede haber una disminución del apetito y quejas de que la comida no es tan buena. Las personas gravemente deprimidas pueden detestar la comida y tener que obligarlas a comer. Otras descubren que su apetito se exagera cuando se deprimen.

Los *patrones de sueño* se alteran durante los trastornos afectivos unipolares y bipolares. En una depresión leve, las personas pueden dormir más de lo usual o pueden despertarse por la mañana temprano. Al hacerse la depresión más profunda, algunas personas duermen 12 horas al día, mientras que otras se despiertan 1 ó 2 horas antes por la mañana.

En los trastornos afectivos, hay un cambio en el nivel de *deseo sexual*. En la depresión, inicia con una leve pérdida de interés en la actividad sexual. Mientras que en las depresiones severas, la mayoría de las personas presentan una pérdida completa de deseo y realización.

El *nivel de actividad* también experimenta un cambio durante la depresión. Al inicio las personas se casan más fácilmente y se tienden a fatigarse con todas las actividades. En la depresión profunda, las personas mencionan que están demasiado cansadas para hacer nada, incluso las actividades básicas de la vida diaria.

La *actividad intestinal* puede ser una molestia tanto en los trastornos unipolares como bipolares. En la depresión, el estreñimiento puede ser originado por una marcada disminución en la ingesta de líquidos y alimentos y por un enlentecimiento de los procesos corporales como respuesta al descenso de la actividad física.

El *aspecto físico* de las personas a menudo es muestra de un estado de humor alterado. Las personas deprimidas tienden a llevar ropa sin colores que puede no sentarles bien a causa de su aumento o pérdida de peso. La higiene personal puede ser mala porque no tienen el deseo o la energía para cepillarse los dientes, ducharse, o lavarse el cabello, etc.(Cook & Fontaine, 1993)

Teorías causales

A través de los años se han elaborado múltiples teorías causales para explicar el origen de los trastornos afectivos. Pero en la actualidad se piensa que estos trastornos son en gran parte un síndrome clínico con características comunes producidas por una diversidad de factores.

Al entender al cliente individual desde estas perspectivas teóricas, el estudiante de enfermería necesita observar como estos factores interaccionaron en el pasado de la persona y como interaccionan en las circunstancias presentes. Muchos factores en los individuos y el ambiente aumentan o disminuyen el riesgo de trastornos afectivos. Por ello, es mediante la aplicación de teorías biológicas, intrapersonales, de aprendizaje, cognitivas, y del estado social que el profesional de enfermería aborda al cliente desde una perspectiva holística.

Teorías biológicas

Varios estudios indican que las personas que presentan trastornos afectivos pueden tener una *predisposición genética* al síndrome. La *hipótesis de las aminas* esta hace referencia a los niveles de norepinefrina, serotonina y dopamina en el sistema nervioso central. Estos neurotransmisores son los encargados de conducir el impulso eléctrico desde las terminaciones nerviosas hasta la siguiente célula nerviosa. Posiblemente existe déficit funcional de estas aminas durante un estado depresivo.

Una manera de que se pueda generar este desequilibrio es a través de la acción de la enzima monoamino oxidasa (MAO), que está encargada de inactivar las aminas después de ser liberadas para la conducción de impulsos. Si hay un exceso de MAO, dará como resultado un bajo nivel de aminas, lo que disminuye la transmisión de los impulsos. Sin embargo, si el nivel de MAO no es suficiente para inactivar las aminas, estas aminas se acumularan en la sinapsis y aumentaran la transmisión de los impulsos. (Janowsky, 1987 citado en Cook & Fontaine, 1993).

Las aminas cerebrales tienen un papel importante en la regulación de las conductas motoras, sueño, apetito, deseo, disfrute, emociones, e impulso sexual. Una deficiencia o un exceso de las aminas alteran la capacidad de la persona de responder a estímulos, tanto internos como externos.

Teoría intrapersonal

Esta se centra en el tema de la pérdida, ya sea real o simbólica. La pérdida puede ser de otra persona, una relación, un objeto, la autoestima, o la seguridad.

El proceso de duelo es de tiempo limitado. Después del duelo la persona que ha soportado la pérdida mantiene el concepto de sí mismo con la mínima autocrítica. Cuando el duelo no se reconoce o no se resuelve, puede resultar la depresión. Un sentimiento normal que acompaña a todas las pérdidas es el enojo.

La teoría intrapersonal relaciona la tendencia por los trastornos afectivos que se produce en las familias con deterioro de la paternidad. Cuando uno o ambos padres están deprimidos, el trastorno les hace relacionarse de una manera sin respuesta, separada, y desamparada con sus hijos. Como resultado, los hijos tienen dificultad en alcanzar una sensación de dominio y competencia. Puede estar en riesgo de depresión futura. (Trad, 1987 citado en Cook & Fontaine, 1993)

Teoría del aprendizaje

Esta teoría afirma que las personas aprenden a estar deprimidas como respuesta a un “locus” de control externo al percibir la falta de control sobre las experiencias de la vida. Los fracasos repetidos les enseñan que lo que hacen no tiene efecto en el resultado final. Cuanto más estresantes sean los acontecimientos que se producen más refuerza su sensación de desamparo. Cuando las personas llegan al punto de creer que no tienen control, ya no tienen la voluntad o la energía de afrontar la vida y sobreviene un estado depresivo.

Teoría cognitiva

Beck citado en Cook & Fontaine (1993) ha desarrollado un modelo cognitivo de depresión en el que los sucesos de la vida activan el pensamiento negativo.

Hay tres componentes interdependientes en el modelo cognitivo:

- El primer componente, *la triada cognitiva*, se relaciona con las visiones del yo, del presente y del futuro. Las personas deprimidas han aprendido a verse como incompetentes, sin importancia e indignos de gustar. Las experiencias presentes se ven como sucesos negativos, y no hay esperanza para el futuro.
- El segundo componente se ocupa de los *patrones cognitivos*, o formas de interpretar la información. Las personas deprimidas se centran en los mensajes negativos del ambiente e ignoran las experiencias positivas.
- El tercer componente, los *errores cognitivos*, las personas deprimidas tienen una tendencia a hacer juicios globales y a personalizar los incidentes negativos.

Teoría del “estatus” social

Esta teoría considera los componentes psicológicos, sociológicos, económicos de la depresión. Aunque se aplica principalmente a las mujeres, sus principios pueden aplicarse a veces a los hombres y adolescentes deprimidos.

1.2.2 Depresión en adolescentes

Los adolescentes que experimentan depresión muestran también características específicas a la edad tales como conducta antisocial, agresión, humor lábil, dificultades en la escuela, huida de los compañeros y de las actividades familiares, fatiga e hipersomnio. Son extremadamente sensibles al rechazo en sus relaciones románticas. Los adolescentes tienen menos probabilidades que los adultos de experimentar alucinaciones, delirios de culpa y sentimiento de persecución. Sin embargo se quejan frecuentemente de no ser entendidos.

El abuso químico también es un intento de apagar el pánico de la depresión y sentirse mejor. No es raro que la depresión de los adolescentes este enmascarada por el abuso de sustancias, fobia a la escuela, trastornos de la conducta alimentaria, o trastornos de conducta.(Cook & Fontaine, 1993)

1.2.3 FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

Definición de familia

La OMS (1989) define a la familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial."

Tipos de familia

Del Valle (2005) describe los tipos de familias más comunes:

- **La familia nuclear o elemental:** Está conformada por padres (esposa y esposo) e hijos, estos últimos pueden ser miembros adoptados por la familia.
- **La familia extensa o consanguínea:** Esta se compone por varias familias nucleares que habitan un mismo hogar guardando un grado parentesco entre ellas.
- **La familia monoparental:** Es aquella que está constituida por un solo progenitor y sus hijos, siendo la causa de la ausencia de uno de ellos la separación o el fallecimiento.
- **La familia de madre soltera:** Esta se caracteriza por ausencia de la figura paterna, asumiendo la madre toda la responsabilidad.

Familia funcional

Las familias funcionales son aquellas que mantienen una adecuada y flexible dinámica que contribuyen a la armonía familiar proporcionándoles a cada uno de sus integrantes sentimientos de identidad, seguridad y bienestar. Siendo uno de las principales características de estas, promover un óptimo desarrollo de los miembros del núcleo familiar. (Figuerola, 2008)

Funciones de la familia

Entre las funciones que cumple la familia se puede destacar las siguientes:

- Función biológica, esta se cumple al brindar a los integrantes de la familia los recursos necesarios para la subsistencia.
- Función Económica, se refiere a la posibilidad de satisfacer de necesidades como el vestuario, educación y salud.
- Función educativa, hace mención a la enseñanza de hábitos y conductas adecuadas que permitan el ingreso del integrante de la familia a la sociedad.
- Función psicológica, esta permite desarrollar una imagen adecuada de sí mismo y formar una personalidad adecuada. (“Funcionamiento Familiar y Rendimiento Escolar en Alumnas del Tercer Grado de Secundaria de una Institución Educativa del Callao ,” n.d.)

1.2.4 Disfuncionalidad familiar

Padres disfuncionales

La educación de la familia debe ser adecuada para proteger la normalidad psíquica. En este caso los hijos son instruidos en el seno de una familia armónica. Cuando esto no sucede, puede formarse un impacto etiológico negativo sobre las conductas de los adolescentes.

Algunas de las características de los padres disfuncionales son:

- Padres excesivamente invasores y supercontroladores.
- Padres poco comprensivos.
- Padres indiferentes, y sin autoridad.
- Miembros incomunicados entre sí. (López, citado en Martínez, 2005).

Procesos familiares disfuncionales:

Estos se definen como “Las funciones de la unidad familiar tales como fisiológicas, espirituales y psicosociales se encuentran crónicamente desorganizadas, conllevando a conflictos, negación de problemas, solución inadecuada de los problemas y una serie de crisis”. (NANDA Internacional, 2012)

La falta de habilidades para la solución de problemas es uno de los principales factores relacionados a esta problemática, asimismo entre las características definitorias observadas frecuentemente en el medio tenemos:

- Alteración en la función del rol o roles familiares
- Deterioro de las relaciones familiares
- Problemas económicos
- Desempeño parenteral inconsistente
- Falta de cohesión
- Relaciones familiares triangulares
- Problemas matrimoniales (NANDA Internacional, 2012)

1.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA

Modelo de Sistemas

El “Modelo de Sistemas de Neuman” fue desarrollado inicialmente en la década de 1970 para su uso en la educación de enfermería. Neuman buscaba crear "un enfoque unificador para una amplia gama de preocupaciones de enfermería, en particular, el modelo tiene en cuenta todas las variables que afectan la respuesta posible o real del cliente a los factores de estrés y explica cómo se logra la estabilidad del sistema en relación a los factores de estrés medioambientales impuestas en el cliente".

El modelo de Neuman fue influenciado por la “Teoría General de Sistemas”, que afirma que el mundo se compone de sistemas conectados que ejercen influencia sobre los otros. Si un sistema experimenta la interrupción, afectará a todos los otros sistemas asociados. Los sistemas más grandes pueden estar formados por capas de los sistemas más pequeños. (Sitzman & Eichelberger, 2010)

El modelo de Neuman también fue influenciado por el Síndrome General de Adaptación. Este síndrome afirma que los seres humanos y los animales tienen una respuesta no específica a la tensión que se produce en cuatro etapas:

1. **La alarma** ocurre cuando hay una lesión o estrés prolongado con el cuerpo o la mente.
2. **La resistencia o la adaptación** se produce cuando se movilizan los diversos mecanismos de defensa de la mente y el cuerpo para hacer frente al estrés.
3. **Agotamiento** resulta cuando la mente o el cuerpo se desintegra.
4. **El ajuste y la curación** se producen cuando la mente o el cuerpo se adapta efectivamente al factor estresante.

Los principios del “Síndrome General de Adaptación”, junto con los principios de la “Teoría General de Sistemas”, son la base del “Modelo de Sistemas de Neuman” para el enfoque de reconocer una estructura "que representa las piezas y componentes y su interrelación para el conjunto de un cliente como un sistema completo". Los conceptos de *holismo* y *bienestar* se discuten en relación a la teoría de esta manera:

La base filosófica del “Modelo de Sistemas de Neuman” incluye holismo, una orientación de salud, percepción de los clientes y la motivación, y la perspectiva de los sistemas dinámicos de la energía y la interacción variable con el medio ambiente para mitigar los posibles daños de los factores estresantes internos y externos.(Sitzman & Eichelberger, 2010)

El modelo de Neuman reconoce las definiciones de los cuatro conceptos siguientes que se utilizan comúnmente en la práctica de enfermería: el cliente, el medio ambiente, la salud y la enfermería:

- La persona, familia, grupo o comunidad son vistos como un **cliente o un sistema cliente**. Cuando se habla de sistemas que contienen más de una persona, los límites deben estar claramente definidos en cuanto a que se incluye en los sistemas y qué relaciones existen entre los miembros del sistema. El sistema cliente es un compuesto de cinco variables que interactúan en diversos grados de desarrollo. Estas variables incluyen fisiológico, psicológico, sociocultural, de desarrollo, y los componentes espirituales.
- El **ambiente** incluye todos los factores o influencias internas y externas que rodean el cliente o el sistema cliente.

- El concepto de *salud* es vista como un continuo bienestar en uno de los extremos con enfermedad en el otro extremo. Salud para el cliente o sistema cliente se equipara con la estabilidad del sistema óptimo, o el mejor posible estado de bienestar en un momento dado.
- La mayor preocupación para la *enfermería* es mantener el sistema cliente estable a través de evaluar con precisión los efectos y los posibles efectos de los factores de estrés y ayudar con los ajustes de los clientes para obtener el mayor grado de bienestar posible en el momento.

Las 10 declaraciones siguientes resumen el enfoque general del “Modelo de Sistemas de Neuman”:

1. Cada cliente individual es una combinación única de las respuestas innatas que ocurren dentro de una escala común de "normal" como se ve en la mayoría de los seres humanos.
2. El cliente está en dinámico intercambio de energía constante con el medio ambiente.
3. Existen muchos factores de estrés ambientales conocidos, desconocidos, y universales. Cada uno difiere en su potencial para alterar el nivel de estabilidad habitual de un cliente. Cinco variables interrelacionadas que componen el sistema cliente pueden afectar el grado en que un cliente está protegido de los factores estresantes. Estas cinco variables interrelacionadas incluyen fisiológicos, psicológicos, socioculturales, el desarrollo y los aspectos espirituales del sistema cliente.
4. Cada individuo ha evolucionado de un rango normal de las respuestas al entorno que se conoce como la línea normal de defensa, o el estado de bienestar / estabilidad habitual.

5. Una línea flexible de defensa rodea y protege la línea de defensa normal a partir de la invasión de los factores de estrés. Un ejemplo de un componente que podría ser parte de esta defensa sería patrones de sueños diarios consistentes que apoyan, la curación y el bienestar. Esta línea flexible de defensa se vería amenazada por un cambio en los patrones de sueño, como cuando un cliente se agota debido a la falta de sueño regular mientras se trabaja en turnos rotativos y asistir a la escuela de enfermería.
6. El cliente, ya sea bien o mal, es una composición dinámica de las interrelaciones de las variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. El bienestar está determinado por la adecuación de la energía disponible para apoyar la estabilidad del sistema.
7. Dentro de cada sistema cliente, hay factores internos de resistencia que funcionan para estabilizar y volver al cliente al habitual, o posiblemente una mejora, estado de bienestar siguiente respuesta a un factor estresante.
8. La enfermera puede estar involucrada en el proceso de la *prevención primaria*, en la que el conocimiento general se aplica en la evaluación de los clientes y de las medidas de salud preventivas dirigidas a reducir el riesgo de posibles factores de estrés y la enfermedad resultante y se proporciona el tratamiento para disminuir los efectos del estrés.
9. La enfermera puede estar involucrada en actividades de prevención secundaria, donde hay síntomas de estrés o enfermedad aparente y se proporciona el tratamiento para disminuir los efectos del estrés.
10. La enfermera puede estar involucrada en actividades de prevención terciaria, donde contribuye después de una enfermedad con el apoyo y las actividades de mantenimiento destinadas a devolver el sistema cliente a la estabilidad mover el cliente de una manera circular de nuevo a la prevención primaria.

Neuman expresó la opinión de que es útil para que las enfermeras se acercan a los cuidados de enfermería utilizando un enfoque estructurado, orientado a los sistemas. De esta manera, es posible discernir las interrelaciones entre los múltiples factores que influyen en la dinámica de la salud y el bienestar.

Los factores de estrés causan inestabilidad en el sistema, y muchas variables que afectan la capacidad de un cliente para recuperar la salud y la estabilidad después de pasar por un período de estrés. Utilizando el enfoque de Neuman, las enfermeras tienen la oportunidad de evaluar y responder debidamente a los factores de estrés de los clientes de manera sistemática y exhaustiva a fin de que el bienestar óptimo del cliente se puede lograr en una variedad de situaciones.(Sitzman & Eichelberger, 2010)

Un diseño de la NANDA la representa el “Sistema Modelo Neuman” podría incluir los siguientes componentes: La central o focal, el punto es el concepto de un cliente o un sistema cliente. El punto central es grande en el esquema general del diseño. En el punto central son formas que representan las cinco variables que interactúan: fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y componentes espirituales.

Dispuestos en círculos concéntricos alrededor del punto central grande son formas uniformes que representan las cuatro definiciones de cliente, ambiente, salud y enfermería. Uniformemente espaciadas más allá de estos conceptos centrales son las formas que representan los conceptos de apoyo que añaden claridad de significado a la totalidad.(Sitzman & Eichelberger, 2010)

1.4 MARCO LEGAL

1.4.1 Constitución de la República del Ecuador – 2008 – Montecristi

Nuestro trabajo de investigación se acoge a los Derechos de los niños/as y adolescentes establecidos en el capítulo tercero de la Constitución de la República del Ecuador vigente, en su Art. 44.- *“El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas...”*.

Los adolescentes son considerados como un grupo prioritario que necesita desarrollarse en un entorno social y familiar saludable, debido a que este *“permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales, nacionales y locales”*.

Entre los derechos de este grupo poblacional destacamos los siguientes:

Ibídem Art. 45.- *“... tienen derecho a la integridad física y psíquica; a la salud integral y nutrición; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a ser consultados en los asuntos que les afecten; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar...”*. Esto sustenta la importancia de la salud mental y el goce de buenas relaciones familiares y sociales para tener un desarrollo íntegro.

1.4.2 Código de la Niñez y de la Adolescencia

El Código de la Niñez y Adolescencia menciona normas que señalan los deberes de los progenitores y la significancia del entorno familiar en el desarrollo de estos.

Ibídem Art. 96.- Naturaleza de la relación familiar.- *“La familia es el núcleo básico de la formación social y el medio natural y necesario para el desarrollo integral de sus miembros, principalmente los niños, niñas y adolescentes.”*

Ibídem Art. 102.- Deberes específicos de los progenitores.- *Los progenitores tienen el deber general de respetar, proteger y desarrollar los derechos y garantías de sus hijos e hijas.*

Para este efecto están obligados a proveer lo adecuado para atender sus necesidades materiales, psicológicas, afectivas, espirituales e intelectuales, en la forma que establece este Código. En consecuencia, los progenitores deben:

1. Proveer a sus hijos e hijas de lo necesario para satisfacer sus requerimientos materiales y psicológicos, en un ambiente familiar de estabilidad, armonía y respeto.
2. Velar por la educación, por lo menos en los niveles básicos y medio;
3. Inculcar valores compatibles con el respeto a la dignidad del ser humano y al desarrollo de una convivencia social democrática, tolerante, solidaria y participativa;
4. Incentivar en ellos el conocimiento, la conciencia, el ejercicio y la defensa de sus derechos, reclamar la protección de dichos derechos y su restitución;
5. Estimular y orientar su formación y desarrollo culturales.
6. Asegurar su participación en las decisiones de la vida familiar, de acuerdo a su grado evolutivo;
7. Promover la práctica de actividades recreativas que contribuyan a la unidad familiar, su salud física y psicológica;
8. Aplicar medidas preventivas compatibles con los derechos del niño, niña y adolescente; y,

1.4.3 “Buen vivir” Plan Nacional 2013 – 2017

El Objetivo 3 “Mejorar la calidad de vida de la población” del Buen Vivir Plan Nacional 2013 – 2017 menciona que:

“...La calidad de vida empieza por el ejercicio pleno de los derechos del “Buen Vivir”: agua, alimentación, salud, educación y vivienda, como prerrequisito para lograr las condiciones y el fortalecimiento de capacidades y potencialidades individuales y sociales”

1.4.4 Ley Orgánica de la Salud

Enfermería se rige a las normas establecidas en la Ley Orgánica de la Salud. Por ello, este trabajo investigativo se acoge a los siguientes artículos:

Art 14.-: “Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, implementarán planes y programas de salud mental, con base en la atención integral, privilegiando los grupos vulnerables, con enfoque familiar y comunitario...”

Ibídem Art. 31.- “...Es responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, de los servicios de salud, organismos seccionales, otros organismos competentes y de la sociedad en su conjunto, contribuir a la disminución de todos los tipos de violencia, incluidos los de género, intrafamiliar, sexual y su impacto sobre la salud.”

Además, los adolescentes al igual que todos los ciudadanos, tienen en relación a la salud el siguiente derecho:

Ibídem Art. 7.- literal l) “No ser objeto de pruebas, ensayos clínicos, de laboratorio o investigaciones, sin su conocimiento y consentimiento previo por escrito; ni ser sometida a pruebas o exámenes diagnósticos...”, se procedió a dar cumplimiento con lo establecido en este artículo durante la realización de nuestra investigación.

1.5 MARCO CONCEPTUAL

Autoestima: Valoración generalmente positiva de sí mismo.(Real Academia Española, n.d.)

Depresión: trastorno afectivo caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. (Organización Mundial de la Salud, n.d.-a)

Depresión unipolar: tipo de depresión que se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y reducción de la energía que conlleva a una disminución de la actividad, que se desarrolla en período mínimo de dos semanas. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

Procesos familiares disfuncionales: Las funciones de la unidad familiar tales como fisiológicas, espirituales y psicosociales se encuentran crónicamente desorganizadas, conllevando a conflictos, negación de problemas, solución inadecuada de los problemas y una serie de crisis”. (NANDA Internacional, 2012)

Trastorno bipolar: tipo de depresión caracterizado por episodios maníacos y depresivos separados por momentos de estado de ánimo normales. Los episodios maníacos se manifiestan con estados de ánimo irritables, hiperactividad, autoestima excesiva y disminución del sueño. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó considerando un enfoque cuali-cuantitativo, estudiando las características de cada una de las variables y la relación entre ellas, además de la medición de las mismas a través de técnicas e instrumentos específicos para cada enfoque. El enfoque cualitativo describe los fenómenos sociales a partir de rasgos determinantes mientras que el enfoque cuantitativo se fundamenta en la medición de las características de estos. (Bernal, 2006)

2.2 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo investigativo posee un método inductivo, debido al estudio realizado de cada una de las variables para luego analizar las relaciones existentes entre ambas con la finalidad de elaborar conclusiones. El método inductivo parte de hechos particulares para llegar a conclusiones generales que se postulan como leyes, principios, etc. (Bernal, 2006)

2.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es de tipo explicativa con corte transversal, debido a que se estudió como los procesos familiares disfuncionales pueden influir en el desarrollo de depresión en los adolescentes, para ello se realizó la obtención de información mediante la aplicación única de técnicas e instrumentos de recolección de datos a cada sujeto de estudio.

La investigación explicativa es aquella que tiene como objetivo estudiar el porqué de las cosas, hechos, fenómenos o sucesos, estableciendo relaciones de causalidad entre las variables. Esta no puede prescindir de hipótesis. Mientras que en los estudios transversales son aquellas en las que se obtiene información de la población una única vez en un momento determinado.(Bernal, 2006)

2.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de nuestra investigación son los estudiantes del ciclo diversificado de la sección diurna de los colegios: Dr. Luis Célleri Avilés y John F. Kennedy, que está comprendido de la siguiente forma:

Tabla 1.- Población total de estudiantes

POBLACIÓN		
INSTITUCIONES EDUCATIVAS	CURSOS	Nº de estudiantes (adolescentes)
Colegio Dr. “Luis Célleri Avilés”	1 ^{ro.} de bachillerato	378
	2 ^{do.} de bachillerato	340
	3 ^{ro.} de bachillerato	288
	Total:	1006
Unidad Educativa John F. Kennedy	1 ^{ro.} de diversificado	89
	2 ^{do.} de diversificado	78
	3 ^{ro.} de diversificado	90
	Total:	257
		Población: 1263

Fuente: Colegio Dr. Luis Célleri Avilés y Unidad Educativa John F. Kennedy.

Para la recolección de información se tomó una muestra probabilística de la población total de cada institución educativa, es decir, que todos sujetos tienen la misma posibilidad de ser parte del estudio. (Gallego, Isern, & Segura, 2006) Mediante la técnica de muestreo aleatorio simple para poblaciones finitas o conocidas, utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2 pq}{d^2(N - 1) + Z^2 pq}$$

Donde:

p= proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia.

q= proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1-p).

N= tamaño de la población.

Z= llamado nivel de confianza.

d= nivel de precisión absoluta.(Aguilar-Barojas, 2005)

Tamaño de la muestra de la Unidad Educativa John F. Kennedy

$$n = \frac{NZ^2 pq}{d^2(N - 1) + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{257 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(257 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{246.8228}{1,6004}$$

$$n = 154$$

Tamaño de la muestra del Colegio Dr. Luis Célleri Avilés

$$n = \frac{NZ^2 pq}{d^2(N-1) + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{1006 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(1006 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{966.1624}{3.4729}$$

$$n = 278$$

Muestra total

Unidad Educativa John F. Kennedy	154
Colegio Dr. Luis Célleri Avilés	<u>+ 278</u>
	432

A través de la aplicación de esta fórmula, cuyo cálculo se describe en el Anexo, se obtuvo como muestras de estudios lo siguiente:

- Colegio Dr. Luis Célleri Avilés: 278 estudiantes
- Unidad Educativa John F. Kennedy 154 estudiantes

Estas hacen un total de 432 estudiantes, estos se seleccionaron de manera aleatoria de los cursos de primero y segundo de diversificado en ambas instituciones educativas, excluyendo a los de tercero por petición de las autoridades debido a las diversas actividades programadas para ellos.

VARIABLE A INVESTIGAR

Variable dependiente.

Estados depresivos

Variable independiente.

Procesos familiares disfuncionales

2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

X = Variable independiente: Procesos familiares disfuncionales

Concepto operativo: “Los miembros de la estructura familiar se encuentran expuestos a algún tipo de desorden psicológico, social, espiritual o fisiológico lo que conlleva a un estado de alteración emocional que repercute negativamente en las actividades de la vida diaria”.

Tabla 2.- Operacionalización de la variable independiente.

Dimensión	Indicadores	Escalas
Hogares disfuncionales	Normofuncionales	7 – 10
	Disfunción familiar leve	4 – 6
	Disfunción familiar grave	0 – 3
Factores	Formas de comunicaciones conflictivas.	— Siempre — A veces — Casi nunca
	Violencia intrafamiliar - Maltrato físico - Maltrato psicológico - Maltrato sexual - Maltrato económico	— Siempre — A veces — Nunca
	Ausencia de figuras de autoridad - Materna - Paterna	— Abandono de hogar — Fallecimiento de padre y/o madre — Divorcio — Migración — Separación — Enfermedad

Y = Variable dependiente: Estados depresivos

Concepto operativo: Situación que experimenta un individuo caracterizada por manifestaciones de sentimientos de tristeza, desesperanza, baja autoestima, desmotivación acompañados alteraciones fisiológicas, que a menudo se presentan principalmente como consecuencia de problemas en la unidad familiar y en el ámbito social en que se desarrolla.

Tabla 3.- Operacionalización de la variable dependiente.

Dimensión	Indicadores	Escalas
Manifestaciones psicológicas	Síntomas anímicos — Tristeza — Abatimiento — Infelicidad	<ul style="list-style-type: none"> • No me siento triste • Me siento triste. • Me siento triste continuamente • Me siento tan desgraciado que no puedo soportarlo. • No estoy decepcionado de mí mismo. • Estoy decepcionado de mí mismo. • Me da vergüenza de mí mismo.
	Síntomas motivacionales — Apatía — Falta de motivación — Desesperanza	<ul style="list-style-type: none"> • No me siento desanimado respecto al futuro. • Me siento desanimado respecto al futuro. • Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán • No estoy más irritado de lo normal en mí. • Me irrito más fácilmente que antes. • Me siento irritado continuamente. • No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

	<p>Síntomas interpersonales</p> <ul style="list-style-type: none"> — Deterioro de las relaciones con los demás — Aislamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • No he perdido el interés por los demás. • Estoy menos interesado en los demás que antes. • He perdido todo el interés por los demás. • Las cosas me satisfacen tanto como antes. • No disfruto de las cosas tanto como antes. • Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
Manifestaciones fisiológicas	<p>Síntomas cognitivos</p> <ul style="list-style-type: none"> — Dificultad para concentrarse — Autoculpación — Pérdida del autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> • No creo tener peor aspecto que antes. • Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo. • Creo que tengo un aspecto horrible. • No me considero peor que cualquier otro. • Me autocritico por mis debilidades o por mis errores. • Me culpo por todo lo malo que sucede.
	<p>Síntomas físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> — Trastorno del sueño — Fatiga — Pérdida de apetito — Cefalea — Nauseas – Vómitos — Estreñimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Mi apetito no ha disminuido. • Ahora tengo mucho menos apetito. • He perdido completamente el apetito. • Duermo tan bien como siempre. • Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir. • No me siento cansado más de lo normal. • Me cansado más fácilmente que antes.

Fuente: “Inventario de depresión de Beck”

2.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos requeridos en nuestra investigación se obtuvieron a través las siguientes técnicas e instrumentos:

Para el enfoque cualitativo se utilizó la técnica del grupo focal, esta se realizó ambas instituciones educativas. Mientras que para el enfoque cuantitativo se emplearon Test e inventarios específicos para la detección de disfunción familiar y depresión, se utilizó el Test de “APGAR Familiar” y el “Inventario de depresión de Beck” respectivamente.

Enfoque cualitativo

Para el enfoque cualitativo se utilizó la técnica de grupo focal, esta se realizó en cada una de las instituciones educativas, para esto se elaboró un programa de actividades descrito en el Anexo 13. Esta contó con la participación de 8 estudiantes del primero y segundo diversificado de la Unidad Educativa John F. Kennedy seleccionados de forma aleatoria. Asimismo, el grupo focal realizado en el colegio Dr. Luis Celleri Avilés contó con la colaboración de 10 estudiantes.

Grupo Focal, esta es una herramienta muy utilizada en este tipo de investigaciones principalmente en el área de salud, en especial, en la enfermería por la característica de su trabajo, el cual consiste en ejecutar acciones de salud en grupos, tanto de profesionales, como de clientes, familiares y comunidad. Esta técnica permite al investigador explorar preguntas no previstas, sin embargo el grupo minimiza opiniones distorsionadas o extremadas, esto proporciona el equilibrio y la confiabilidad de los datos obtenidos.(Buss Thofehn et al., 2013)

Esta técnica emplea a la discusión grupal como herramienta para la recopilación de información, esta debe ser cuidadosamente planteada para obtener las percepciones de un grupo de personas, sobre una particular área de interés. Es recomendable que el grupo esté compuesto por 8 a 10 participantes, debido a que esto permite la oportunidad a todos los integrantes de emitir su opinión.

Enfoque cuantitativo

En el enfoque cuantitativo para obtener la información requerida en esta investigación se emplearon las siguientes herramientas:

- El Test de “APGAR Familiar” de Gabriel Smilkstein. (ver Anexo 7)
- Inventario de depresión de Beck I (BDI-I) de Aaron T. Beck. (ver Anexo 9)
- Encuesta para determinar los factores que están ocasionando los procesos familiares disfuncionales, creada por los autores. (ver Anexo 8)

Estas herramientas fueron aplicadas a toda la población objeto de estudio. En primera instancia se realizó el Test de “APGAR Familiar” para evaluar la presencia de procesos familiares disfuncionales, luego se efectuó la encuesta para determinar los factores que están generando este problema en los hogares de los adolescentes. Finalmente se aplicó el “Inventario de Depresión de Beck” para identificar la presencia de estados depresivos.

El “*Inventario de Depresión de Beck*” (BDI por sus siglas en inglés) se utiliza para detectar la existencia de síntomas depresivos y su gravedad, aplicable en adultos y adolescentes a partir de los 13 años. (Beltrán, Freyre, & Hernández-Guzmán, 2012) Este instrumento se compone de 21 ítems indicativos referidos a síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta.

Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, para ello se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-9, mínima depresión; 10-18, depresión leve; 19-29, depresión moderada; y 30-63, depresión grave.(Aiken, 2003)

El *Test de “APGAR Familiar”* creado en 1978 por Smilkstein, este cuestionario consta de cinco preguntas que evalúan la funcionalidad en la familia mediante la valoración de los siguientes parámetros: adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución. Los puntos de corte para categorizar el funcionamiento de la familia son los siguientes: Normofuncional: 7 - 10 puntos; Disfuncional leve: 4 – 6; Disfuncional grave: 0 – 3. (Pérez, 2013)

2.7 PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se realizó con 6 estudiantes del tercer año del ciclo diversificado de la Unidad Educativa John F. Kennedy, dicha prueba se efectuó una semana antes de la aplicación de los cuestionarios finales. Es necesario especificar que solo se aplicó la encuesta elaborada por los autores, más no el “Inventario de depresión de Beck” y el Test de “APGAR Familiar”, debido a que estos han sido aplicados a lo largo de muchos años y llevados a constante y exhaustivas revisiones, por lo que se certifica su fiabilidad.

En la encuesta aplicada se incorporaron los tópicos que detallamos en la operacionalización de las variables como: comunicaciones conflictivas, violencia intrafamiliar, número de familiares que conviven con el adolescente y si existe ausencia de figuras de autoridad.

A través de la ejecución de la prueba piloto se observó que los estudiantes tuvieron ciertos inconvenientes en entender las preguntas planteadas, por lo que cual tuvimos que modificarla en redacción más no en el contexto de las mismas.

Las preguntas modificadas fueron las siguientes:

Pregunta N°1.- ¿Los problemas del colegio o problemas personales se resuelven en diálogo con la familia? , fue cambiada por ¿En su hogar existen comunicaciones conflictivas?

Pregunta N°2.- ¿Siente que en su hogar existen algunos de los siguientes tipos de violencia intrafamiliar?, a esta pregunta se le añadió lo siguiente ¿Con que frecuencia se dan estos?

2.8 PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

El procesamiento y presentación de datos se realizó de la siguiente manera:

Enfoque cualitativo

La información adquirida en la ejecución de los grupos focales fue procesada a través de la técnica de análisis de contenido, en donde las respuestas de los adolescentes se categorizaron para obtener los núcleos de sentido. El análisis realizado fue representado en una tabla detallada en el Anexo 14.

Enfoque cuantitativo.

En este enfoque los datos obtenidos en la aplicación de las técnicas e instrumentos antes descritos fueron procesados mediante fórmulas del programa Microsoft Office Excel. Asimismo, se utilizó este programa para la elaboración de gráficos y tablas empleadas en la presentación de los resultados.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Tomando en consideración la parte ética en primera instancia se procedió a explicar verbalmente el proyecto a ejecutarse a las autoridades de las instituciones educativas y solicitar mediante un oficio la autorización para la realización de este, para ello se adjuntó una copia del documento emitido por el Ministerio de Educación (Anexo 2) y el anteproyecto de esta investigación.

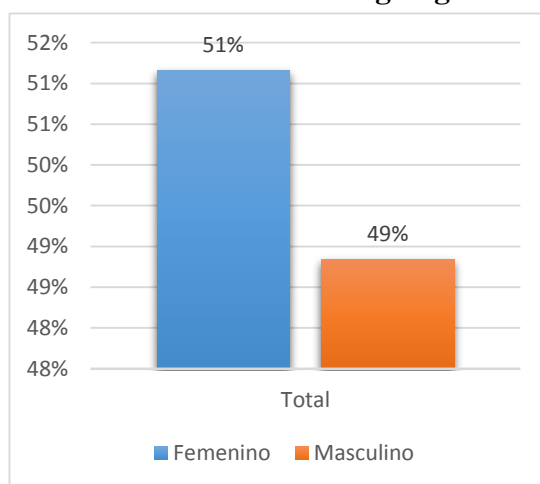
Asimismo, antes de aplicar las técnicas e instrumentos para la recolección de datos se solicitó por escrito el consentimiento informado (Anexo 6) a cada uno de los adolescentes objetos de estudio.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Una vez ejecutado el proyecto de investigación y recolectado los datos requeridos se procedió a realizar el análisis e interpretación de los resultados en el presente estudio. Como anteriormente se ha descrito la población objeto de estudio son los adolescentes matriculados en el primero y segundo ciclo diversificado de los colegios: mixto fiscal Dr. Luis Céleri Avilés y mixto particular John F. Kennedy, a los cuales previo consentimiento informado (anexo 6), se les aplicó las siguientes técnicas e instrumentos para la recolección de los datos: Test de APGAR Familiar (Anexo 7), específico para la detección de procesos familiares disfuncionales; la “Encuesta para determinar los factores que ocasionan los procesos familiares disfuncionales en los hogares de los adolescentes” (Anexo 8) y finalmente el “Inventario de Depresión de Beck” (Anexo 9), específico para la detección de depresión.

Gráfico 1.- Distribución según género.



Fuente: Instrumentos aplicados a los adolescentes de ambas instituciones educativas

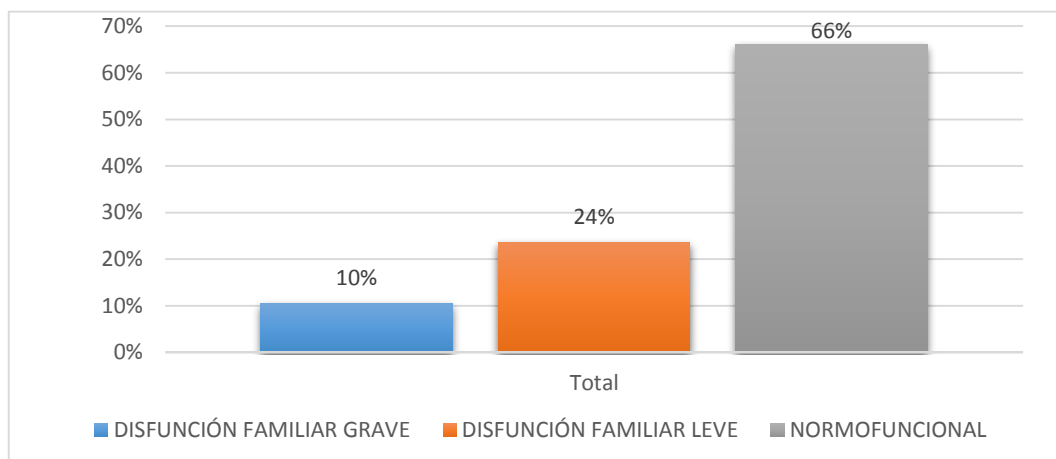
Elaborado por: France S. y Quinde L.

La población de este estudio se obtuvo a través de la aplicación de la fórmula para el cálculo de la muestra, teniendo así un total de 432 estudiantes, de estos 221 adolescentes son de género femenino que corresponde a un 51%; mientras que 211 adolescentes son de género masculino equivalentes a un 49% de la población total objeto de estudio. En relación a la edad de los adolescentes estudiados, primo con un 41% la edad de 15 años. (Anexo 15, Tabla y Gráfico 8)

Al relacionar las dimensiones de las variables de estudio con cada uno de los objetivos planteados al inicio de la investigación, obteniéndose los siguientes datos:

Con respecto al primer objetivo específico “Identificar la disfunción familiar en los hogares de los adolescentes mediante la aplicación del APGAR familiar”. Se logró determinar que un 66% de la población total presenta una familia normofuncional, mientras que un 24% posee una familia disfuncional leve, y un 10% es parte de una familia disfuncional grave.

Gráfico 2.- Grado de procesos familiares disfuncionales



Fuente: Test de “APGAR Familiar”

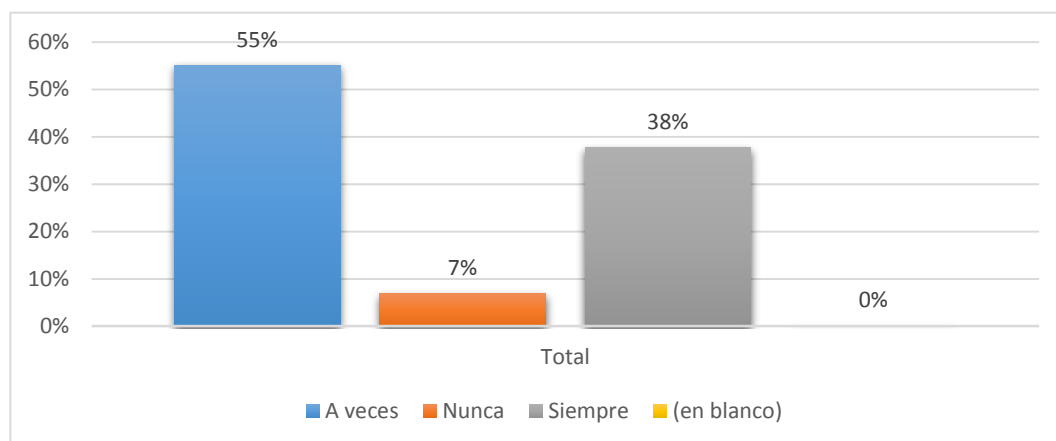
Elaborado por: France S. y Quinde L.

De esta forma tenemos que un 34% de la población adolescente forma parte de un hogar con procesos familiares disfuncionales. Este dato mantiene cierta semejanza con los obtenidos en un estudio sobre la “Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia”, en donde el 41% de la población era parte de un hogar con disfunción familiar.(Cogollo et al., 2009)

Además al asociar la disfuncionalidad familiar con el nivel socioeconómico, se obtuvo que el 24% de los adolescentes que estudian en un colegio fiscal tienen familias disfuncionales, mientras que solo el 10% de los adolescentes estudiados del colegio particular son integrantes de un hogar disfuncional. (Anexo 16, Tabla y Gráfico 9).

Respecto al análisis del segundo objetivo específico “Identificar los factores que están ocasionando disfunción familiar en los hogares de estos adolescentes a través de una encuesta”, se logró determinar los principales factores que generan disfunción familiar, teniendo así a las comunicaciones conflictivas. Este factor se identificó a través del planteamiento de varias preguntas descritas en el Anexo 7.

Gráfico 3.- Comunicaciones conflictivas



Fuente: Encuesta para determinar los factores que se encuentran ocasionando disfunción familiar en los hogares de los adolescentes

Elaborado por: France S. y Quinde L.

De acuerdo a las respuestas de los adolescentes a estas preguntas se obtuvo que un 38% considera que los problemas si se resuelven en familia, mientras que un 55% contestó que los problemas se resuelven a veces y un 7% que los problemas nunca se resuelven en familia. Esto indica que la mayoría de los hogares mantienen relaciones aisladas entre los integrantes del núcleo familiar, lo que ocasiona que la familia adquiera un grado de disfuncionalidad que repercute en el bienestar de los integrantes.

Asimismo, estudios revelan que el apoyo familiar y la forma de control firme mantienen una relación negativa en el desarrollo de estados depresivos, mientras que la forma de control hostil se vincula con una relación positiva con esta patología. (Newman et al., 2008)

La presencia de este problema en los hogares de los adolescentes se evidenció a través del análisis de los datos cualitativos obtenidos mediante la realización de grupos focales (Anexo 14), teniendo así las siguientes expresiones:

“...casi siempre falta la comunicación en todo”

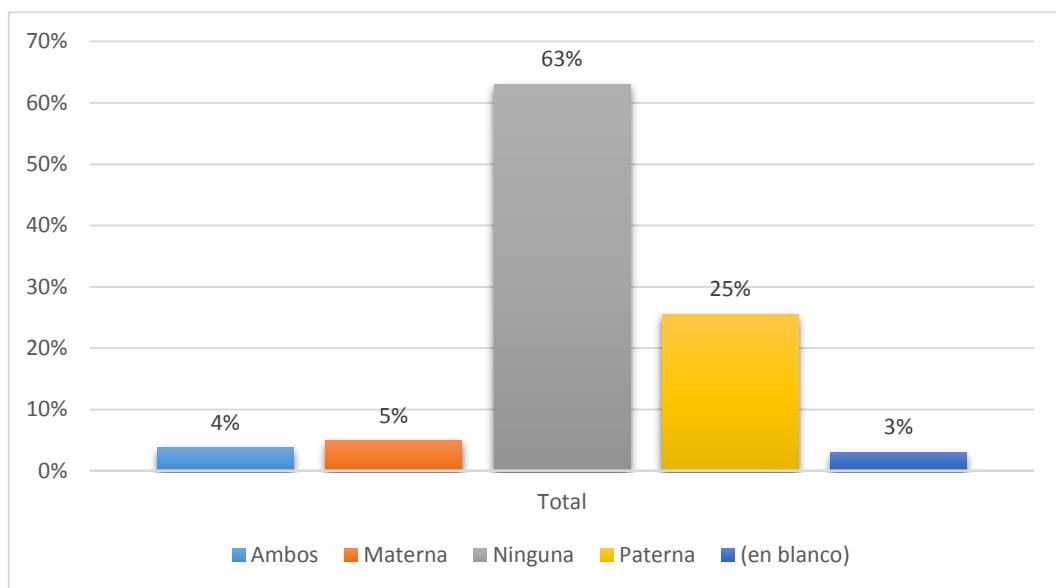
“...piensan que con lo que nos dan es suficiente, sin preguntarnos nunca si estamos bien o mal...ellos (padres) prefieren el trabajo u otras cosas que a sus hijos”

También, el 51% de los adolescentes respondieron que los problemas en sus hogares a veces se resuelven con tonos elevados (Anexo 17, Tabla y Gráfico 11). Mientras que el 23% contestaron que los problemas en sus hogares a veces se resuelven con discusiones y agresiones (Anexo 17, Tabla y Gráfico 12). Esto demuestra que en gran parte de los hogares de los adolescentes hay procesos familiares disfuncionales.

Por ello, al realizar el análisis de contenidos se obtuvo como núcleo de sentido *comunicaciones efectivas entre padres e hijos* debido a las respuestas emitidas en el grupo focal al preguntar ¿Cuál cree usted que sería la forma más efectiva para solucionar los problemas de cualquier tipo en el hogar? (Anexo 14).

Otro de los principales factores que ocasionan disfunción familiar en los hogares de los adolescentes es la ausencia de figuras de autoridad, teniendo así que un 63% de la población adolescente convive con papá y mamá, pero un 25% de la población no vive con la figura paterna, mientras que un 5% no cuenta con la presencia de figura materna y un 4% no convive con ninguna de las principales figuras de autoridad, el restante 3% no contestó la pregunta. Esto indica que un 37% de la población no convive con las dos figuras de autoridad, lo que conlleva a un desequilibrio emocional en los adolescentes, al no haber un control por parte de las dos figuras de autoridad.

Gráfico 4.- Ausencia de figuras de autoridad



Fuente: Encuesta para determinar los factores que se encuentran ocasionando disfunción familiar en los hogares de los adolescentes

Elaborado por: France S. y Quinde L.

Un estudio realizado a 68 adolescentes entre 13 y 17 años de edad procedentes de México, de los cuales 34 vivían dentro del núcleo familiar y 34 fuera de este. Identificó que los adolescentes que no viven con su familia presentan mayor depresión que aquellos que cuentan con el apoyo familiar. (Vázquez et al., 2004)

Expresiones emitidas durante la realización del grupo focal (Anexo 14) confirman como los adolescentes pueden ser afectados al no contar con la presencia de los padres. Al plantearles la pregunta ¿Cómo cree usted que se desarrollan los estados depresivos?, ellos contestaron lo siguiente:

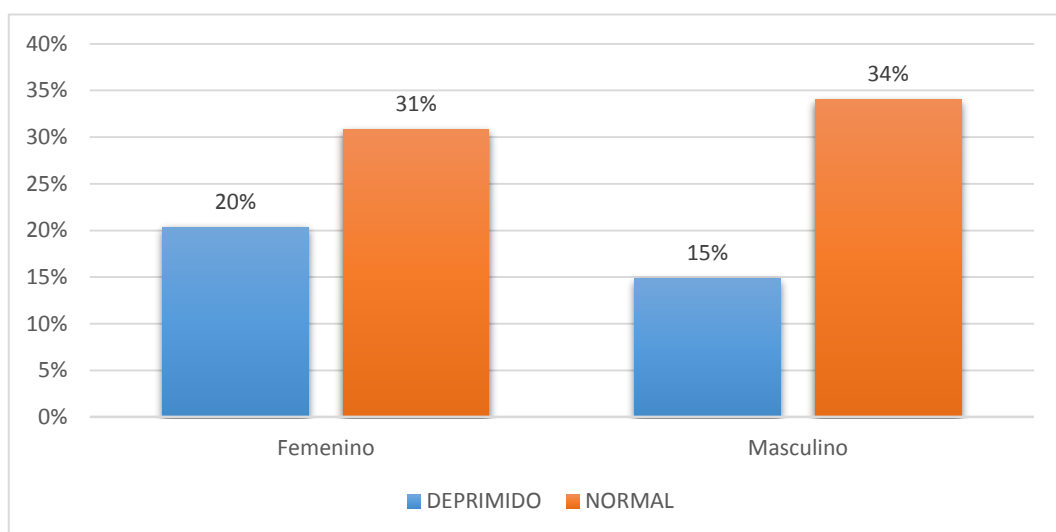
“Tener la ausencia de los padres o...unidad con el grupo familiar”.

“Falta de apoyo moral”.

“Cuando no hay atención así...entre familia”.

Continuando con el análisis del tercer objetivo específico “Diagnosticar estados depresivos en los adolescentes objeto de estudio mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck”, se pudo determinar que de los 432 adolescentes estudiados el 65% no presenta estados depresivos, mientras que el 35% de adolescentes si presentan algún tipo de estado depresivo. Así también, al relacionar la prevalencia de estados depresivos con el género se logró detectar que el 15% de la población masculina presenta estados depresivos y un 20% de la población femenina tiene esta patología.

Gráfico 5.- Prevalencia de estados depresivos en adolescentes.



Fuente: Inventario de Depresión de Beck

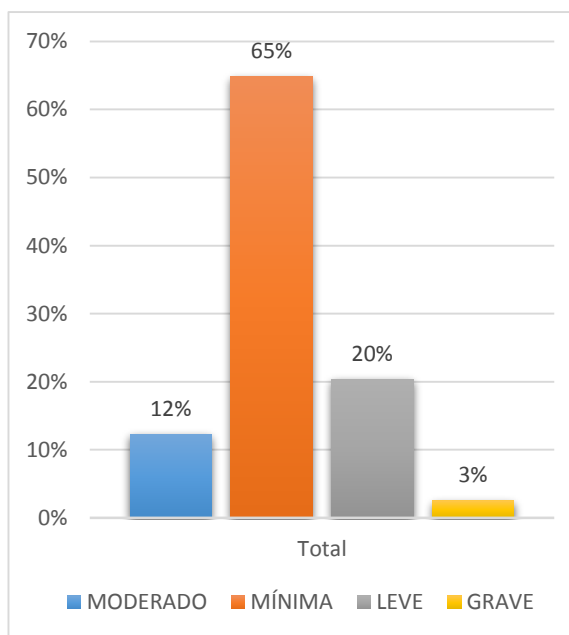
Elaborado por: France S. y Quinde L.

Observándose así la predisposición significativa de la población femenina de padecer depresión. Resultados similares se obtuvieron en un estudio realizado en estudiantes de secundaria, en donde se encontró una prevalencia del 62% de sintomatología compatible con la depresión y que esta se presentaba con mayor frecuencia en las mujeres. (Cantoral et al., 2004)

Respecto a la prevalencia de la depresión en relación al nivel socioeconómico de la población en estudio, el 25% de los adolescentes que presentan depresión pertenecen a una institución educativa fiscal, mientras que solo el 10% que presenta esta patología pertenece a una entidad educativa particular.(Anexo 18, Tabla y Gráfico 22)

Gráfico 6.- Grado de estados depresivos en los adolescentes

Habiéndose comprobado la existencia de estados depresivos en los adolescentes, se procedió al análisis del cuarto objetivo específico planteado en esta investigación “Determinar el grado de depresión en los adolescentes objeto de estudio mediante el análisis de los resultados de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck”, teniendo como resultados que el 65% de la población total presenta un estado depresivo mínimo o normal y que el 35% restante presentan estados depresivos. De este último porcentaje, un 20% de los adolescentes presenta un grado de depresión leve, el 12% depresión moderada y un 3% presenta depresión grave.

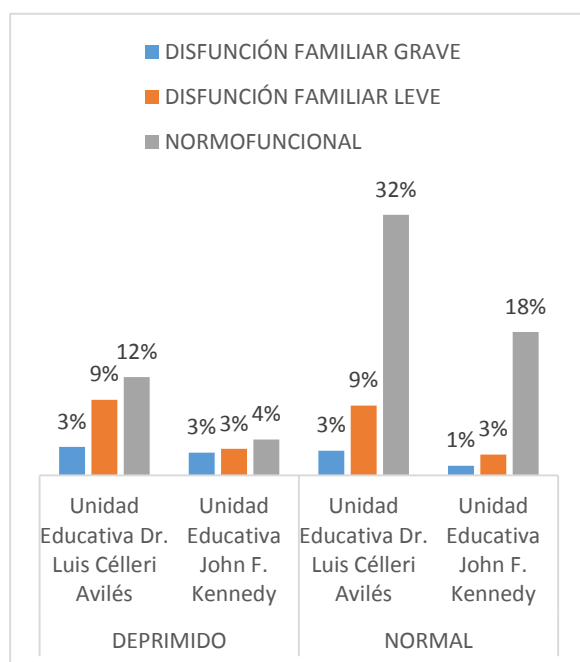


Fuente: Inventario de Depresión de Beck
Elaborado por: France S. y Quinde L.

Esto comprueba que la depresión es una enfermedad que puede desarrollarse en cualquier etapa de la vida, más aún en la adolescencia, pues es la etapa en la que se manifiestan un sinnúmero de cambios fisiológicos.

Una vez analizados los objetivos específicos y comprobar la existencia de procesos familiares disfuncionales en los hogares de los adolescentes y la prevalencia de la depresión en parte de la población, se continua así con el análisis del objetivo general de la presente investigación “Determinar la influencia de los procesos familiares disfuncionales en el desarrollo de estados depresivos en adolescentes del colegio mixto fiscal Luis Celleri Avilés y mixto particular John F. Kennedy.”

Gráfico 7.- Relación de los estados depresivos y disfunción familiar



Encontrando al realizar la relación entre la prevalencia de depresión y la presencia de procesos familiares en los hogares de los adolescentes, que del 35 % de la población que posee esta patología un 19% es parte de un hogar con disfuncionalidad familiar y un 16% es integrante de un hogar normofuncional. Mientras que del 65% de la población sin un estado depresivo, un 15% de los adolescentes tiene un hogar con procesos familiares disfuncionales.

Fuente: Inventario de Depresión de Beck y Test de APGAR Familiar
Elaborado por: France S. y Quinde L.

Esto nos indica que los procesos familiares disfuncionales están presentes tanto en los hogares de los adolescentes con depresión como en los que no presentan esta patología. Así mismo, que una persona puede desarrollar depresión a pesar de poseer una familia funcional. Hallando de esta manera una relación poco significativa entre las variables planteadas en el estudio, generando interés de seguir investigando sobre la causa principal de la patología que es la que más casos de discapacidad produce y que contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad (Organización Mundial de la Salud, 2012).

CONCLUSIONES

En base al análisis e interpretación de los resultados se concluye lo siguiente:

La falta de comunicación o relaciones conflictivas entre los miembros que integran la familia es uno de los principales factores que generan procesos familiares disfuncionales en los hogares de los adolescentes estudiados. Asimismo otra causa fundamental es la ausencia de figuras de autoridad ocasionado en su mayoría por la separación o el divorcio. Ambas situaciones son descritas como características definitorias en el diagnóstico enfermero procesos familiares disfuncionales (NANDA Internacional, 2012), constituyéndose en problemas reales que necesitan inmediata intervención.

Al determinar la presencia de estados depresivos en los adolescentes de los colegios Dr. Luis Célleri Avilés y John F. Kennedy se confirmó la existencia de mayor predisposición de la población femenina para desarrollar esta patología y que el 35% de la población estudiada presenta estados depresivos. De este porcentaje gran parte de adolescentes posee un estado depresivo leve. Igualmente se evidenció que este trastorno mental puede afectar a cualquier persona sin considerar la edad, raza y nivel socioeconómico.

Al verificar la hipótesis planteada en esta investigación “Los procesos familiares disfuncionales influyen en el desarrollo de estados depresivos en adolescentes” a través de los resultados obtenidos, se detectó la existencia de una relación poco significativa entre las variables establecidas debido a la presencia de esta patología en adolescentes que pertenecen a un normofuncional.

Además, en base a los problemas detectados mediante la realización de este estudio se logró identificar los siguientes diagnósticos enfermeros: *Desesperanza, Baja autoestima situacional, Deterioro Parenteral e Interrupción de los procesos familiares* (NANDA Internacional, 2012). Esto conlleva a la implementación de intervenciones encaminadas a fomentar la salud mental y bienestar de todos los integrantes de la familia.

RECOMENDACIONES

De acuerdo al análisis y conclusiones obtenidas en la realización de este trabajo investigativo, se planea las siguientes recomendaciones:

Para las instituciones educativas.

Es necesario que exista un profesional específico que brinde una atención óptima en salud mental a los adolescentes, de esta forma poder identificar en primera instancia manifestaciones de alteraciones en el comportamiento, personalidad, etc. y de esta forma contribuir a la prevención de patologías como la depresión que cada día más afecta a gran parte de la población mundial. Asimismo, capacite a los docentes y estudiantes sobre la salud mental, aportando de manera significativa a la promoción de este programa establecido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Para los estudiantes.

Es importante para los estudiantes de los colegios Dr. Luis Céleri Avilés y John F. Kennedy buscar ayuda ante un problema de cualquier índole que se presente en su vida, de esta manera ser orientado por sus padres o personas adultas de confianza.

Para los padres de familia.

Incrementar las horas destinadas a la realización de actividades con los hijos que fortalezcan las relaciones familiares, mejorando la comunicación siendo está muy importante para la detección de algún tipo de problema en los adolescentes.

Para la “Carrera de Enfermería”.

Impulsar investigaciones que ayuden a disminuir los estereotipos que mantienen la población sobre la profesión. Igualmente, que contribuyan a la promoción y prevención de patologías consideradas mundialmente de prioritarias debido a su gran carga de mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Aiken, L. R. (2003). *Tests psicológicos y evaluación*. (L. Gaona Figueroa, Ed.) (Undécima Ed.). Mexico: Pearson Educación
- Alligood, M. (2013). *Nursing theorists and their work*. (8va. Ed.) Estados Unidos: Editorial Elsevier.
- Amando, M. & Jodar, G. (2011) *Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. España: Editorial Elsevier.
- Bernal, C. A. (2006). *Metodología de la investigación: para administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. (L. Gaona Figueroa, Ed.) (2da. Ed.). Mexico: Pearson Educación.
- Bulechek, G., Butcher, H. & McCloskey, J. (2009) *Clasificación de las intervenciones de enfermería*. (Quinta Ed.) Barcelona- España: Elsevier.
- Congreso Nacional (2003) *Código de la niñez y adolescencia*. Quito: Editora Nacional.
- Constitución política de la República del Ecuador (2008) Quito: Editora Nacional.
- Cook, J. S., & Fontaine, K. L. (1993). *Enfermería psiquiátrica* (2da. Ed.). McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Chinchilla Moreno, A. (2008). *La depresión y sus máscaras: aspectos terapéuticos*. Madrid-España: Médica Panamericana.

- Figueroa, I. de la A. V. (2008). *Violencia escolar: Maltrato entre iguales en escuelas secundarias de la Zona Metropolitana de Guadalajara* (Primera Ed.). Mexico: Isabel Valadez Figueroa.
- Gallego, C. F., Isern, M. T. I., & Segura, A. M. P. (2006). *Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina*. Edicions Universitat Barcelona.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). *Informe sobre el sistema de salud mental en el Ecuador: Informe de la evaluación del sistema de salud mental en el Ecuador utilizando el instrumento de evaluación para sistemas de salud mental de la OMS*.
- NANDA Internacional. (2012). *Diagnósticos enfermeros, 2012-2014 : definiciones y clasificación*. (T. Herdman Heather, Ed.). Barcelona- España: Elsevier España.
- Pérez, M. B. (2013). *El Proceso de Investigacion: Visión general de desarrollo*. (Z. Sotomayor, Ed.) (Primera Ed.). Colombia: Universidad del Norte.
- Press, E. (2011). *Empresas de Familia: del conflicto a la eficiencia*. (Primera Ed.). Buenos Aires: Ediciones Granica.
- Redondo, C., Galdó, G. & García M. (2008). *Atención al adolescente*. España: Ediciones de la Universidad de Cantabria
- Sánchez, A. (2014). *Enfermería psiquiátrica y salud mental*.

- Sitzman, K., & Eichelberger, L. W. (2010). *Understanding the Work of Nurse Theorists: A Creative Beginning* (Second Edi.). Canada: Jones & Bartlett Publishers.
- Tabera, M. & Rodríguez, M. (2010). *Intervención con familias y atención a menores*. (Primera Ed.). Madrid: Editorial Editex.
- Tejedor, M. J. & Etxabe, M. P. (2007) *Guía práctica de informes en salud mental*. Barcelona: Editorial Glosa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Advierten que la depresión ya afecta a los jóvenes tanto como a los adultos. (2012). Retrieved May 24, 2014, from http://www.clarin.com/salud/Advierten-depresion-afecta-jovenes-adultos_0_798520235.html
- Aguilar-Barojas, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud, *11*, 333–338.
- Aiken, L. R. (2003). *Tests psicológicos y evaluación*. (L. Gaona Figueroa, Ed.) (Undécima E., p. 528). Mexico: Pearson Educación. Retrieved from <http://books.google.com/books?id=2LvyL8JEDmQC&pgis=1>
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. Retrieved May 23, 2014, from <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0890-8567/PIIS0890856709620530.pdf>
- Beltrán, M. del C., Freyre, M.-Á., & Hernández-Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, *30*(1), 5–13. doi:10.4067/S0718-48082012000100001
- Bernal, C. A. (2006). *Metodología de la investigación: para administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. (L. Gaona Figueroa, Ed.) (Segunda Ed., p. 286). Mexico: Pearson Educación. Retrieved from http://books.google.com/books?id=h4X_eFai59oC&pgis=1
- Buss Thofehn, M., López Montesinos, M. J., Rutz Porto, A., Coelho Amestoy, S., Oliveira Arrieira, I. C. de, & Mikla, M. (2013). Grupo focal: una técnica de recogida de datos en investigaciones cualitativas. *Index de Enfermería*, *22*(1-2), 75–78. doi:10.4321/S1132-12962013000100016
- Cantoral, G. C., Méndez, M. V., & Beutelspacher, A. N. (2004). Depresión en adolescentes. Un análisis desde la perspectiva de género. *ECOfronteras N° 21*, 27–32. Retrieved from <http://revistas.ecosur.mx/ecofronteras/index.php/eco/article/view/841#>
- Cogollo, Z., Gómez, E., De Arco, O., Ruiz, I., & Campo-Arias, A. (2009). Association between Family Dysfunction and Clinically Important Depressive Symptoms among Students of Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *38*(4), 637–644. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=es

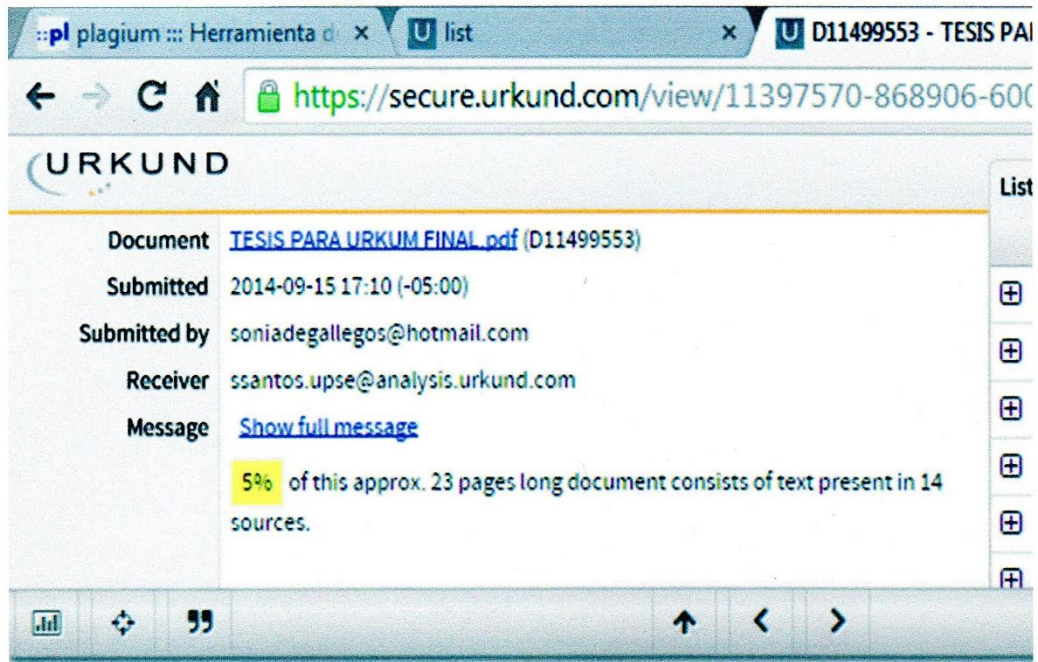
- Errasti-Ibarrondo, B., Arantzamendi-Solabarrieta, M., & Canga-Armayor, N. (2012). La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 35(2), 269–283. doi:10.4321/S1137-66272012000200009
- Gallego, C. F., Isern, M. T. I., & Segura, A. M. P. (2006). *Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina* (p. 154). Edicions Universitat Barcelona. Retrieved from <http://books.google.com/books?id=5CWKWi3woi8C&pgis=1>
- Herrera L, L. M., & Rivera M, M. S. (2011). PREVALENCIA DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA RELACIONADA CON FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, ACADÉMICOS Y FAMILIARES. *Ciencia Y Enfermería*, 17(2), 55–64. doi:10.4067/S0717-95532011000200007
- Isaza, G. M. (n.d.). Las Alarmantes Estadísticas del Divorcio. Retrieved May 26, 2014, from <http://www.nosdivorciamos.com/?quien=bW9kdWxvPWludGVybmEmdGFibGE9YXJ0aWN1bG8mb3BjaW9uPTE3>
- Leyva Jiménez, R., Hernández Juárez, A., Nava Jiménez, G., & López Gaona, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, N°3. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im073d.pdf>
- Meza, H. R. (2010). *Funcionamiento Familiar y Rendimiento Escolar en Alumnas del Tercer Grado de Secundaria de una Institución Educativa del Callao*. Universidad San Ignacio de Loyola. Retrieved from http://repositorio.usil.edu.pe/wp-content/uploads/2014/07/2010_Meza_Funcionamiento-familiar-y-rendimiento-escolar-en-alumnas-de-tercer-grado-de-secundaria-de-una-instituci%C3%B3n-educativa-del-Callao.pdf
- Morla Boloña, R., Saad de Janon, E., & Saad, J. (2006). Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV. Retrieved from <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2012/04/VOL-35/2/4>. Art. Original Depresi%F3n en adolescentes y desestructuraci%F3n familiar.pdf
- NANDA Internacional. (2012). *Diagnósticos enfermeros, 2012-2014 : definiciones y clasificación*. (T. Herdman Heather, Ed.) (p. 616). Barcelona- España: Elsevier España. Retrieved from <http://books.google.com/books?id=rI43AgAAQBAJ&pgis=1>

- Newman, K., Harrison, L., Dashiff, C., & Davies, S. (2008). Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 142–150. doi:10.1590/S0104-11692008000100022
- Organización Mundial de la Salud. (n.d.). OMS | Desarrollo. Retrieved from http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2011). OMS | Riesgos para la salud de los jóvenes. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). OMS | La depresión. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). OMS | La OMS pide que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes. *Health for the World's Adolescents*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/>
- Pérez, M. B. (2013). *El Proceso de Investigación: Visión general de desarrollo*. (Z. Sotomayor, Ed.) (Primera Ed., p. 316). Colombia: Universidad del Norte. Retrieved from <http://books.google.com/books?id=jjBKBAQAQBAJ&pgis=1>
- Sitzman, K., & Eichelberger, L. W. (2010). *Understanding the Work of Nurse Theorists: A Creative Beginning* (Second Edi., p. 258). Jones & Bartlett Publishers. Retrieved from http://books.google.com/books?id=LBJp1RGM_hoC&pgis=1
- Valadez, I. de la A. (2008). *Violencia escolar: Maltrato entre iguales en escuelas secundarias de la Zona Metropolitana de Guadalajara* (Primera Ed., p. 212). Mexico: Isabel Valadez Figueroa. Retrieved from <http://books.google.com/books?id=S02ploCVymYC&pgis=1>
- Valenzuela Mujica, M. T., Ibarra R., A. M., Zubarew G., T., & Correa, M. L. (2013). Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: rol de familia. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 50–54. doi:10.4321/S1132-12962013000100011
- Vázquez, P., Ordóñez Corona, F., Strausz León, S., Arredondo Palomares, A., Lara López, N., Bermúdez Ramírez, P., ... Miranda Ramírez, M. (2004). Estudio de las diferencias en la depresión de adolescentes que viven en la calle y los que viven con una familia". *Episteme :: Revista Académica Electrónica*, N° 1. Retrieved from http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero1-04/impresiones/a_estudio.asp

World Health Organization. Mental and Behavioural Disorders Team. (2001).
Prevención del suicidio : un instrumento para docentes y demás personal
institucional. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/handle/10665/66802>

ANEXOS

Anexo 1. - Certificación de aprobación de URKUND



"PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE ESTADOS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES. COLEGIOS: LUIS CÉLLERI AVILÉS Y JOHN F. KENNEDY." Autores: Quinde González Lissette France Jiménez Sergio Tutora: Lic. Fátima Morán S., MSc. RESUMEN

FIRMA DE LA TUTORA

FIRMA DE TESISTAS

Anexo 2.- Oficio de aprobación para desarrollar propuestas en los diferentes centros educativos emitido por el Ministerio de Educación.



Oficio Nro. MINEDUC-CZ5-24D02-DDEL-2014-0035-O

La Libertad, 20 de mayo de 2014

Asunto: SOLICITA APROBACION PARA DESARROLLAR PROPUESTA EN LOS DIFERENTE CENTROS EDUCATIVOS

Licenciada
Doris Castillo Tomala
Directora de Carrera de Enfermería
UNIVERSIDAD ESTATAL PENINSULA DE SANTA ELENA
En su Despacho

De mi consideración:


Acuso recibo de su comunicación de fecha 8 de mayo del 2014, recibida en esta dependencia en igual fecha, a través de la cual solicita autorización para que este despacho educativo le de apertura para desarrollar propuestas de temas de investigación en los diferentes centros educativos de esta jurisdicción; al respecto indico lo siguiente.

Conociendo que estos proyectos, fortalecen el sistema educativo del Distrito Educativo, autorizo a usted, desarrollar los temas de investigación en los planteles educativos.

Es importante indicar que las actividades a desarrollarse no deberán modificar o interferir en la jornada laboral educativa. Además de lo expuesto le informo que se estará remitiendo copia del presente a las instituciones.

Particular que comunico a usted para los fines pertinentes.

Atentamente,


Mgs. Cesar Oswaldo
DIRECTOR DISTRITAL



RECEIVED
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD ESTATAL PENINSULA DE SANTA ELENA
FECHA 21 mayo 2014
HORA 13:00
DORIS CASTILLO TOMALA

Referencias:
- MINEDUC-CZ5-24D02-UDAC-2014-0683-E

Anexos:
- 24D02-1111.pdf

Anexo 3.- Solicitud dirigido a la rectora del colegio Dr. Luis Celleri Avilés para la recolección de información.

La Libertad, 4 de Junio del 2014

COL. DR. "LUIS CELLERI AVILES"
SECRETARIA

Recibido Por: Mery

Fecha: 04-06-14 Hor: 13:00

No. 1158

Lcda.

Nury Ramírez Vergara MsC.

RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA DR. LUIS CELLERI AVILÉS

EN SU DESPACHO.-

De nuestras consideraciones:

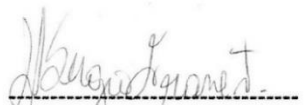
Reciba un cordial saludo de Sergio France Jiménez y Lissette Quinde González, egresados de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencia Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

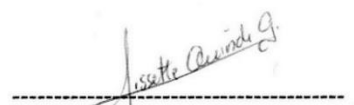
Como es su conocimiento como requisito indispensable previo a la obtención del Título Universitario de LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA es preciso realizar un Trabajo de Titulación. Motivo por el cual solicitamos a usted muy respetuosamente nos permita ejecutar nuestro proyecto para recopilar toda la información necesaria para realizar el siguiente trabajo de investigación: **"PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE ESTADOS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES. COLEGIO DR. LUIS CELLERI AVILÉS Y JOHN F. KENNEDY"**.

Para ello adjuntamos una copia del oficio emitido por el Ministerio de Educación a la Carrera de Enfermería, cuyo asunto es el siguiente "SOLICITUD DE APROBACIÓN PARA DESARROLLAR PROPUESTA EN LOS DIFERENTES CENTROS EDUCATIVOS"; así también el anteproyecto de nuestro trabajo de investigación antes descrito.

Agradeciéndole con antelación la ayuda brindada, nos despedimos no sin antes reiterar nuestros sentimientos de alta consideración y estima.

Atentamente.


Sergio Alexis France Jiménez
C.I. 0928572916


Lissette Tatiana Quinde González
C.I. 0926463373

COLEGIO FISCAL TÉCNICO
"DR. LUIS CELLERI AVILÉS"

MSc. Nury M. Ramírez Vergara
RECTORA

Vista/Buro
09/06/2014

**Anexo 4.- Solicitud dirigido a la rector de la Unidad Educativa
John F. Kennedy para la recolección de información.**

Salinas, 4 de Junio del 2014

Lcdo.

Jorge Merizalde Sellán.

**RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOHN F. KENNEDY
EN SU DESPACHO.-**

De nuestras consideraciones:

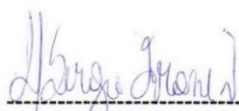
Reciba un cordial saludo de Sergio France Jiménez y Lissette Quinde González, egresados de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencia Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

Como es su conocimiento como requisito indispensable previo a la obtención del Título Universitario de LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA es preciso realizar un Trabajo de Titulación. Motivo por el cual solicitamos a usted muy respetuosamente nos permita ejecutar nuestro proyecto para recopilar toda la información necesaria para realizar el siguiente trabajo de investigación: **“PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE ESTADOS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES. COLEGIO DR. LUIS CELLERI AVILÉS Y JOHN F. KENNEDY”**.


Para ello adjuntamos una copia del oficio emitido por el Ministerio de Educación a la Carrera de Enfermería, cuyo asunto es el siguiente **“SOLICITUD DE APROBACIÓN PARA DESARROLLAR PROPUESTA EN LOS DIFERENTES CENTROS EDUCATIVOS”**.

Agradeciéndole con antelación la ayuda brindada, nos despedimos no sin antes reiterar nuestros sentimientos de alta consideración y estima.

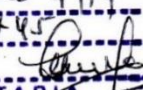
Atentamente.



Sergio Alexis France Jiménez
C.I. 0928572916



Lissette Tatiana Quinde González
C.I. 0926463373

UNIDAD EDUCATIVA
“JOHN F. KENNEDY”
RECIBIDO
FECHA: Junio 4 2014
HORA: 12:17 PM

SECRETARÍA

Anexo 5.- Acta de entrega y recepción del trabajo de titulación.

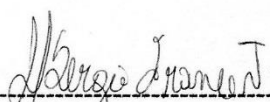
Salinas, 3 de Junio del 2014.

ACTA DE ENTREGA Y RECEPCIÓN

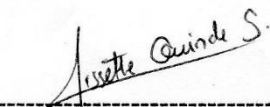
Nosotros, Sergio France Jiménez y Lissette Quinde González egresados de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, procedemos hacer la entrega a las autoridades de la Unidad Educativa John F. Kennedy el anteproyecto de nuestro trabajo de titulación previo a la obtención de título de LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA, cuyo tema es el siguiente: "PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE ESTADOS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES. COLEGIOS DR. LUIS CÉLLERI AVILÉS Y JOHN F. KENNEDY".

A continuación se procede a dar fe de lo antes mencionado, por las partes que en ella intervinieron.

Entregado por:




Sergio Alexis France Jiménez
C.I.: 0928572916



Lissette Tatiana Quinde González
C.I.: 0926463373

Recibido por:



Cargo: *Problemas clínicos*
C.I.: *0915230678*



Anexo 6.- Consentimiento informado

**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por France Jiménez Sergio y Quinde González Lissette estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena. El tema de este estudio es **PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE ESTADOS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES. COLEGIOS: DR. LUIS CÉLLERI AVILÉS Y JOHN F. KENNEDY. 2013-2014**

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 5- 15 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

Yo Sr. / Srta., _____

Estudiante del colegio _____

He tenido contacto con los autores del proyecto: France Jiménez Sergio, Quinde González Lissette y me han explicado todos los aspectos relacionados con la investigación. Para expresar libremente mi conformidad de participar en este estudio firmo este modelo.

Firma del participante: _____ Fecha _____

Firma de los investigadores: _____ Fecha _____



Anexo 7.- Test de “APGAR Familiar”

UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES Y SU INFLUENCIA EN
EL DESARROLLO DE ESTADOS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES.
COLEGIOS: DR. LUIS CÉLLERI AVILÉS Y JOHN F. KENNEDY.

2013-2014

APGAR FAMILIAR

Por favor, les rogamos que dediquen parte de su tiempo a responder esta encuesta. Es de vital importancia que lean detenidamente las preguntas y contesten con la mayor sinceridad posible ya que la información que ustedes proporcionen será esencial para obtener datos reales.

Les agradecemos de antemano su sinceridad y su tiempo. Muchas gracias por su colaboración Sr/Srta. estudiante.

Código: **Edad:**..... **Sexo:**.....

Fecha:..... **Colegio:**..... **Curso:**... **Sección:**...

Instrucciones: Encerrar con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
Puntuación Total			

Creado por: Smilkstein G. The family APGAR

Anexo 8.- Encuesta para determinar los factores que se encuentran ocasionando disfunción familiar en los hogares de los adolescentes.



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE ESTADOS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES. COLEGIOS: LUIS CÉLLERI AVILÉS Y JOHN F. KENNEDY. 2013-2014

ENCUESTA PARA DETERMINAR LOS FACTORES QUE SE ENCUENTRAN OCACIONANDO DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS HOGARES DE LOS ADOLESCENTES

Por favor, les rogamos que dediquen parte de su tiempo a responder esta encuesta. Es de vital importancia que lean detenidamente las preguntas y contesten con la mayor sinceridad posible ya que la información que ustedes proporcionen será esencial para obtener datos reales.

Les agradecemos de antemano su sinceridad y su tiempo. Muchas gracias por su colaboración Sr/Srta. estudiante.

Edad: **Sexo:**
Fecha: **Colegio:**.....
Curso: **Sección:**.....

Instrucciones: Lea con atención cada una de las siguientes preguntas y afirmaciones. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo contesta a la pregunta planteada.

1. ¿En su hogar existen comunicaciones conflictivas?

- a) Los problemas personales, estudiantiles, entre otros se conversan en familia
- Siempre
 - A veces
 - Nunca
- b) Los problemas se resuelven con tonos elevados (gritos)
- Siempre
 - A veces
 - Nunca
- c) Los problemas se resuelven con discusiones y agresiones
- Siempre
 - A veces
 - Nunca
- d) Los problemas si se resuelven en familia
- Siempre
 - A veces
 - Nunca

2. ¿Siente que en su hogar existe algunos de los siguientes tipos de violencia intrafamiliar? ¿Con qué frecuencia se dan estos?

✓ **Maltrato físico** (golpear, sacudir, pellizca, morder, empujar, azotar o cualquier otra acción que provoque lesiones en el cuerpo, deje marcas o produzca dolor físico intenso).

- Siempre A veces Nunca

- ✓ **Maltrato psicológico** (gritos y enojo de forma exagerada o sin causa que lo amerite, recibir críticas de los progenitores, amenazas de cualquier tipo, humillaciones o desprecios constantes, que uno de los progenitores ingiera bebidas alcohólicas).

Siempre A veces Nunca

- ✓ **Maltrato sexual** (cualquier tipo de contacto sexual no agradable o sin consentimiento propio como caricias, miradas que denoten sensualidad, gesticulaciones que falten al pudor y la moral, insinuaciones a tener relaciones sexuales)

Siempre A veces Nunca

- ✓ **Maltrato económico o de desatención** (falta de alguna de una de las 3 principales comidas diarias, deudas con el alquiler de la casa o servicios básicos, falta de vestimenta necesaria, falta de controles en atención médica, falta de suficiente apoyo emocional o falta de atención de forma deliberada).

Siempre A veces Nunca

3. ¿En su hogar existe ausencia de figuras de autoridad (papá y mamá)?

- Materna
- Paterna
- Ambos
- Ninguna

Si existe ausencia de uno de los cuidadores (papá o mamá), especifique la causa:

Abandono de hogar Migración
Fallecimiento Enfermedad o lesión de gravedad física
Divorcio o Separación Enfermedad psicológica

4. ¿Con cuántas personas comparte su diario vivir? (personas que viven con usted)

- 1 persona
- 2 personas
- 3 personas
- 4 personas
- Más de 4 personas

De estas personas indique quienes viven con usted:

- | | | |
|---|--|---|
| Padres y hermanos/as <input type="radio"/> | Papá y mamá <input type="radio"/> | Tía/o y papá o mamá <input type="radio"/> |
| Papa y hermanos <input type="radio"/> | Mamá y hermanos <input type="radio"/> | Abuelos, papá y mamá <input type="radio"/> |
| Abuelos/as <input type="radio"/> | Hermanos mayores <input type="radio"/> | Abuelos/as y hermanos <input type="radio"/> |
| Tías/os <input type="radio"/> | Padrastra y mamá <input type="radio"/> | Madrastra y papá <input type="radio"/> |
| Abuelos/as, mamá y hermanos <input type="radio"/> | otros..... | |

Anexo 9.- “Inventario de depresión de Beck”

**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES Y SU INFLUENCIA EN
EL DESARROLLO DE ESTADOS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES.
COLEGIOS: DR. LUIS CÉLLERI AVILÉS Y JOHN F. KENNEDY.**

2013-2014

“INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK”

Por favor, les rogamos que dediquen parte de su tiempo a responder este inventario. Es de vital importancia que lean detenidamente las preguntas y contesten con la mayor sinceridad posible ya que la información que ustedes proporcionen será esencial para obtener datos reales.

Les agradecemos de antemano su sinceridad y su tiempo. Muchas gracias por su colaboración Sr/Srta. estudiante.

Código: **Edad:.....** **Sexo:.....**

Fecha:..... **Colegio:.....**

Curso:..... **Sección:.....**

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

1)

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2)

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3)

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

4)

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5)

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

6)

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

7)

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

8)

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

9)

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

10)

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

11)

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12)

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13)

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14)

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15)

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16)

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17)

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18)

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19)

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20)

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

21)

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Anexo 10.- Presupuesto del proyecto de investigación previo a la obtención del título.

Tabla 4 Recursos humanos

Recurso humano	Precio
Gramatólogo	\$100

Tabla 5 Recurso materiales

Rubros	Cantidad	Descripción	Costo unitario	Costo total
Materiales y suministros	4	Resmas de papel bong formato A4	\$ 3.50	\$ 14
	100	Bolígrafos	\$ 0.25	\$ 50
	20	Impresiones	\$0,10	\$ 2
	2592	Fotocopias de instrumentos para obtención de resultados	\$ 0.03	\$ 77,76
	6	Comunicaciones telefónicas con tutora	\$ 0.50	\$ 3
	2	Mantenimiento de computadora	\$ 30	\$ 60
	4	Internet	\$ 33	\$ 132
Viáticos	1	Compra de impresora	\$ 185	\$ 185
	6	Movilización a tutorías a la ciudad d Guayaquil	\$ 3.60	\$ 43.20
	40	Movilización interna	\$ 0.25 ctvs	\$ 20
	4	Refrigerios	\$20	\$ 80
Actividades	6	Alimentación	\$ 1.50	\$ 18
	1	Grupo focal en el colegio Dr. Luis Celleri Avilés	\$ 10	\$ 10
	1	Grupo focal en el colegio John F. Kennedy	\$ 10	\$ 10
	3	Anillados	\$1,50	\$ 4,50
Total	1	Empastados	\$30	\$ 30
				\$ 696

Anexo 11.- Cronograma de actividades

Tabla 6.- Cronograma de actividades

fase	Actividades	Meses											
		Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Teórica	Elaboración del primer borrador												
	Elaboración del segundo borrador												
	Elaboración del tercer borrador												
	Presentación del borrador final												
	Correcciones del borrador												
	Reestructuración del título												
	Entrega de anteproyecto para revisión												
	Elaboración de la encuesta												
	Conclusiones y recomendaciones												
	Elaboración de la guía didáctica												
	Modificaciones finales												
	Entrega para revisión total												
	Chequeo de la tesis por el sistema Urkund												
Entrega final de tesis													
Sustentación de tesis													
Práctica	Aplicación de los instrumentos de recolección de datos												
	Ejecución de los grupos focales												
	Análisis e interpretación de resultados												

Anexo 12.- Cronograma de actividades para la ejecución del proyecto de investigación entregado a las autoridades de los colegios: Dr. Luis Célleri Avilés y John F. Kennedy.

N°	Fecha Hora	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	MATERIALES
1	Martes 3 de junio de 2014	Sociabilización del trabajo de investigación y entrega del anteproyecto a las autoridades de la Unidad Educativa John F. Kennedy.	Autores del Proyecto: Lissette Quinde González Sergio France Jiménez	Oficio de aprobación para desarrollar investigación en los centros educativos del Ministerio de Educación Superior. Solicitud de los autores del proyecto. Anteproyecto del trabajo de titulación.
2	Miércoles 4 de junio de 2014	Sociabilización del trabajo de investigación y entrega del anteproyecto a las autoridades del Colegio Dr. Luis Célleri Avilés.	Autores del Proyecto: Lissette Quinde González Sergio France Jiménez	Oficio de aprobación para desarrollar investigación en los centros educativos del Ministerio de Educación Superior Solicitud de los autores del proyecto. Anteproyecto del trabajo de titulación.
3	Lunes 9 de junio de 2014	Delimitación de la población de objeto estudio a través de la fórmula para calcular el tamaño de la muestra.	Autores del Proyecto: Lissette Quinde González Sergio France Jiménez	Fórmula para calcular el tamaño de la muestra.

4	Jueves 12 de junio de 2014 12:00	Sociabilización del proyecto con los alumnos colegio Dr. Luis Célleri Avilés.	Autores del Proyecto: Lisette Quinde González Sergio France Jiménez	Instrumentos de Valoración: - Test de “APGAR Familiar”. - “Inventario para la depresión de Beck”. - Encuesta para determinar los factores de la disfunción familiar.
5	Jueves 12 de junio de 2014 16:00	Sociabilización del proyecto con los alumnos Unidad Educativa John F. Kennedy.	Autores del Proyecto: Lisette Quinde González Sergio France Jiménez	Instrumentos de Valoración: - Test de “APGAR Familiar”. - “Inventario para la depresión de Beck”. - Encuesta para determinar los factores de la disfunción familiar.
6	Jueves 12 de junio de 2014 12:00	Realización de Prueba Piloto a 5 alumnos seleccionados aleatoriamente de Ciclo diversificado, colegio Dr. Luis Célleri Avilés.	Autores del Proyecto: Lisette Quinde González Sergio France Jiménez	Instrumentos de Valoración: - Test de “APGAR Familiar”. - Encuesta para determinar los factores de la disfunción familiar. - “Inventario para la depresión de Beck”.

7	Jueves 12 de junio de 2014 16:20	Realización de Prueba Piloto a 5 alumnos seleccionados aleatoriamente de Ciclo diversificado, Unidad Educativa John F. Kennedy.	Autores del Proyecto: Lissette Quinde González Sergio France Jiménez	Instrumentos de Valoración: - Test de “APGAR Familiar”. - Encuesta para determinar los factores de la disfunción familiar. - “Inventario para la depresión de Beck”.
8	Viernes 13 de junio de 2014	Tabulación de los datos obtenidos.	Autores del Proyecto: Lissette Quinde González Sergio France Jiménez	Herramientas informáticas: — Word — Excel
9	14 y 15 de junio de 2014	Análisis e interpretación de resultados obtenidos de la prueba piloto y revisión de los test aplicados a los adolescentes objeto de estudio.	Autores del Proyecto: Lissette Quinde González Sergio France Jiménez	Herramientas informáticas: — Word — Excel
10	Lunes 16 de junio de 2014 16:00	Aplicación de Test para determinar si existe o no procesos familiares disfuncionales en los alumnos objeto de estudio. Unidad Educativa John F. Kennedy.	Autores del Proyecto: Lissette Quinde González Sergio France Jiménez	Instrumentos de Valoración: - Test de “APGAR Familiar”.

11	Lunes 16 de abril de 2014	Tabulación y análisis de los resultados obtenidos	Autores del Proyecto: Lisette Quinde González Sergio France Jiménez	Herramientas informáticas: — Word — Excel
12	Martes 17 de junio de 2014 16:00	Aplicación de la encuesta para determinar los factores que ocasionan disfunción familiar. Unidad Educativa John F. Kennedy.	Autores del Proyecto: Lisette Quinde González Sergio France Jiménez	Instrumentos de Valoración: - Encuesta para determinar los factores que ocasionan la disfunción familiar.
13	Martes 17 de junio de 2014	Tabulación y análisis de los resultados obtenidos	Autores del Proyecto: Lisette Quinde González Sergio France Jiménez	Herramientas informáticas: — Word — Excel
14	Miércoles 18 de junio de 2014 16:00	Aplicación de Test para determinar si existen o no estados depresivos en los adolescentes objeto de estudio. Unidad Educativa John F. Kennedy.	Autores del Proyecto: Lisette Quinde González Sergio France Jiménez	Instrumentos de Valoración: - “Inventario para la depresión de Beck”.

15	Miércoles 18 de junio de 2014	Tabulación y análisis de los resultados obtenidos	Autores del Proyecto: Lissette Quinde González Sergio France Jiménez	Herramientas informáticas: — Word — Excel
16	Lunes 16 de junio de 2014 12:00	Aplicación de Test para determinar si existe o no procesos familiares disfuncionales en los adolescentes objeto de estudio. Colegio Dr. Luis Célleri Avilés.	Autores del Proyecto: Lissette Quinde González Sergio France Jiménez	Instrumentos de Valoración: - Test de APGAR Familiar.
17	Lunes 16 de abril de 2014	Tabulación y análisis de los resultados obtenidos	Autores del Proyecto: Lissette Quinde González Sergio France Jiménez	Herramientas informáticas: — Word — Excel
18	Martes 17 de junio de 2014 12:00	Aplicación de la encuesta para determinar los factores que ocasionan disfunción familiar. Colegio Dr. Luis Célleri Avilés.	Autores del Proyecto: Lissette Quinde González Sergio France Jiménez	Instrumentos de Valoración: - Encuesta para determinar los factores que ocasionan la disfunción familiar.

19	Martes 17 de junio de 2014	Tabulación y análisis de los resultados obtenidos	Autores del Proyecto: Lissette Quinde González Sergio France Jiménez	Herramientas informáticas: — Word — Excel
20	Miércoles 18 de junio de 2014 12:00	Aplicación de Test para determinar si existe o no estados depresivos en los adolescentes. Colegio Dr. Luis Célleri Avilés.	Autores del Proyecto: Lissette Quinde González Sergio France Jiménez	Instrumentos de Valoración: - Inventario para la depresión de Beck.
21	Miércoles 18 de junio de 2014	Tabulación y análisis de los resultados obtenidos	Autores del Proyecto: Lissette Quinde González Sergio France Jiménez	Herramientas informáticas: — Word — Excel

Anexo 13.- Programa de actividades del Grupo Focal

UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA

FACULTAD CIENCIAS SOCIALES Y LA SALUD

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA



Programación para el desarrollo del grupo focal con los adolescentes de los colegios: Dr. Luis Céleri Avilés y John F. Kennedy.

La sesión estará conformada de la siguiente manera:

Fecha: _____ junio del 2014.

Lugar: _____.

Tema: Influencia de los procesos familiares disfuncionales en el desarrollo de estados depresivos en adolescentes.

1. Explicación de la sesión del grupo

Esta sección será expuesta en un tiempo aproximado de 5 minutos. Y se trata de aclarar la dinámica del grupo focal. Se impartirá una hoja de consentimiento informado para corroborar que desean participar en este grupo focal.

Se procederá a iniciar de la siguiente manera:

Buenos días y bienvenidos a nuestra sesión. Gracias por brindarnos un tiempo para participar en esta discusión de nuestro tema. Somos Lissette Quinde González y Sergio France Jiménez autores del proyecto de investigación.

El propósito del estudio es el de obtener información relevante para complementar las encuestas antes realizadas. La información que nos provean será muy importante para nuestro estudio. En esta actividad no hay respuestas correctas o incorrectas, sino diferentes puntos de vista. Favor de sentirse en libertad de expresar su opinión, aun cuando esta difiera con la que expresen sus compañeros.

Se les pide de favor hablen alto, puesto que, estaremos grabando sus respuestas, ya que no queremos perdernos ninguno de sus comentarios. Si varios participantes hablan al mismo tiempo, la grabación se perderá, estaremos llamando a cada uno por el primer nombre. El informe final no incluirá los mismos para asegurar la confiabilidad.

Tengan en cuenta que estamos tan interesados en los comentarios negativos como en los positivos. En algunos casos los comentarios negativos son aún más útiles que los positivos. Nuestra sesión durara aproximadamente entre 30 y 45 minutos y no habrá ningún receso.

2. Objetivos

a. Objetivo de la investigación

Determinar la influencia de los procesos familiares disfuncionales en el desarrollo de estados depresivos en adolescentes de los colegios: Dr. Luis Célieri Avilés y John F. Kennedy.

b. Objetivos del grupo focal

- ✓ Identificar procesos familiares disfuncionales en los hogares de los adolescentes mediante la aplicación del grupo focal.
- ✓ Identificar los factores que están ocasionando disfunción familiar en los hogares de estos adolescentes a través del grupo focal.

- ✓ Detectar la presencia de estados depresivos en los adolescentes objeto de estudio mediante la identificación de pensamientos distorsionados en las expresiones verbales emitidas por ellos en el grupo focal.

3. Identificación del moderador

Nombre del moderador: Sergio Alexis France Jiménez

Nombre del observador: Lissette Tatiana Quinde González

4. Participantes

El grupo focal estará compuesto por 8 estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de la Unidad Educativa John F. Kennedy y 10 estudiantes del Colegio Dr. Luis Célleri Avilés.

5. Preguntas o temáticas

¿Qué es lo primero que se le viene a la mente al mencionar procesos familiares disfuncionales?

1. ¿Qué cree usted que son los procesos familiares disfuncionales?
2. ¿Cómo es la relación afectiva entre usted y su familia?
3. ¿Cuál cree usted que sería la forma más efectiva para solucionar los problemas de cualquier tipo en el hogar?
4. ¿Qué cree usted que son los estados depresivos?
5. ¿Cómo cree usted que se desarrollan los estados depresivos?
6. ¿Cree usted que la violencia intrafamiliar, el divorcio o la separación de los padres influyen en el desarrollo de estados depresivos en los hijos?
7. ¿De qué forma le afectaría la ausencia de figuras de autoridad en su vida?
8. En un puntaje del 1 al 5, donde 1 es la menor puntuación. ¿Qué puntuación le daría usted a su familia?

Anexo 14.- Análisis de contenido

A: Estudiantes de la Unidad Educativa John F. Kennedy

B: Estudiantes del Colegio Dr. Luis Célleri Avilés.

Tabla 7.- Preguntas del grupo focal

PREGUNTAS	RESPUESTAS	CATEGORÍAS	NÚCLEOS DE SENTIDO
1. ¿Qué cree usted que son los procesos familiares disfuncionales?	<p>A: Falta de unión en la familia.</p> <p>A: Falta de comunicación entre la familia.</p> <p>A: Agresión entre padres e hijos.</p> <p>A: Separación de la familia.</p> <p>B: Tener problemas en el hogar.</p> <p>B: Agresiones entre familia.</p> <p>B: Peleas entre familias.</p> <p>B: Separaciones.</p>	<p>-Ausencia de comunicación en la familia</p> <p>-Agresión intrafamiliar</p> <p>-Separación</p>	Procesos familiares disfuncionales
2. ¿Cómo es la relación afectiva entre usted y su familia?	<p>A: Poca... o sea no tengo lo necesario...</p> <p>A: Poca...o sea...</p> <p>Que piensan que con lo que dan es suficiente, sin preguntarnos nunca si estamos bien o estamos mal...Ellos prefieren el trabajo u otras cosas que a sus hijos...</p>	<p>-Déficit de comunicación entre padres e hijos</p> <p>Despreocupación de los padres por el bienestar de los hijos.</p>	Percepción de poco soporte parental

	<p>A: Lo esencial...a veces no te dan el tiempo requerido...</p> <p>B: Si tenemos buena comunicación entre todos</p> <p>B: ¡No!...no porque casi siempre falta la comunicación en todo</p> <p>B: No, la comunicación porque mis papas son separados y...yo me crio por mi misma...</p> <p>B: Si tengo comunicación con toda mi familia, porque...o sea todo lo que me pasa yo les cuento y ellos me aconsejan...</p>		
<p>3. ¿Cuál cree usted que sería la forma más efectiva para solucionar los problemas de cualquier tipo en el hogar?</p>	<p>A: Hablando y llegando a un acuerdo...</p> <p>A: ¡Eh!...Conversando con tus padres.</p> <p>A: Siempre con la comunicación.</p> <p>B: Conversar con educación.</p> <p>B: ¡Eh! para mí sería, más que sea un día tener comunicación con los dos</p>	<p>-Dialogo entre padres e hijos.</p> <p>-Mutuo acuerdo entre padres e hijos.</p>	<p>Comunicaciones efectivas entre padres e hijos.</p>

	<p>para sí poder yo... no se...aconsejarme...</p> <p>B: ¡Eh! hablar con ellos para que... o sea no... no discutan o sea...lo que están haciendo ellos, uno de estos días lo harán sus hijos... ¡Eh!... yo trato de decir a mi papi que... ya no pelee con mi mami, que me hacen sentir a mi...(taciturnamente) pero me hacen caso...</p>		
<p>4. ¿Qué cree usted que son los estados depresivos?</p>	<p>A: No sentirse a gusto con uno mismo.</p> <p>A: Sentirse solitario y puesta tus sentimientos</p> <p>A: Falta de control</p> <p>B: Baja autoestima.</p> <p>B: Estar triste.</p> <p>B: Estar decepcionado.</p>	<p>-Inconformidad consigo mismo.</p> <p>-Alteraciones en el estado de ánimo.</p>	<p>Percepción de los participantes sobre los estados depresivos.</p>

PREGUNTAS	RESPUESTAS	CATEGORÍAS	NÚCLEOS DE SENTIDO
5. ¿Cómo cree usted que se desarrollan los estados depresivos?	<p>A: Tener la ausencia de los padres o... unidad con el grupo familiar.</p> <p>A: Falta de confianza o de comunicación</p> <p>A: Falta de apoyo moral.</p> <p>A: Ausencia de tus padres...</p> <p>B: Cuando hay una pelea...</p> <p>B: Cuando no prestan atención a los estudios porque hay problemas</p> <p>B: Falta de cariño</p> <p>B: Cuando no hay atención así... entre familia...</p>	<p>-Ausencia de los padres</p> <p>-Ausencia de muestras de afecto y apoyo en el hogar.</p> <p>-Presencia de problemas en el hogar</p>	Deterioro en las relaciones familiares
6. ¿Cree usted que la violencia intrafamiliar, el divorcio o la separación de los padres influyen en el desarrollo de estados depresivos en los hijos?	<p>A: Si, porque tal vez quedaras marcado o algo así...tienes miedo como te traten las demás personas.</p> <p>A: Si, porque si alguien en algún momento te trata mal, tú vas a pensar siempre que todas las personas te van a tratar igual...</p>	<p>Desconfianza en las demás personas de su entorno.</p> <p>Repercusiones negativas en la personalidad</p>	Alteraciones psicológicas

	<p>A: Sí, porque son cosas que te marcan e influyen demasiado en tu forma...en tu personalidad en sí...</p> <p>A: Sí, porque a veces los hijos se echan la culpa de las peleas de los padres</p> <p>A: Depende de que los padres no dejen de tener afecto hacia los hijos...</p> <p>B: Sí, sí porque...o sea con lo que me dicen me siento mal y ya pues ahí me deprimó</p> <p>B: ¡Eh! Si porque... ¡eh! al principio si se me hacía difícil pero ya con el tiempo lo fui superando y estoy saliendo por mí misma a delante...</p> <p>B: Claro yo vivo solo con mi mamá, pero en mi opinión a mí no me afectó porque yo tengo la madurez suficiente para entender porque se han separado.</p>	<p>Desarrollo de sentimientos de culpabilidad por problemas en el hogar.</p>	
--	---	--	--

	<p>B: Si porque a veces mi papa y mi mama pelean y se comienzan a decir cosas y yo me pongo a llorar</p> <p>B: A mí no me afectaría, no... porque yo ya estoy mayor y son sus decisiones..., pero afectarían a mis hermanos...</p>		
<p>7. ¿De qué forma le afectaría la ausencia de figuras de autoridad en su vida?</p>	<p>A: No me afecta, pero sí... afectaría en el ámbito paterno en un hijo.</p> <p>A: A mí en lo personal no me afectaría.</p> <p>B: A mí me afecta...en que yo necesito su cariño y el apoyo de ellos para así yo poder seguir adelante en mis estudios.</p> <p>B: ¡Si me faltaría, sin mi papá sería un problema!... porque si tuviera un problema muy grande en el colegio o afuera ¡eh! que si no estuviera mi papá aquí, entonces a</p>	<p>Necesidad de afecto y apoyo de los padres en todo momento.</p> <p>Necesidad de recibir consejos de los padres ante cualquier problema.</p>	<p>Presencia indispensables de figuras de autoridad en el hogar para el bienestar de los integrantes de la familia.</p>

	<p>quién le pediría ayuda, si no tuviera a nadie mas</p> <p>B: ¡Eh!... no comunicándonos con ellos nos afectaría en mmm... no tener una conversación con él y nos faltaría ese... y tendríamos ese espacio vacío...</p>		
<p>8. En un puntaje del 1 al 5, donde 1 es la menor puntuación. ¿Qué puntuación le daría usted a su familia?</p>	<p>A: 2, porque en mi familia se discute mucho y falta mucha comunicación para llegar a 5 o 4.</p> <p>A: 3, porque hay desconfianza... peleamos mucho...</p> <p>A: 4, porque en toda familia hay discusiones y entonces... no veo la lógica de que una familia llegue a ser excelente.</p> <p>A: 3, porque somos un triángulo y a veces nos llevamos bien, a veces nos hablamos, a veces no y bueno...</p> <p>B: 3,... tener más comunicación con los padres, con los hermanos,</p>	<p>-Discusiones frecuentes entre integrantes de la familia</p> <p>-Ausencia de unión familiar</p> <p>- Comunicaciones inefectivas</p>	<p>Necesidad de mejorar las relaciones familiares.</p>

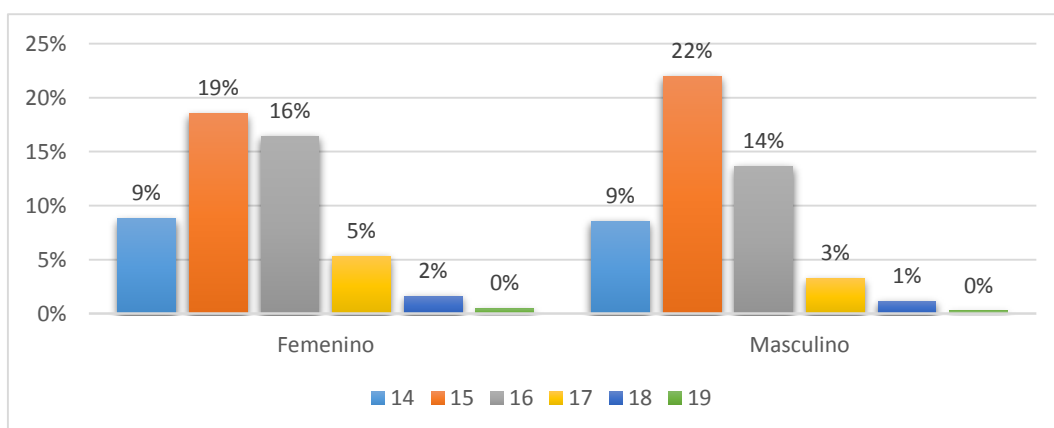
	<p>bueno con toda la familia... Reunirnos un domingo y conversar entre nosotros</p> <p>B: 2,...estar juntos y dialogar más... comunicación</p> <p>B: 4, ¡Eh!... nos faltaría más que todo la unión porque mis padres y mis hermanos pasan trabajando y a veces llegan en la noche y no los puedo ver.</p>		
--	---	--	--

Anexo 15.- Población total

Tabla 8.- Relación género – edad

Género \ Edad	14	15	16	17	18	19	Total general	Porcentaje
Femenino	38	80	71	23	7	2	221	51%
Masculino	37	95	59	14	5	1	211	49%
Total general	75	175	130	37	12	3	432	100%

Gráfico 8.- Relación edad – genero



Fuente: Test de “APGAR Familiar”

Elaborado por: France S. y Quinde L.

El gráfico indica que el 100% de la población es adolescente, cumpliendo así con lo estipulado por la OMS en donde menciona que: “La adolescencia es un grupo comprendido desde los 10 hasta los 19 años”.

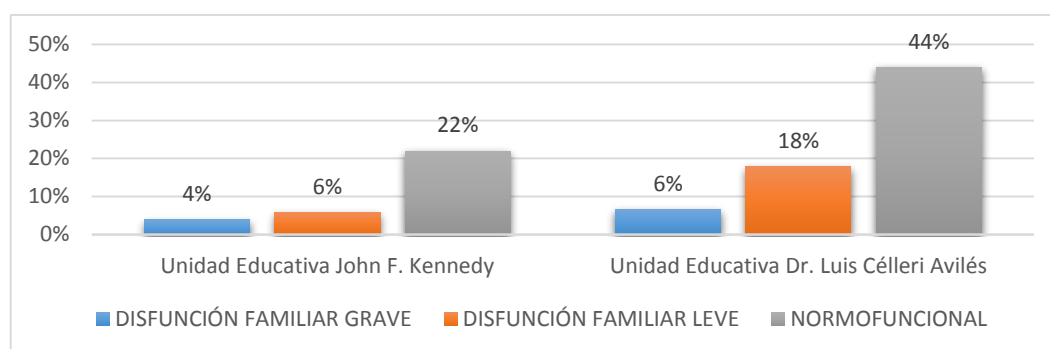
La población total objeto de estudio en cuanto al género se obtuvo que el 51% de la población es femenina y el 49% es masculina. Al realizar el análisis de las edades se identificó que del 51% de la población femenina el 9% poseen 14 años, el 19% posee 15 años, el 16% posee 16 años, el 5% posee 17 años y el 2% posee 18 años. En cuanto al 49% de la población masculina se obtuvieron los siguientes resultados que el 9% poseen 14 años, el 22% posee 15 años, el 14% posee 16 años, el 3% de la población posee 17 años y el 1% posee 18 años.

Anexo 16.- Resultados del Test de “APGAR Familiar”

Tabla 9.- Relación test de “APGAR familiar” – colegios.

Instituciones educativas	Disfunción familiar grave	Disfunción familiar leve	Normofuncional	Total general
Dr. Luis Célleri Avilés	28	77	190	295
John F. Kennedy	17	25	95	137
Total general	45	102	285	432
Porcentaje	10%	24%	66%	100%

Gráfico 9.- Relación test de “APGAR Familiar” – colegios.



Fuente: Test de “APGAR Familiar”

Elaborado por: France S. y Quinde L.

Al realizar el análisis sobre el grado de disfunción familiar se obtuvo los siguientes resultados: que el 66% de la población posee una familia normofuncional, el 24% una familia con disfunción leve y el 10% de la población total tiene una familia disfuncional grave. Teniendo así que un 44% de los adolescentes del colegio Dr. Luis Célleri Avilés posee una familia normofuncional, un 18% tiene una familia con disfunción leve y un 6% es parte de una familia disfuncional grave, mientras que en la Unidad Educativa John F. Kennedy un 22% de la población posee una familia normofuncional, un 6% una familia disfuncional leve y un 4% de los adolescente tiene una familia con disfunción grave.

Anexo 17.- Resultados de la “Encuesta para determinar los factores que se encuentran ocasionando disfunción familiar en los hogares de los adolescentes”

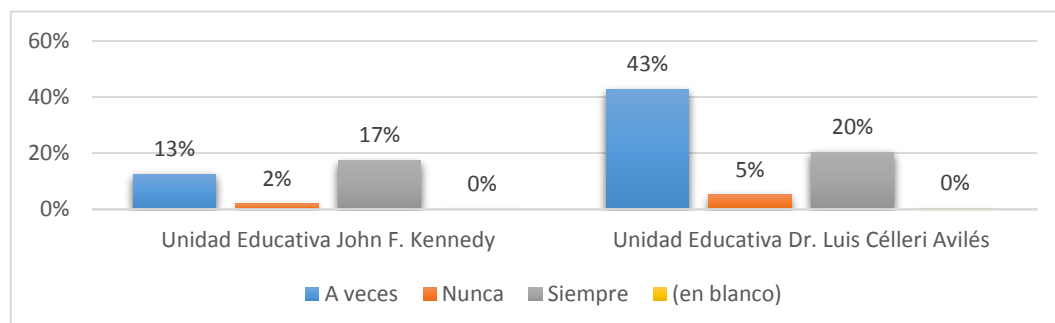
1. ¿En su hogar existen comunicaciones conflictivas?

- a) Los problemas personales, estudiantiles, entre otros se conversan en familia.

Tabla 10.- Comunicaciones conflictivas

Instituciones educativas	A veces	Nunca	Siempre	En blanco	Total general
Dr. Luis Célleri Avilés	184	22	88	1	295
John F. Kennedy	54	8	75	0	137
Total general	238	30	163	1	432
Porcentaje	55%	7%	38%	0%	100%

Gráfico 10.- Literal A: Comunicaciones conflictivas en el hogar



Fuente: Encuesta para determinar los factores que se encuentran ocasionando disfunción familiar en los hogares de los adolescentes

Elaborado por: France S. y Quinde L.

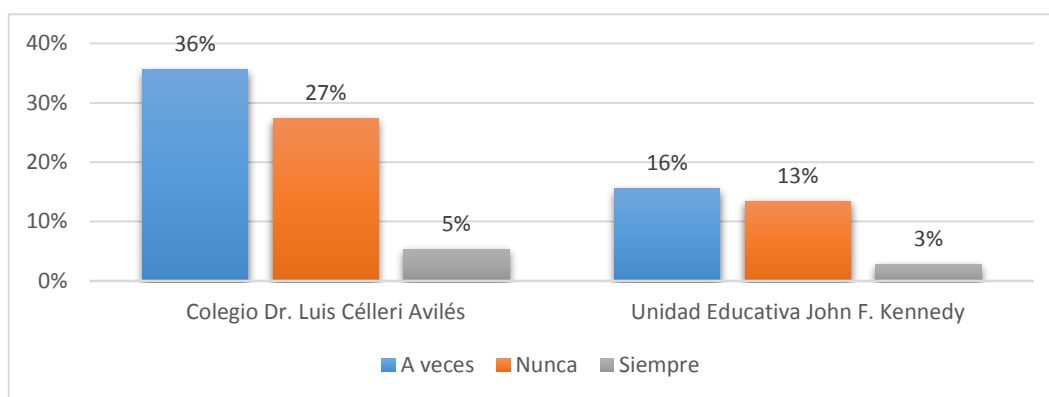
En cuanto al literal a de la encuesta refiriéndose a comunicaciones conflictivas, se logró determinar que el 38% de la población siempre conversan los problemas con la familia, el 55% a veces y el 7% nunca conversan los problemas. En el análisis por colegios se obtuvieron los siguientes resultados: Colegio Dr. Luis Celleri Avilés un 20% siempre conversan los problemas en familia un 43% a veces y un 5% nunca los conversan, mientras que en el Colegio John F. Kennedy un 17% siempre conversan los problemas en familia un 13% a veces y un 2% nunca los conversan.

b) Los problemas se resuelven con tonos elevados (gritos)

Tabla 11.- Problemas que se resuelven con tonos elevados

Instituciones educativas	A veces	Nunca	Siempre	Total general
Dr. Luis Célleri Avilés	154	118	23	295
John F. Kennedy	67	58	12	137
Total general	221	176	35	432
Porcentaje	51%	41%	8%	100%

Gráfico 11.- Literal B: Comunicaciones conflictivas con tonos elevados.



Fuente: Encuesta para determinar los factores que se encuentran ocasionando disfunción familiar en los hogares de los adolescentes

Elaborado por: France S. y Quinde L.

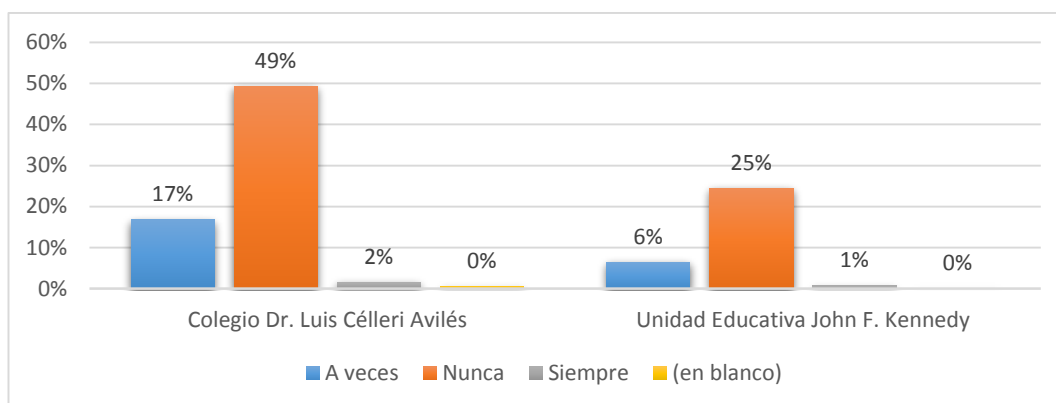
El análisis del literal b de la encuesta se refiere a comunicaciones conflictivas con tonos elevados, se logró determinar que del 100% de la población adolescente el 8% siempre se comunican con tonos elevados, el 51% considera que a veces y el 41% nunca resuelven los problemas con tonos elevados en el hogar. Respecto al análisis por instituciones educativas se identificó: que en el colegio Dr. Luis Célleri Avilés un 5% siempre se comunican con tonos elevados, un 36% a veces y un 27% nunca existen tonos elevados en el hogar; mientras que en el Colegio John F. Kennedy un 3% siempre se comunican con tonos elevados, un 16% considera que a veces existen tonos elevados en el hogar y un 13% que nunca existen tonos elevados en el hogar.

c) Los problemas se resuelven con discusiones y agresiones

Tabla 12.- Problemas que se resuelven con discusiones y agresiones.

Instituciones educativas	A veces	Nunca	Siempre	En blanco	Total general
Dr. Luis Célleri Avilés	73	213	7	2	295
John F. Kennedy	28	106	3	0	137
Total general	101	319	10	2	432
Porcentaje	23%	74%	2%	0%	100%

Gráfico 12.- Literal C: Comunicaciones conflictivas con discusiones y agresiones.



Fuente: Encuesta para determinar los factores que se encuentran ocasionando disfunción familiar en los hogares de los adolescentes

Elaborado por: France S. y Quinde L.

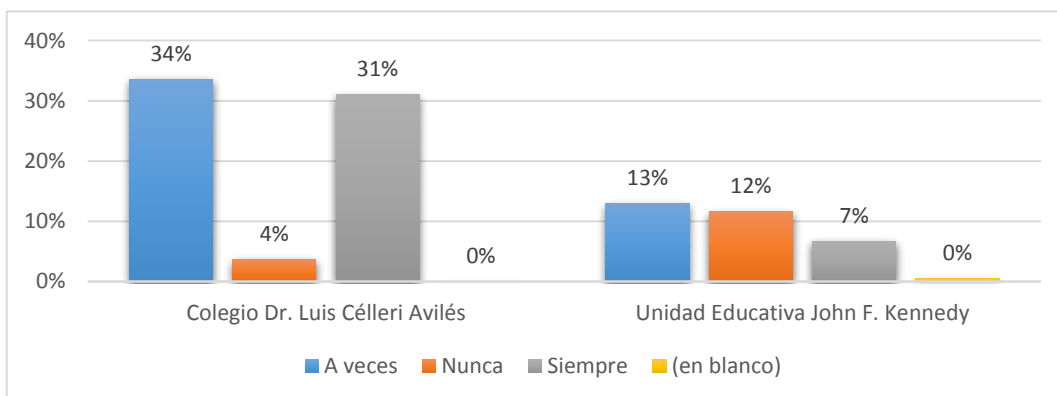
El análisis del literal c que se refiere a comunicaciones conflictivas con discusiones y agresiones, revela que en el 2% de la población siempre existen discusiones y agresiones en el hogar, el 23% considera que a veces y el 74% que nunca. Respecto a la situación de los centros educativos refleja que en el colegio Dr. Luis Célleri Avilés el 2% de los casos siempre se resuelven los problemas con discusiones y agresiones, un 17% considera que a veces y un 49% considera que nunca existe esta situación. Mientras que en la Unidad Educativa John F. Kennedy un 1% de las familias siempre presenta esta situación, un 6% considera que a veces, y un 25% nunca resuelve los problemas con discusiones y agresiones.

d) Los problemas se resuelven en familia

Tabla 13 Problemas no se resuelven

Instituciones educativas	A veces	Nunca	Siempre	En blanco	Total general
Dr. Luis Célleri Avilés	145	16	134	0	295
John F. Kennedy	56	50	29	2	137
Total general	201	66	163	2	432
Porcentaje	47%	15%	38%	0%	100%

Gráfico 13 Literal D: Comunicaciones conflictivas; los problemas no se resuelven.



Fuente: Encuesta para determinar los factores que se encuentran ocasionando disfunción familiar en los hogares de los adolescentes

Elaborado por: France S. y Quinde L.

Finalmente en el análisis del literal d, los problemas no se resuelven, se obtuvo que un 38% de los adolescentes considera que siempre no se resuelven los problemas, un 47% considera que a veces y en un 15% nunca resuelven los problemas. Teniendo así que en el colegio Dr. Luis Célleri Avilés un 31% de los casos siempre no se resuelven los problemas, el 34% considera que a veces y el 4% que nunca sucede esta situación, mientras que en la Unidad Educativa John F. Kennedy un 7% de las familias de los adolescentes siempre no se resuelven los problemas, un 13% considera que a veces, y un 12% si resuelven los problemas en el hogar.

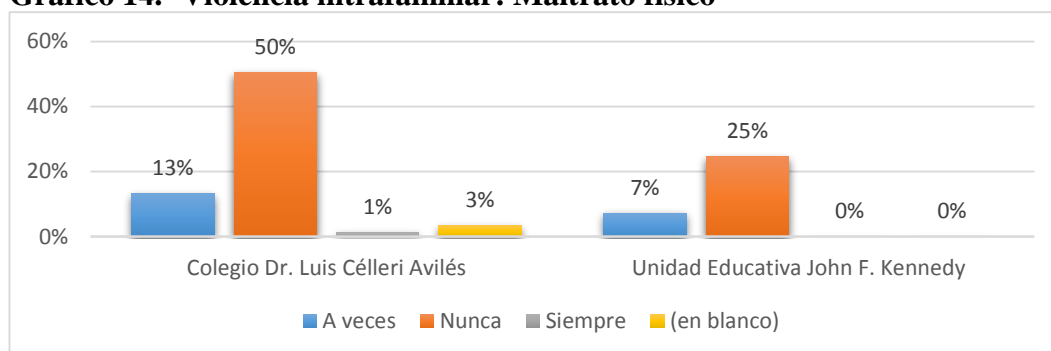
2. ¿Siente que en su hogar existe algunos de los siguientes tipos de violencia intrafamiliar? ¿Con qué frecuencia se dan estos?

✓ **Maltrato físico**

Tabla 14.- Maltrato físico.

Instituciones educativas	A veces	Nunca	Siempre	En blanco	Total general
Dr. Luis Célleri Avilés	57	218	5	15	295
John F. Kennedy	31	106	0	0	137
Total general	88	324	5	15	432
Porcentaje	20%	75%	1%	3%	100%

Gráfico 14.- Violencia intrafamiliar: Maltrato físico



Fuente: Encuesta para determinar los factores que se encuentran ocasionando disfunción familiar en los hogares de los adolescentes

Elaborado por: France S. y Quinde L.

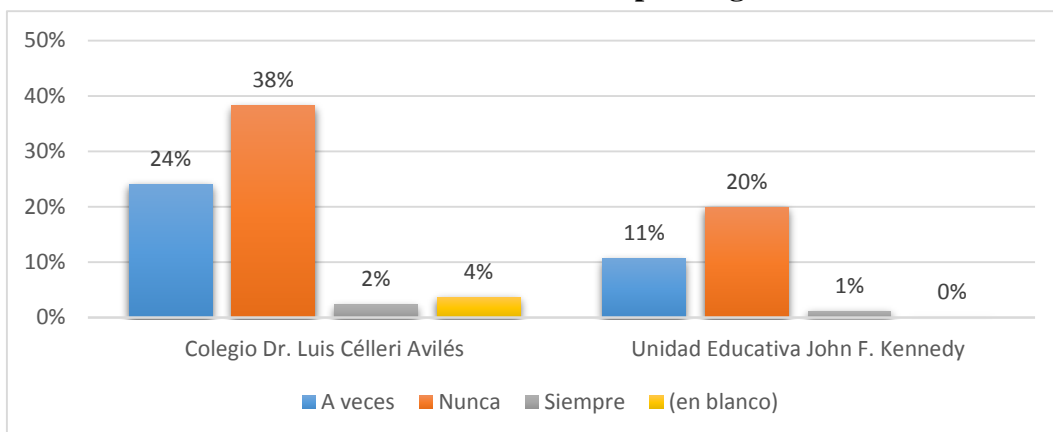
En cuanto a la violencia intrafamiliar se enuncian los siguientes resultados obtenidos: el 1% de los hogares de los adolescentes siempre sucede esta situación, el 20% considera que a veces, el 75% menciona que nunca ocurre esta situación y un 3% de los adolescentes no respondieron esta pregunta. Analizando la situación individual de los centros educativos tenemos que en el Colegio Dr. Luis Célleri Avilés el 1% mencionó que siempre ocurre esta situación en sus hogares, el 13% considera que a veces, el 50% que nunca y un 3% de la población optó por no contestar. Mientras que en la Unidad Educativa John F. Kennedy la situación varía, debido a que solo el 7% considera que a veces ocurre esta situación y el 25% que nunca ocurre esta situación.

✓ **Maltrato psicológico**

Tabla 15.- Maltrato psicológico

Instituciones educativas	A veces	Nunca	Siempre	En blanco	Total general
Dr. Luis Célleri Avilés	104	165	10	16	295
John F. Kennedy	46	86	5	0	137
Total general	104	165	10	16	295
Porcentaje	35%	58%	3%	4%	100%

Gráfico 15.-Violencia intrafamiliar: Maltrato psicológico



Fuente: Encuesta para determinar los factores que se encuentran ocasionando disfunción familiar en los hogares de los adolescentes

Elaborado por: France S. y Quinde L.

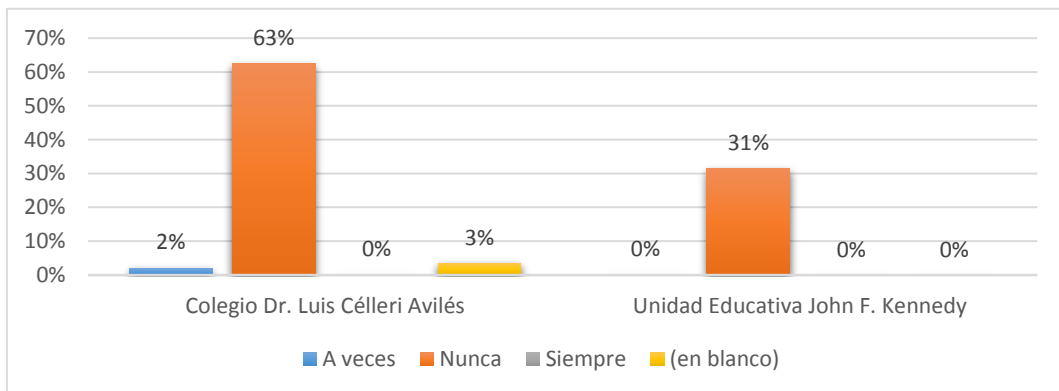
Mediante el análisis e interpretación de los datos se logró obtener los siguientes resultados: que el 3% de la población indicó que siempre sucede esta situación en sus hogares, el 35% que a veces, el 58% que nunca y un 4% optó por no responder la pregunta. Esta situación en el colegio Dr. Luis Célleri Avilés ocurre en el 2% de los casos siempre, en el 24% a veces, en el 38% nunca y finalmente un 4% no contestó. En la Unidad Educativa John F. Kennedy el 1% considera que siempre, el 11% a veces, y el 20% indicó que nunca ocurre esta situación.

✓ **Maltrato sexual**

Tabla 16.- Maltrato sexual.

Instituciones educativas	A veces	Nunca	Siempre	En blanco	Total general
Dr. Luis Célleri Avilés	9	270	1	15	295
John F. Kennedy	1	136	0	0	137
Total general	10	406	1	15	432
Porcentaje	2%	94%	0%	3%	100%

Gráfico 16.- Violencia intrafamiliar: Maltrato sexual.



Fuente: Encuesta para determinar los factores que se encuentran ocasionando disfunción familiar en los hogares de los adolescentes

Elaborado por: France S. y Quinde L.

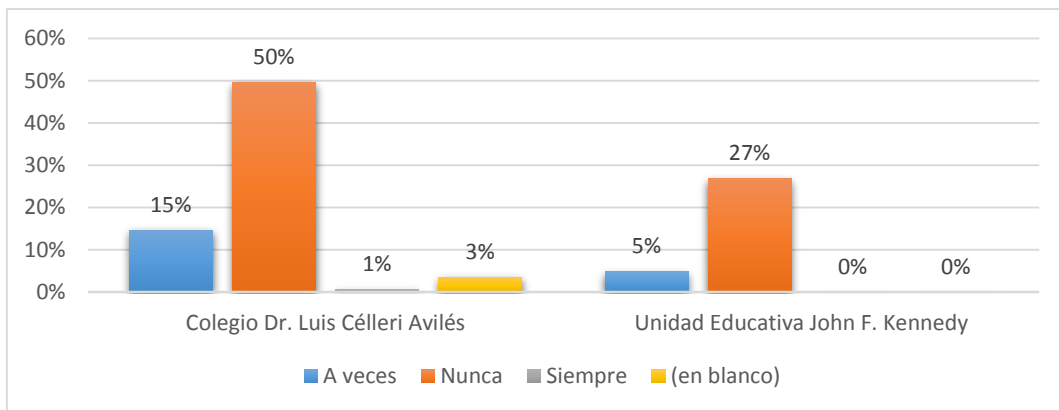
La OMS en su artículo sobre la violencia sexual menciona que: “abarca actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación a la fuerza física”. Al realizar el análisis de los datos obtenidos de este tópico se identificó que solo el 2% de la población considera que a veces ocurre esta situación, el 94% que nunca existe en sus hogares el maltrato sexual y el 3% optaron por no responder la pregunta. En el colegio Dr. Luis Célleri Avilés el 2% contestó que a veces ocurre esta situación, el 63% que nunca y el 3% no respondieron. Mientras que en la Unidad Educativa John F. Kennedy el 31% de los adolescentes considera que nunca sucede esta situación en sus hogares.

✓ **Maltrato económico o de desatención familiar**

Tabla 17.- Maltrato económico.

Instituciones educativas	A veces	Nunca	Siempre	En blanco	Total general
Dr. Luis Célleri Avilés	63	214	3	15	295
John F. Kennedy	21	116	0	0	137
Total general	84	330	3	15	432
Porcentaje	19%	76%	1%	3%	100%

Gráfico 17.- Violencia intrafamiliar: Maltrato económico.



Fuente: Encuesta para determinar los factores que se encuentran ocasionando disfunción familiar en los hogares de los adolescentes

Elaborado por: France S. y Quinde L.

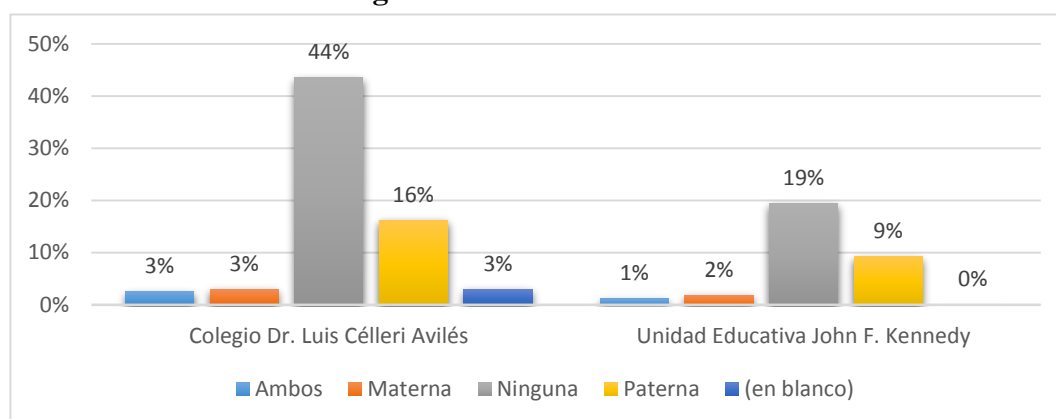
En cuanto al maltrato económico se obtuvieron los siguientes resultados: el 1% de la población considera que siempre ocurre esta situación, el 19% que a veces, el 76% indicó que nunca se produce este tipo de maltrato en sus hogares y el 3% decidió no responder esta pregunta. Al realizar el análisis de la situación individualmente por institución educativa se obtuvo que en el colegio Dr. Luis Célleri Avilés el 1% considera que siempre ocurre esta situación, el 15% que a veces, el 50% que nunca existe maltrato económico y el 3% no respondió el tópico. En el John F. Kennedy solo el 5% considera que a veces sucede esta situación y el 27% que nunca existe maltrato económico.

3. ¿En su hogar existe ausencia de figuras de autoridad (papá y mamá)?

Tabla 18.- Ausencias de figuras de autoridad.

Instituciones educativas	Ambos	Materna	Ninguna	Paterna	En blanco	Total general
Dr. Luis Célleri Avilés	11	13	188	70	13	295
John F. Kennedy	5	8	84	40		137
Total general	16	21	272	110	13	432
Porcentaje	4%	5%	63%	25%	3%	100%

Gráfico 18.- Ausencia de figuras de autoridad.



Fuente: Encuesta para determinar los factores que se encuentran ocasionando disfunción familiar en los hogares de los adolescentes

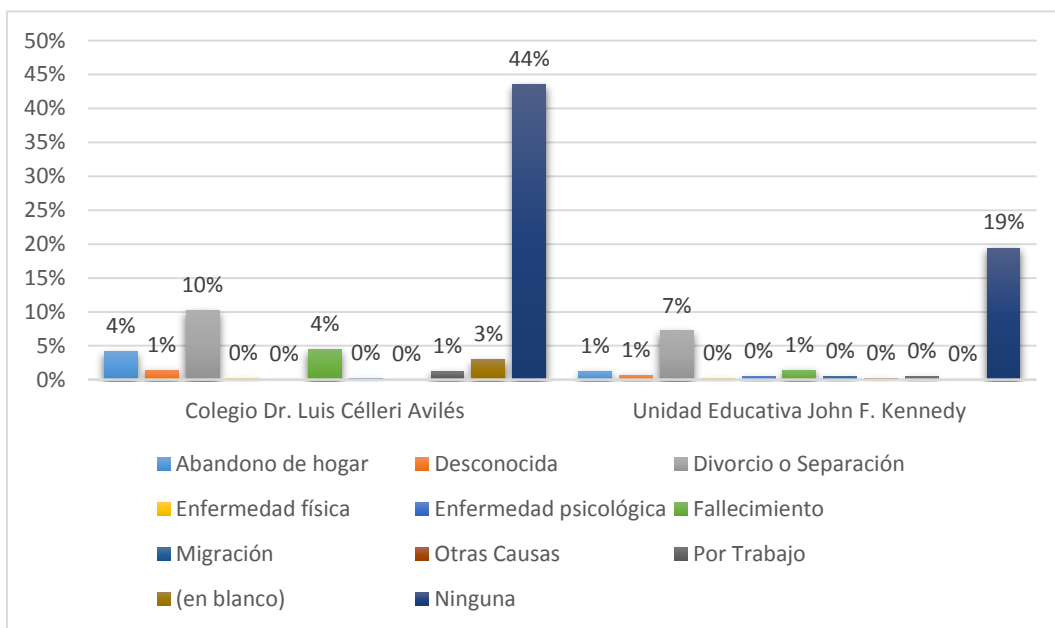
Elaborado por: France S. y Quinde L.

Al realizar el análisis en cuanto a la ausencia de figuras de autoridad se obtuvo que en el 25% de las familias de los adolescentes existe ausencia paterna, en el 5% de los casos es materna, en el 4% es de ambos progenitores y el 3% de los adolescentes consideró no responder la pregunta. En cuanto a centros educativos se obtuvo que en el colegio Dr. Luis Célleri Avilés el 16% de ausencia de figura de autoridad es paterna, el 3% es materna, el 3% es de ambas figuras, el 3% no respondieron la pregunta y en el 44% de los casos no existe ninguna ausencia de autoridad. En el colegio John F. Kennedy 9% es paterna, el 2% es materna, el 1% ambas y el 19% ninguna.

Tabla 19.- Causa de ausencia de figura de autoridad.

Indicadores	Colegio Dr. Luis Celleri Avilés	Unidad Educativa John F. Kennedy	Total general	Porcentaje
Abandono de hogar	18	5	23	5%
Desconocida	6	3	9	2%
Divorcio o separación	44	31	75	17%
Enfermedad física	1	1	2	0%
Enfermedad psicológica	0	2	2	0%
Fallecimiento	19	6	25	6%
Migración	1	2	3	1%
Otras causas	0	1	1	0%
Por trabajo	5	2	7	2%
En blanco	13	0	13	4%
Ninguna	188	84	272	63%
Total general	295	137	432	100%

Gráfico 19 Causas de ausencia de figuras de autoridad.



Fuente: Encuesta para determinar los factores que se encuentran ocasionando disfunción familiar en los hogares de los adolescentes

Elaborado por: France S. y Quinde L.

Entre las principales causas de ausencia de figuras de autoridad tenemos que el 5% es por abandono de hogar, el 2% es por causas desconocidas, el 17% es por separación o divorcio, el 6% por fallecimiento, el 1% por migración, el 2% es por trabajo de largas jornadas o por trabajos fuera de la provincia, el 4% de los adolescente no respondieron esta pregunta y en el 63% no hay causa de ausencia de figuras de autoridad.

En el colegio Dr. Luis Céleri Avilés: el 4% de la ausencia de figuras de autoridad es por abandono de hogar, el 10% es por divorcio o separación siendo esta la mayor causa, el 4% es por fallecimiento de algunos de los progenitores, el 1% es por trabajo, el 1% de los adolescente no contestaron y el 44% de los adolescentes conviven con ambos progenitores.

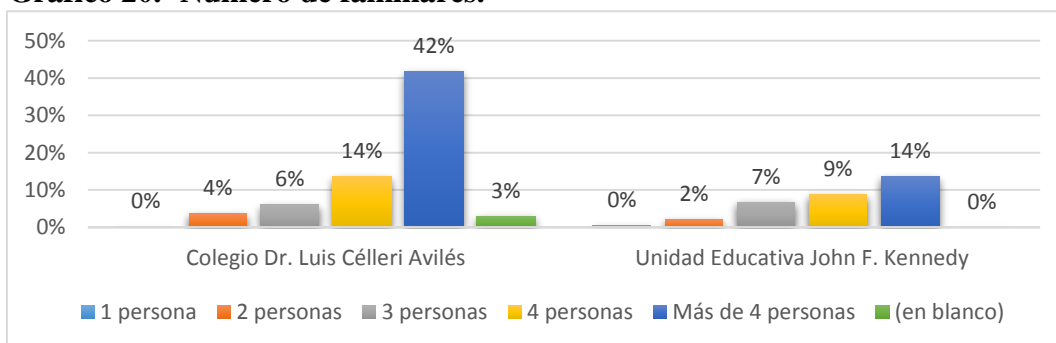
En la Unidad Educativa John F. Kennedy: el 1% es por abandono de hogar, el 1% es por causa desconocida, el 7% es por divorcio o separación, el 1% por fallecimiento, y en el 19% de los casos no existe ninguna ausencia de figuras de autoridad.

4. ¿Con cuántas personas comparte su diario vivir?

Tabla 20.- Número de familiares que viven con el adolescente.

Número de personas	Colegio Dr. Luis Célleri Avilés	Colegio John F. Kennedy	Total general	%
1 persona	1	2	3	1%
2 personas	16	9	25	6%
3 personas	26	29	55	13%
4 personas	59	38	97	22%
Más de 4 personas	180	59	239	55%
En blanco	13	0	13	3%
Total general	295	137	432	100%

Gráfico 20.- Número de familiares.



Fuente: Encuesta para determinar los factores que se encuentran ocasionando disfunción familiar en los hogares de los adolescentes

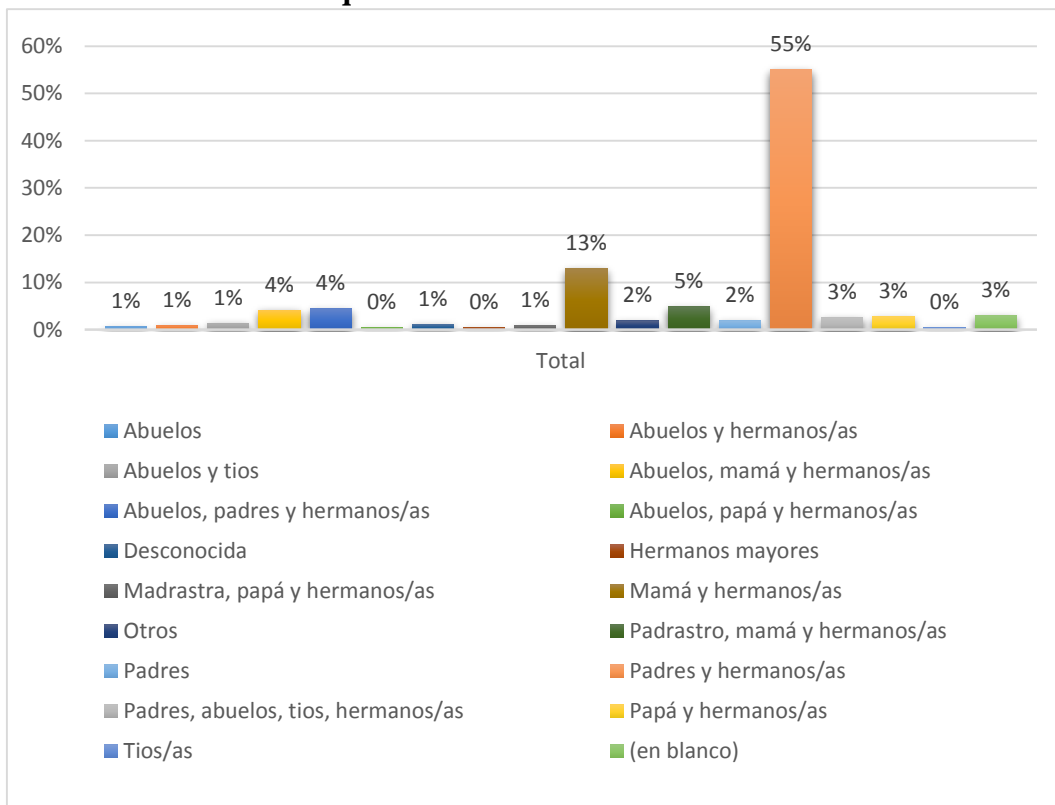
Elaborado por: France S. y Quinde L.

En cuanto al número de personas que conviven con los adolescentes se encontró que el 1% de los adolescentes vive con 1 persona, el 6% vive con 2 personas en su hogar, el 13% con 3, el 22% con 4, el 3% no respondió, y el 55% conviven con más de 4 personas en sus respectivos hogares. Respecto a las instituciones educativas en el colegio Dr. Luis Célleri Avilés los adolescentes conviven en el 4% de los casos con 2 personas, el 6% con 3 personas, el 14% con 4 personas, el 42% con más de 4 personas, mientras que en la Unidad Educativa John F. Kennedy el 2% conviven con 2 personas, el 7% con 3, el 9% con 4 y el 14% con más de 4 personas.

Tabla 21 .- Familiares que conviven con el adolescente

Indicadores	Colegio Dr. Luis Céleri Avilés	Unidad Educativa John F. Kennedy	Total general	%
Abuelos	0	3	3	1%
Abuelos y hermanos	2	2	4	1%
Abuelos y tíos	4	2	6	1%
Abuelos, mamá y hermanos/as	9	9	18	4%
Abuelos, padres y hermanos/as	15	4	19	4%
Abuelos, papá y hermanos/as	0	2	2	0%
Desconocida	2	3	5	1%
Hermanos mayores	0	2	2	0%
Madrastra, papá y hermanos/as	4	0	4	1%
Mamá y hermanos/as	39	17	56	13%
Otros	7	1	8	2%
Padrastro, mamá y hermanos/as	16	5	21	5%
Padres	6	2	8	2%
Padres y hermanos	164	74	238	55%
Padres, tíos, abuelos y hermanos/as	5	6	11	3%
Papá y hermanos/as	7	5	12	3%
Tíos	2	0	2	0%
En blanco	13	0	13	3%
Total general	295	137	432	100%

Gráfico 21.- Familiares que conviven con el adolescente



Fuente: Encuesta para determinar los factores que se encuentran ocasionando disfunción familiar en los hogares de los adolescentes

Elaborado por: France S. y Quinde L.

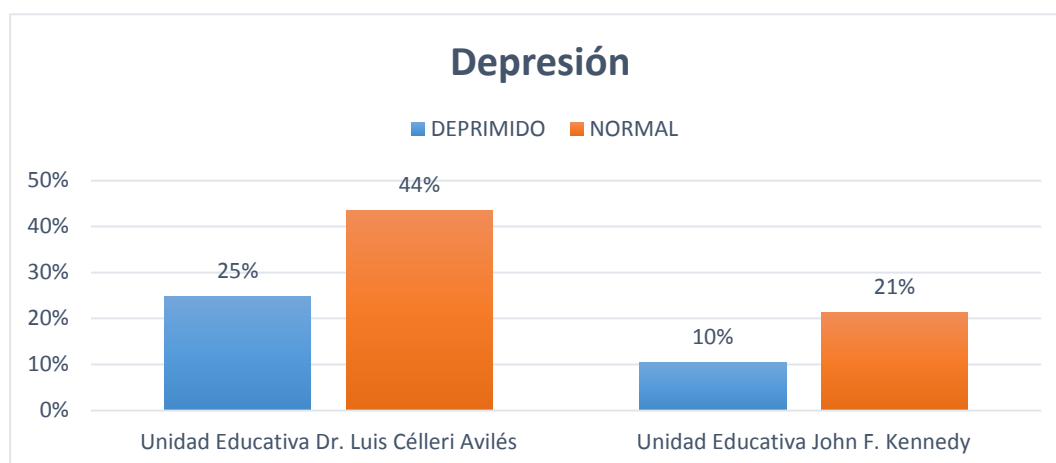
En el análisis general de las personas que conviven con los adolescentes se logró determinar que el 1% vive solo con los abuelos; el 1% con abuelos y hermanos; el 1% con los abuelos y tíos; el 4% con abuelos, mamá y hermanos/as; el 4% con abuelos, padres y hermanos/as; el 1% con madrastra, papa y hermanos; el 13% con mama y hermanos/as; el 2% con otros familiares; el 5% con el padrastra, mamá y hermanos/as; el 2% convive solo con los padres; el 55% con padres y hermanos/as; el 3% con padre, tíos, abuelos y hermanos/as; el 3% convive con papá y hermanos/as y el 3% considero dejar en blanco esta alternativa.

Anexo 18.- Resultados del “Inventario de depresión de Beck”

Tabla 22.- Prevalencia de depresión en los adolescentes

Instituciones Educativas	Deprimido	Normal	Total general
Dr. Luis Célleri Avilés	107	188	295
John F. Kennedy	45	92	137
Total general	152	280	432
Porcentaje	69%	31%	100%

Gráfico 22.- Prevalencia de depresión en los adolescentes



Fuente: Aplicación del “Inventario de Depresión de Beck”

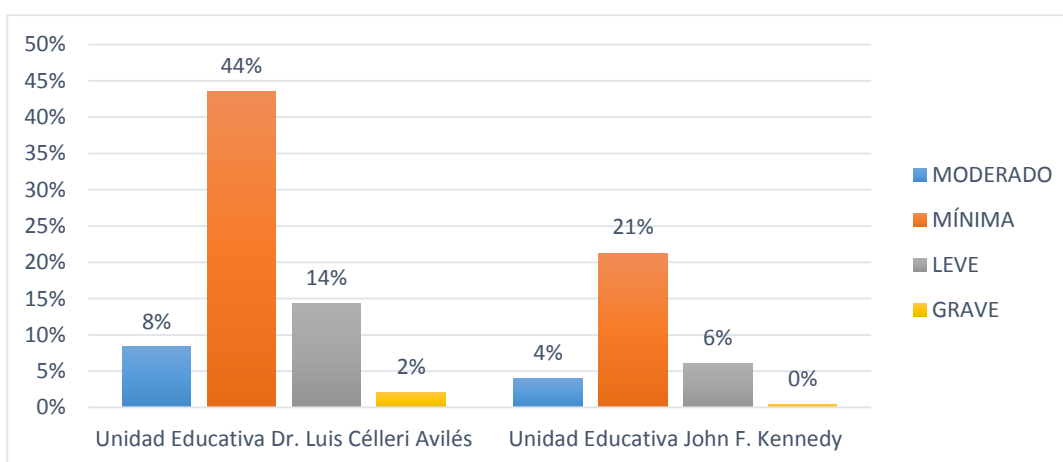
Elaborado por: France S. y Quinde L.

En cuanto a la prevalencia de depresión en la población objeto de estudio, se encontró que el 35% de la población presenta algún grado de depresión. Así también al realizar el análisis por instituciones educativas se obtuvo que en el colegio Dr. Luis Célleri Avilés el 44% de la población adolescente no tiene depresión y que el 25% presenta algún grado de depresión. Mientras que en la Unidad Educativa John F. Kennedy el 21% de la población no presenta depresión y el 10% si padece algún grado de depresión.

Tabla 23.- Grado de depresión de los adolescentes

Instituciones Educativas	Moderado	Mínima	Leve	Grave	Total general	%
Dr. Luis Célleri Avilés	36	188	62	9	295	68%
John F. Kennedy	17	92	26	2	137	31
Total general	53	280	88	11	432	100%

Gráfico 23.- Grado de depresión de los adolescentes



Fuente: Aplicación del “Inventario de Depresión de Beck”.

Elaborado por: France S. y Quinde L.

Al realizar en análisis sobre los grados de depresión en los adolescentes del colegio Dr. Luis Célleri Avilés se encontró que el 44% de la población no presenta depresión, el 14% depresión leve, el 8% depresión moderada, y el 2% depresión grave. Mientras que en la Unidad Educativa John F. Kennedy el 21% de los adolescentes no presentan depresión, el 6% depresión leve, y el 4% de los adolescentes tienen depresión moderada.

Anexo 19.- Evidencias fotográficas

Realización de grupos focales y aplicación de los Instrumentos para la recolección de información.

Unidad Educativa John F. Kennedy



Realización de grupos focales y aplicación de los Instrumentos para la recolección de información.

Colegio Dr. Luis Céleri Avilés



GLOSARIO

Autoestima: Valoración generalmente positiva de sí mismo.

Ansiedad: Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.

Comunicación: acción y efecto de comunicar o comunicarse, trato correspondencia entre dos o más personas.

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

Discapacidad: Dicho de una persona: que tiene impedida o entorpecida alguna de las actividades cotidianas consideradas normales, por alteración de sus funciones intelectuales o físicas.

Divorcio: Disolver o separar, por sentencia, el matrimonio, con cese efectivo de la convivencia conyugal. Separar, apartar personas que vivían en estrecha relación, o cosas que estaban o debían estar juntas.

Disfuncional: Desarreglo en el funcionamiento de algo o en la función que le corresponde. Alteración cuantitativa o cualitativa de una función orgánica.

Estrés: Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves.

Estado maníaco: Es un período durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. Este período de estado de ánimo anormal debe durar al menos una semana

Fatiga: Agitación duradera, cansancio, trabajo intenso y prolongado. Molestia penalidad, sufrimiento.

Insomnio: Vigilia, falta de sueño a la hora de dormir.

Maltrato: Tratar mal a alguien de palabra u obra.

Procesos familiares disfuncionales: Las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución inefectiva de los problemas y una serie de crisis autoperpetuadoras.

Sentimiento: Acción y efecto de sentir o sentirse. Estado afectivo del ánimo producido por causas que lo impresionan vivamente, estado de ánimo afligido por un suceso triste o doloroso.

Separación: Interrupción de la vida conyugal por conformidad de las partes o fallo judicial, sin que quede extinguido el vínculo matrimonial.

Trastorno bipolar: Este tipo de depresión consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir.

Propuesta



UNIVERSIDAD ESTATAL
PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

PROPUESTA

**IMPLEMENTACIÓN DE UNA GUÍA DIDÁCTICA
SOBRE SALUD MENTAL PARA FAMILIARES Y
ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS: DR. LUIS
CÉLLERI AVILÉS Y JOHN F. KENNEDY.
PROVINCIA DE SANTA ELENA**

AUTORES:

QUINDE GONZÁLEZ LISSETTE

FRANCE JIMÉNEZ SERGIO

TUTORA: LIC. FÁTIMA MORAN SÁNCHEZ. MSc.

LA LIBERTAD – ECUADOR

2014

ANTECEDENTES

La depresión es considerada actualmente como un problema de salud que afecta aproximadamente a más de 350 millones de personas a nivel mundial, siendo esta patología la principal causa de discapacidad y morbilidad en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2012). Este trastorno mental se puede presentar en cualquier etapa de la vida, encontrado así en los últimos años una importante prevalencia e incidencia en la adolescencia. Cada año alrededor del 20% de adolescentes presenta depresión o ansiedad. (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Este trastorno mental es el resultado de la asociación de factores internos y externos, encontrando así en varios estudios una relación positiva entre la depresión y un entorno familiar disfuncional. Siendo, la familia un factor social que desempeña un importante rol en el logro del bienestar de los adolescentes. Conscientes de esta problemática se realizó el trabajo investigativo “Influencia de los procesos familiares en el desarrollo de estados depresivos en los adolescentes de los colegios: Dr. Luis Céleri Avilés y John F. Kennedy. 2013-2014”.

Este estudio contó con la participación de 432 estudiantes de las instituciones educativas antes mencionadas, obteniendo como resultado que el 34% de los adolescentes forman parte de un hogar con procesos familiares disfuncionales. Mientras que un 35% de la población total presentan estados depresivos, de este porcentaje se detectó que el 19% de los adolescentes con depresión eran parte de un hogar disfuncional. Por ello, se obtuvo como conclusión que la falta de comunicación o relaciones conflictivas entre los miembros que integran la familia es uno de los principales factores que están generando este problema.

Asimismo, que es necesaria la realización de intervenciones encaminadas a fomentar la salud mental y el bienestar de todos los integrantes de la familia. Debido a esto se ha considerado de vital importancia la implementación de una guía sobre salud mental dirigida a padres de familia y los adolescentes estudiados que contribuirá a identificar, prevenir trastornos mentales especialmente la depresión; y restaurar las relaciones entre padres e hijos.

MARCO INSTITUCIONAL

El Colegio Dr. Luis Céleri Avilés y John F. Kennedy se encuentran ubicados en los cantones de La Libertad y Salinas respectivamente. Estas instituciones educativas con más de 15 años de trayectoria, han sido propicias para realizar esta investigación por su organización y por la cantidad de alumnos que en ella estudian.

La Unidad Educativa John F. Kennedy es una institución particular regida por el Ministerio de Educación creada el 20 de octubre de 1964, está ubicada en la intersección de la vía Punta Carnero-Salinas de la ciudadela Santa Paula de la parroquia José Luis Tamayo. Brinda sus servicios a la población santaelenense en jornada diurna, distribuidas de la siguiente forma: jardín, escuela y ciclo básico en la sección matutina; ciclo diversificado en la sección vespertina. Esta unidad educativa cuenta con personal docente altamente capacitado y con el espacio físico adecuado para garantizar una educación óptima.

Asimismo, el Colegio Dr. Luis Celléri Avilés de mucha trayectoria a nivel provincial es una institución de fiscal fundada en 1957 bajo el regimiento de la Municipalidad de Salinas. Actualmente se encuentra bajo la dirección del Ministerio de Educación y se encuentra ubicado en el barrio San Francisco del cantón La Libertad. Esta institución cuenta con más de 1000 estudiantes distribuidos en las secciones matutina, vespertina y nocturna. Esta institución educativa a pesar de poseer un amplio espacio físico, la infraestructura que tiene cada día más es deficiente ante la gran demanda de estudiantes. Sin embargo, gracias a los esfuerzos de las autoridades este colegio se ha convertido en un referente en educación para la población santaelenense, especialmente al nivel socioeconómico medio.

ANÁLISIS FODA

✓ *Unidad Educativa John F. Kennedy*

FORTALEZAS

- Personal capacitado y con gran experiencia en docencia.
- Infraestructura adecuada para la formación y recreación de los estudiantes.
- Ofrecimiento de Educación Bilingüe.
- Poseer clubes de estudiantes en áreas de deportivas y culturales.

OPORTUNIDADES

- Gran afluencia de estudiantes.
- Participación de estudiantes en actividades comunitarias.
- Ubicación en área de fácil acceso para toda la población santaelenense.

DEBILIDADES

- Déficit de personal que brinde consejería y ayude en la solución de problemas de diferente índole a los estudiantes.
- Escasa involucración de los padres de familia en actividades académicas de sus representados.

AMENAZAS

- Instituciones educativas particulares aledañas
- Delincuencia

✓ *Colegio Dr. Luis Célleri Avilés*

FORTALEZAS

- Institución referente en educación por su larga trayectoria en la Provincia de Santa Elena.
- Brindar educación gratuita.
- Personal capacitado y con gran experiencia en docencia.

OPORTUNIDADES

- Ser una institución regida por el Ministerio de Educación.
- Recibir ayuda de entidades públicas.

DEBILIDADES

- Infraestructura inadecuada.
- Áreas deportivas para la recreación de estudiantes en malas condiciones.
- Poco interés de los padres de familia en actividades educativas de sus representados.
- Poco personal capacitado para brindar consejería para la gran cantidad de estudiantes.

AMENAZAS

- Delincuencia
- Instituciones educativas aledañas

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Promover la salud mental en familiares y adolescentes de los colegios: Dr. Luis Célieri Avilés y John F. Kennedy mediante la implementación de una guía didáctica para la prevención de estados depresivos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar una guía didáctica que contenga información sobre la depresión y los procesos familiares disfuncionales y la relación con esta patología.
- Informar sobre la depresión a los familiares y estudiantes del ciclo diversificado de las instituciones educativas antes descritas mediante la realización de talleres comprendidos en la guía.
- Realizar actividades que promuevan comunicaciones efectivas entre padres e hijos para el establecimiento de buenas relaciones familiares.
- Evaluar el aprendizaje de los conocimientos impartidos en cada módulo de la guía mediante técnicas de valoración.

BENEFICIARIOS

DIRECTOS

- Los adolescentes de los ciclos diversificados de los colegios: Dr. Luis Célieri Avilés y John F. Kennedy con algún grado de depresión o disfunción familiar.
- Padres de familia de los adolescentes que presenten algún grado de disfunción familiar o depresión.

INDIRECTOS

Las autoridades y docentes de las instituciones educativas en donde será aplicada la guía.

ACTIVIDADES

- Recopilar información relevante para el diseño de la guía didáctica.
- Socializar con las autoridades de las instituciones educativas la implementación de la guía sobre la salud mental.
- Elaborar un cronograma de actividades de acuerdo a las disposiciones de tiempo de los beneficiarios.
- Realizar capacitaciones sobre los temas comprendidos en la guía didáctica.
- Ejecutar talleres entre padres e hijos que permitan identificar los patrones de comunicación de la familia, como resuelven los problemas de cualquier índole en el hogar, áreas de insatisfacción y de conflicto.
- Realizar actividades como juegos, obras de teatro, coreografías, etc. que permitan la participación de todos los miembros de la familia para promover las relaciones efectivas, unión, reducir el estrés.

METODOLOGÍA

Acción- Participativa: A través de la implementación de esta guía sobre la salud mental se busca prevenir el desarrollo de la depresión en los adolescentes mediante la participación de los padres de familia en actividades con la finalidad de mejorar o restablecer las relaciones familiares y así contrarrestar a uno de los principales factores que generan procesos familiares disfuncionales.

Las investigaciones de acción- participativa son aquellas en que la acción no es solo un actuar, sino el resultado de una reflexión y estudio continuo sobre la realidad, mientras que la participación comprende la intervención de todos los involucrados en el trabajo investigativo y no solo del autor.(Bernal, 2006)

RECURSOS HUMANOS

- **RESPONSABLES:** Estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

- **COLABORADORES:** Psicólogos u Orientadores de cada una de las Instituciones.

RECURSOS MATERIALES

- Suministros de oficina.
- Computadoras
- Proyector
- Guía didáctica
- Trípticos

PRESUPUESTO

Cantidad	Descripción	Precio unitario	Precio total
30	Esferográficas	0.15 ctvs.	\$4.50
2	Resmas de hojas	\$3.50	\$7
40	Impresiones	0.10 ctvs.	\$4
100	Copias	0.05 ctvs	\$5
10	Movilización	0.25 ctvs.	\$2.50
80	Horas de Internet	0.60 ctvs.	\$48
40	Viáticos	\$ 3	\$120
3	Anillados	\$ 1.50	\$4,50
Total			\$195,50

CRONOGRAMA

N°	ACTIVIDADES	MATERIALES
1	Presentación de la propuesta a la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.	Proyecto de investigación y guía didáctica sobre salud mental para familiares y adolescentes de los colegios: Dr. Luis Célleri Avilés y John F. Kennedy
2	Sociabilización y entrega de la guía a las autoridades de la Unidad Educativa John F. Kennedy.	Oficio de aprobación para desarrollar la guía en los centros educativos.
3	Sociabilización de la guía didáctica y padres de familia de los alumnos de la Unidad Educativa John F. Kennedy y Dr. Luis Célleri Avilés.	Guía didáctica sobre salud mental para familiares y adolescentes de los colegios: Dr. Luis Célleri Avilés y John F. Kennedy
4	Aplicación del módulo: 1 Salud Mental: <ul style="list-style-type: none"> - Definición - Principales problemas mentales - Depresión: definición, manifestaciones clínicas, etiología, tratamiento y prevención. 	-Guía didáctica sobre salud mental para familiares y adolescentes de los colegios: Dr. Luis Celleri Avilés y John F. Kennedy -Trípticos -Computadora y proyector.

5	<p>Aplicación del módulo: 2</p> <p>Procesos familiares disfuncionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definición - Disfuncionalidad familiar: factores causales 	<p>Guía didáctica sobre salud Mental para familiares y adolescentes de los colegios: Dr. Luis Célleri Avilés y John F. Kennedy</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trípticos -Computadora y proyector.
6	<p>Aplicación del módulo: 3</p> <p>Importancia de la familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Roles de los integrantes de la familia -Papel de la familia en el bienestar de sus integrantes - Entorno familiar saludable 	<p>-Guía didáctica sobre salud Mental para familiares y adolescentes de los colegios: Dr. Luis Célleri Avilés y John F. Kennedy</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trípticos -Computadora y proyector.
7	<p>Aplicación de “Inventario de Depresión de Beck” a los alumnos y padres de familias para evaluar los resultados de la realización de la guía didáctica.</p>	<p>Instrumentos de valoración:</p> <p>Inventario de Depresión de Beck</p>
8	<p>Aplicación del Test “APGAR Familiar” para evaluar los resultados de la realización de la guía didáctica.</p>	<p>Instrumentos de valoración:</p> <p>Test APGAR Familiar</p>

EVALUACIÓN

POR CONTENIDO

Se valorará a través de cuestionarios con preguntas objetivas si la información impartida durante los talleres, son óptimas para la enseñanza y aprendizaje sobre la salud mental.

POR RESULTADO

Una vez que se hayan concluido los talleres se procederá a realizar una última toma del Inventario de Depresión de Beck y Test de APGAR Familiar para evaluar la eficacia de la aplicación de la guía didáctica.

BIBLIOGRAFÍA

- Amando, M. & Jodar, G. (2011) *Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. España: Editorial Elsevier.
- Bernal, C. A. (2006). *Metodología de la investigación: para administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. (L. Gaona Figueroa, Ed.) (2da. Ed.). Mexico: Pearson Educación.
- Bulechek, G., Butcher, H. & McCloskey, J. (2009) *Clasificación de las intervenciones de enfermería*. (Quinta Ed.) Barcelona-España: Elsevier
- Gallego, C. F., Isern, M. T. I., & Segura, A. M. P. (2006). *Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina*. Edicions Universitat Barcelona
- Ministerio de Salud Publica del Ecuador (2011) *Atención primaria en salud mental*
- Ministerio de Salud Publica del Ecuador . *Manual de atención primaria en salud mental*.
- NANDA Internacional. (2012). *Diagnósticos enfermeros, 2012-2014 : definiciones y clasificación*. (T. Herdman Heather, Ed.). Barcelona- España: Elsevier España.
- Press, E. (2011). *Empresas de Familia: del conflicto a la eficiencia*. (Primera Ed.). Buenos Aires: Ediciones Granica.

- Redondo, C., Galdó, G. & García M. (2008). *Atención al adolescente*. España: Ediciones de la Universidad de Cantabria
- Tabera, M. & Rodríguez, M. (2010). *Intervención con familias y atención a menores*. (Primera Ed.). Madrid: Editorial Editex.